

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: YAPISAL  
EŞİTLİK MODELLEMESİNE DAYALI BİR ÇALIŞMA**

**Ramazan KIRAÇ**

**DOKTORA TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**Danışman  
Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK**

**KONYA-2019**

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: YAPISAL  
EŞİTLİK MODELLEMESİNE DAYALI BİR ÇALIŞMA**

**Ramazan KIRAÇ**

**DOKTORA TEZİ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**Danışman**  
**Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK**

**KONYA-2019**

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Ramazan KIRAÇ tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Juri Başkanı

Prof.Dr. Musa ÖZATA



İmza

Danışman

Doç.Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK



İmza

Üye

Doç.Dr. Serap DAŞBAŞ



İmza

Üye

Doç.Dr. Şerife Didem KAYA



İmza

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Emel FİLİZ



İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki juri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu.....tarih ve.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Sağlık kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden kendini iyi hissetmesi durumudur. Sağlıklı olabilmek için, toplum ve birey olarak yerine getirmemiz gereken sorumluluklarımız vardır. Sağlığımızda bir sorun olmadan önce veya sorun olduktan sonra hastalığı önleyici ve tedavi edici yöntemleri yerine getirmemiz gerekmektedir. Bu araştırmada bireyler herhangi bir sağlık problemi yaşadığında sağlık arama davranışında bulunup bulunmadığı ve ne tür bir arayış içinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık arama davranışını etkileyen etmenlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı gibi faktörlere değinilmiştir. Bu faktörler yapsal eşitlik modeli çerçevesinde incelenerek modeller oluşturulmuştur.

Lisansüstü öğrenimim başında bu yana bilgisini ve emeğini benimle paylaşan, tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana yardımcı olan, kendisiyle çalışmaktan onur duyduğum Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK başta olmak üzere tüm bölüm hocalarıma teşekkür ederim.

Araştırma boyunca bana yardımcı olan ve beni destekleyen sosyal hizmet bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapan değerli hocam Doç.Dr. Serap DAŞBAŞ'a ve sağlık yönetimi bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapan değerli hocam Dr.Öğr. Üyesi Emel FİLİZ'e teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitimim boyunca istatistik bilgisini benimle paylaşan ve araştırma noktasında desteklerini eksik etmeyen değerli hocam Prof.Dr. Musa ÖZATA'ya teşekkür ederim.

Eğitim hayatı boyunca bana destek olan, her zaman ve her koşulda benim yanımda duran; babam Murtaza KIRAÇ'a, Annem Aygül KIRAÇ'a, abim Erbay KIRAÇ'a, ablam Sariye KIRAÇ'a ve kardeşlerim Hatice KIRAÇ'a, Yasin KIRAÇ'a, Arife KIRAÇ'a, Fatma KIRAÇ'a çok teşekkür ederim.

Ve son olarak bana her anlamda destek olan bilgisini ve sevgisini benimle paylaşan çok sevdiğim eşim Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ'a çok teşekkür ederim.

Bu araştırmanın bundan sonra yapılacak çalışmalara referans olmasını dilerim.

**Ramazan KIRAÇ**

## İÇİNDEKİLER

ÖZET..... vi

SUMMARY ..... viii

1. GİRİŞ .....	1
1.1. Sağlık Kavramı .....	3
1.2. Hastalık Kavramı .....	4
1.3. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Etmenler .....	6
1.3.1 Biyolojik Etmenler .....	7
1.3.2 Sosyal Etmenler .....	7
1.3.3 Fiziksel-Ekolojik Etmenler .....	13
1.3.4 Kamu Hizmetlerinin Sunumu / Politik Etmenler .....	13
1.3.5 Bireysel Davranış/ Yaşam Tarzı İle İlgili Etmenler .....	14
1.4. Sağlık Arama Davranışı .....	14
1.4.1. Sağlık Davranışı .....	15
1.4.2. Hastalık Davranışı .....	18
1.5. Sağlık Arama Davranışına Yönelik: Teorik Yaklaşımlar .....	20
1.5.1. Sağlık İnanç Modeli .....	21
1.5.2. Planlı Davranış Teorisi .....	23
1.5.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli .....	24
1.5.4. Sosyal Davranışsal Model .....	25
1.5.4. Yol Modeli .....	26
1.6. Sağlık Arama Davranışına Etki Eden Faktörler .....	27
1.6.1. Sağlık Algısı .....	27
1.6.2. Sağlık Kaygısı .....	28
1.6.3. Sağlık Okuryazarlığı .....	29

1.6.4. Öz-Yeterlilik .....	32
1.7. Sağlık Arama Davranışı Yöntemleri .....	34
1.7.1. Geleneksel Yöntem .....	34
1.7.2. Profesyonel Yöntem .....	35
1.7.3. Online (çevrimiçi) Yöntem .....	36
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>39</b>
2.1. Araştırmanın Amacı .....	39
2.2. Araştırmanın Önemi .....	42
2.3. Araştırmanın Tipi .....	43
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	44
2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	44
2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	45
2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	47
2.8. Araştırma Etiği .....	47
2.9. Araştırma Modeli.....	47
2.10. Araştırma Değişkenleri.....	47
2.11. Araştırmanın Hipotezleri .....	49
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>50</b>
3.1. Sağlık Arama Davranışı Ölçeğinin Geliştirilme Aşaması .....	50
3.2. Araştırmanın Demografik Verileri ve Demografik Verilerin Analizlerine Ait Bulgular .....	59
3.3. Araştırmanın Demografik Verileri İle Sağlık Arama Davranışı, Sağlık Okuryazarlığı, Öz yeterlilik, Sağlık Algısı ve Sağlık Kaygısı Ölçekleri Arasındaki Analizlere Ait Bulgular. ....	71
3.4. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Alt Boyutları İle Sağlık Okuryazarlığı, Özyeterlilik, Sağlık Algısı ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	91

3.5. Sağlık Arama Davranışı Etki Eden Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular. ....	96
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>101</b>
4.1. Araştırmanın Demografik Bulgularına Ait Tartışma .....	101
4.2. Araştırmanın Demografik Verileri İle Ölçeklerin Analizlerine Ait Tartışma .....	104
4.3. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Alt Boyutları ile Sağlık Okuryazarlığı, Özyeterlilik, Sağlık Algısı ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarının Analizlerine Ait Tartışma .....	113
4.4. Sağlık Arama Davranışı Etki Eden Faktörlerin Yapısal Eşit Modeli İle Değerlendirilmesine İlişkin Tartışma.....	114
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>117</b>
<b>6. KAYNAKLAR .....</b>	<b>125</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>146</b>
EK-A: Anket Formu.....	146
EK-B: Etik Kurul Onayı .....	151
EK-C: Ölçeklerin İzni .....	153
EK-D: Bilgilendirilmiş Onam .....	155
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>158</b>

## ÖZET

T. C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### **Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma**

**Ramazan KIRAÇ**

**Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı**

**DOKTORA TEZİ/KONYA-2019**

Bu araştırmanın amacı, bireylerin sağlık arama davranışı ölçen bir ölçüm aracı geliştirmek ve sağlık arama davranışını etkileyen, “sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı” gibi değişkenlerin etki düzeylerini, yapısal-eşitlik modeli çerçevesinde değerlendirmektir. Araştırmada nicel araştırma deseni ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışma Konya Selçuklu İlçesinde ikamet eden yetişkinlere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 449.749 kişiden oluşmakta olup ölçek geliştirmek için 401 kişi, yapısal eşitlik modeli için 900 kişi örnekleme dâhil edilmiştir. Anket yöntemi kullanılarak toplanan veriler SPSS ve LISREL programları kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçek geliştirmek için ilk olarak kapsam geçerliliği daha sonra yapı geçerliliği yapılmıştır. Bağlam geçerliliği için “sağlık kaygısı” ölçeği kullanılmıştır. Bu araştırmada geliştirilen sağlık arama davranışı ölçeği için konu ile ilgili uzman kişilerin görüşleri alınarak 30 madde oluşturulmuştur. Ölçek maddeleri Likert yöntemi ile hazırlanmış olup “kesinlikle katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklindedir. Araştırmanın yapısal eşitlik modeli için, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ölçekleri kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlık ölçeği; Sorensen ve ark (2013) tarafından geliştirilmiş, Aras ve Bayık (2017) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Öz yeterlilik ölçeği; Sherer ve ark (1982) tarafından geliştirilen, Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Sağlık algısı ölçeği; Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş Türkçe güvenilirlik ve geçerliği Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Sağlık kaygısı ölçeği; Salkovskis ve ark (2002) tarafın geliştirilmiş, ölçeğin Türkçeye uyarlaması Aydemir ve ark (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 18 madden oluşmaktadır. Sağlık arama davranışı ölçeğine ait bulgular; sağlık arama davranışı ölçeği 3 boyuttan (Online, profesyonel, geleneksel) oluşmakta olup söz konusu ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin uyum iyiliği index değerleri şu şekildedir: RMSA=0,068, CFI=0,92, GFI=0,93, AGFI=0,90, NFI=0,90, RMR= 0,010 olarak tespit edilmiştir. Araştırmanın yapısal eşitlik modellemesine ait bulgular: Sağlık arama davranışını birlikte etkileyen sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı modelinin uyum iyiliği index değerleri şu şekildedir; Ki-Kare (X<sup>2</sup>) /Serbestlik Derecesi (df)=4,70; RMSEA=0,079; CFI=0,92; GFI=0,92; AGFI=0,88; NFI=0,91 ve RMR=0,048 olarak tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı birlikte sağlık arama davranışını etkilemektedir. Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışını etkilemesinde, sağlık verilen önemin aracılık etkisi olduğu tespit edilmiştir. Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışını etkilemesinde, sağlık öz farkındalığın aracılık etkisi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışını etkilemesinde, sağlık kaygısının aracılık etkisi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışını etkilemesinde, sağlık algısı ve öz yeterliliğin aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir.



Ayrıca araştırmada; cinsiyetin, yaşın, eğitim düzeyinin, gelirin, kronik bir hastalık durumunun, sürekli ilaç kullanma durumunun sağlık arama davranışını etkilediği tespit edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Arama Davranışı, Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik, Sağlık Algısı, Sağlık Kaygısı



## SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY  
SELCUK UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

### **Factors Affecting the Health Seeking Behavior: A Study Based on Structural Equation Modeling**

**Ramazan KIRAÇ**

**Department of Health Management**

**PHD THESIS /KONYA-2019**

The aim of this research was to develop a measurement tool that measures health seeking behavior in individuals' health and assess the effect levels of variables such as "health literacy, self-efficacy, health perception and health anxiety" that affect health seeking behavior within the framework of the structural-equality model. Quantitative research design and easy sampling method were used in the study.

The study was applied to adults living in Konya Selçuklu District. The population of the research consists of 449,749 people, 401 people were included to develop the scale and 900 people were included to the structural equation model. The data collected using the survey method were analyzed using SPSS and LISREL programs. In order to develop the scale, first the scope validity and then the structure validity were made. The "health anxiety" scale was used for context validity. In this research, 30 items were formed by taking the opinions of experts about the subject for health search behavior scale developed. The scale items were prepared by Likert method and they were "strongly agree = 5", Agree = 4", Undecided = 3", Disagree = 2", "Disagree = 1". Health literacy, self-efficacy, health perception and health anxiety scales were used for the structural equality model of the study. The health literacy scale was developed by Sorensen et al. (2013) and adapted to Turkish by Aras and Bayık (2017). The scale consists of 25 items. Self-efficacy scale was consists of 23 items; developed by Sherer et al. (1982) and adapted to Turkish by Gözüm and Aksayan (1999). The health perception scale was developed by Diamond et al. (2007) and its reliability and validity in Turkish were conducted by Kadioğlu and Yıldız (2012). The scale consists of 15 items. Health anxiety scale was developed by Salkovskis et al. (2002) and the scale was adapted to Turkish by Aydemir et al. (2011).The scale consists of a total of 18 items. Findings of health seeking behavior scale; health seeking behavior scale consists of 3 dimensions (online, professional, traditional) and the scale consists of 12 items. The goodness of fit index values of the scale were as follows: RMSA = 0.068, CFI = 0.92, GFI = 0.93, AGFI = 0.90, NFI = 0.90, RMR = 0.010. Findings of the structural equation modeling of the research: The goodness of fit index values of health literacy, self-efficacy, health perception and health anxiety model that affect health seeking behavior together are as follows; Chi-Square (X<sup>2</sup>) / Degree of Freedom (df) = 4.70; RMSEA = 0.079; CFU = 0.92; GFI = 0.92; AGFI = 0.88; NFI = 0.91 and RMR = 0.048.

Health literacy, self-efficacy, health perception and health anxiety affect health seeking behavior together. It has been determined that health care is the mediating effect of self efficacy and health literacy on health seeking behavior. It was determined that self-efficacy and health literacy had a mediating effect on health seeking awareness. It was found that health anxiety was mediated by health literacy level in health seeking behavior. It was found that health perception and self-efficacy mediated the effect of health literacy on health seeking behavior. Also in the research; gender, age, education level, income, chronic illness, continuous drug use affect health seeking behavior.

**Keywords:** Health Seeking Behavior, Health Literacy, Self-Efficacy, Health Perception, Health Anxiety

## 1. GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü (DSÖ); sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO 2018). Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olması olarak tanımlanan sağlık aynı zamanda bir haktır. Sağlıklı bir toplum oluşmasında bireylerin sağlık arama davranışları son derece önemlidir. Sağlık arama davranışı, insanların hem gerçek hemde potansiyel problemleri için uygun bir çözüm bulmak amacıyla üstlendikleri eylemleri ifade eder. Gerçek problemler için ortaya çıktığı zaman hastalık davranışı, potansiyel problemler ortaya çıktığı zaman sağlık davranışı sergilenir. Hastalık davranışı sağlık ihtiyacı karşılamak için rahatlama eylemini tanımlarken, sağlık davranışı ise hastalığı tespit etmeyi, önlemeyi ve iyilik halini iyileştirmeyi amaçlayan eylemleri tanımlar (Babitsch ve ark 2012). Bireylerin sağlık arama davranışı birçok faktörden etkilenmektedir. Sosyo demografik faktörler, sağlık politikaları, bireysel davranışlar ve yaşam tarzı gibi faktörler sağlık arama davranışını etkilemektedir. Bunların yanında birey sahip olduğu sağlık okuryazarlık düzeyi, öz yeterlilikleri, sağlığı algılama biçimleri ve sağlıkları hakkındaki kaygı durumları sağlık arama davranışını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık bilgisine ulaşmada, onları yönetmede ve sağlık kararlarını almada yardımcı olacaktır (Parker ve ark 2003). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireyler sağlık arama davranışı noktasında daha bilinçli bir şekilde hareket edeceklerdir. Öz yeterliliğin, sağlıklı beslenme, tarama, daha güvenli cinsel davranış ve sigara içme gibi sağlıkla ilgili birçok davranışın ve aynı zamanda sağlıkla ilgili davranışlardaki değişikliklerin güvenilir bir yordayıcısı olduğuna dair çok fazla kanıt vardır (Luszczynska ve Schwarzer 2005). Öz yeterliliği yüksek olan bireylerin, yüksek oranda görev odaklı olduğu ve bu nedenle hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olacak bilgi aramaya daha fazla güdülendiği tespit edilmiştir (Jones 1983). Sağlığı algılama biçimi ve sağlık kaygısında bireylerin sağlık arama davranışına etki etmektedir. Sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı davranışların yer alması ve bu davranışların devamlılığının sağlanmasını amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (Açıksöz ve ark 2013). Sağlık kaygısı hiç olmayan bireyler sağlık arama davranışı göstermemekte ve bu durumda ilerde sağlığı ile ilgili ciddi problemlere neden olmaktadır. Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler ise gereksiz yere sağlık

hizmeti talep etmekte olup, sağlık hizmet sunucularına ve asıl hizmete ihtiyacı olan insanlara engel olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, öz yeterliliği ve sağlık algısı yüksek olan bireyler ne aşırı derecede kaygılanacaklar ne de hiç kaygılanmayacaklar. Bu ikisi arasındaki dengeyi koruyacaklardır.

Bu araştırmada, bireylerin demografik verilerinin sağlık arama davranışı ile ilişkisinin incelenmesinin yanında, geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış olan sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ölçeklerinin sağlık arama davranışına etki düzeyini incelemek için yapısal eşitlik modeli yapılmıştır.

Araştırmanın literatür kısmında; sağlık ve hastalık kavramlarına değinilerek sağlık ve hastalık kavramının literatürdeki tanımlarına yer verilmiştir. Sağlık ve hastalığı etkileyen; biyolojik etmenlere, fiziksel etmenlere, politik etmenler, yaşam tarzı ile ilgili etmenlere ve sosyal etmenlere yer verilmiştir. Sosyal etmenler içerisinden sosyoekonomik etmenler (Eğitim, meslek, gelir, yoksulluk ve sosyal dışlanma), bireysel etmenler (Cinsiyet ve yaş), çevresel etmenler (konut, sosyal çevere, temiz gıda ve su), ulaşım ve sosyal hizmetlerle ilgili etmenlere (ulaşım, sosyal hizmetler ve eğitim) değinilmiştir. Daha sonra bireysel davranışlar olarak bilinen sağlık arama davranışına değinilmiştir. Sağlık arama davranışı, sağlık davranışı ve hastalık davranışı olarak açıklanmıştır. Sağlık arama davranışına yönelik teorik yaklaşımlardan; sağlık inanç modeline, planlı davranış teorisine, sağlık hizmeti kullanım modeline, sosyal davranışsal modele ve yol modeline değinilmiştir. Yapısal eşitlik modelinde kullandığımız ölçeklerin, sağlık arama davranışı ile ilişkisini incelemek için literatürde sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı kavramlarına yer verilmiştir. Liteteratürün son bölümünde ise sağlık arama davranışı yöntemleri açıklanmıştır.

Araştırmanın yöntem ve bulgulara kısmında sağlık arama davranışını ölçen bir ölçüm aracının olmayışından dolayı öncelikle bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Bu ölçüm aracı, üç boyut ve 12 maddeden oluşan likert tarzı bir ölçektir. Ölçek boyutları bireylerin sağlığı ile ilgili olarak tercih ettikleri yöntemleri sunmaktadır. Bu yöntemler geleneksel yöntem, profesyonel yöntem ve online yöntem olarak üç boyutta incelenmiştir. Bulgular kısmında daha sonra sağlık arama davranışına etki eden etmenlerden sağlık okuryazarlık, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ölçekleri yapısal eşitlik modellemesi çerçevesinde incelenmiştir.

## 1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık durumunun algılaması kişiden kişiye, toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık gösteren bir olgudur. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır (Tengilimoğlu 2009). Bu tanımda hastalık kavramı ön plana çıkarılmış, kişilerin, toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Akdur 1998). Robinson ve Elkan (1996)'a göre sağlığın pozitif bir biçimde tanımlanmasından ziyade genellikle hastalığın yokluğu biçiminde negatif yönden tanımlanması ile ilgili olarak ortaya çıkan en önemli problem evrensel olarak nitelendirilecek ve bireyin hasta olarak kabul edilip edilmemesinde bir ölçüt olarak başvurulacak normların her zaman bulunmamasıdır. Bircher (2005)'e göre sağlık yaş, kültür ve kişisel sorumluluk ile orantılı yaşam ihtiyaçlarına cevap veren fiziksel, zihinsel ve sosyal bir potansiyel ile karakterize dinamik bir iyi olma halidir. Terris (1975)'e göre ise sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haliyle, işlevsel yeteneğe sahip olunmasıdır. Larsona (1991)'a göre sağlık pozitif anlamda iyilik hali, verimlilik ve çalışmaya duyulan istekliliktir. Halbert Dunn (1959)'a göre sağlık, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği en yüksek potansiyele ulaşmasıdır. Birey yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmek için özgür olmalı ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir. Hoyman (1975)'a göre sağlık, verimli ve yaratıcı bir çevrede bireyin yüksek düzeyde iyilik halidir. Sağlık dinamik bir süreçtir ve genetik, çevre, davranış gibi durumlardan etkilenebilmektedir (Esin 1997).

Hastalık ve sağlık arasında kesin bir sınırın çizilememesi, kavramların göreceliği çeşitli kurumları bu bağlamda yasa koyucuları, “sağlık” kavramını tanımlama, kapsamını belirleme çabası içine sokmuştur (Dağlı 2006). Bu tanımlardan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanım, sağlığın günümüzde en yaygın tanımıdır. DSÖ sağlık tanımını, “sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde yapmıştır (Pender ve ark1992, Batlaş 2007, Erdoğan ve ark 1994, Birol 2005, Öz 2004, Mavilla ve Huerta 2002). Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık, birbirine bağlı fiziksel, ruhsal, kültürel ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir

olgudur. Kişinin sağlıklı olması durumunda gerek bedensel ve ruhsal gerekse sosyal yönden, kısacası günlük yaşamında her yönüyle iyi olması durumunda, sağlıklı olduğundan söz etmek mümkündür (Günel 2007). Sağlığın bu boyutları genellikle birbirini etkiler ve sağlıklı olmaya dair en güçlü duygu, bu boyutların yeterince dengelendiği ve bütünleştiği zaman ortaya çıkar (Kızılcılık 1996).

Sağlık kavramını daha iyi tanımlayabilmek için sübjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp incelemek gerekir (Birol 1997). Sübjektif olarak sağlık: Bireyin kendisinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir. Objektif olarak sağlık: Hekim muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmamasıdır. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için; hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekir (Bolsoy ve Sevil 2006).

Bazı bilim adamları, sağlık kavramının bir takım boyutları olduğunu ve kavramın son derece geniş olan anlamının bu boyutlardan faydalanarak ortaya koyulabileceğini öne sürmüşlerdir. Sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir. Psikososyal (duygusal ve zihinsel) ve bedensel sağlık veya iyilik halinin girdileri olarak çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleri sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir (Tengilimoğlu 2009). Bu dört girdinin her biri ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfus karakteristikleri, kültürel sistem ve akıl sağlığı yolu ile diğerlerini etkiler ve bu girdiler birbirleri ile ilişkilidir (Schultz ve Johnson 2003). Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri birbirlerine göre farklılık göstermektedir. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Bu kavramlara daha sonra sağlık ve hastalığı etkileyen etmenler içerisinde değinilecektir.

## **1.2. Hastalık Kavramı**

Hastalığın tanımı sağlığın tanımıyla beraber anlam kazanmaktadır. Hastalık tanımında bireysel düzlemde bireyin kendisini tam sağlıklı, mutlu, işlevsel ve huzurlu hissetmesidir (Sarı ve Atılgan 2012). Marinker (1975) tarafından hastalık;

hastalık hali ve hasta olma hali olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre hastalık (disease) genellikle boğaz enfeksiyonu ya da bronş kanseri gibi fiziksel, kimi zaman da şizofreni gibi kaynağı tanımlanamamış patolojik bir süreçtir (Marinker 1975).

Field (1993)'e göre hastalık kavramı, medikal (disease) ve toplumsal-kültürel içerikli bir kavram (illness) olarak iki anlam içermektedir;

Medikal bakış açısı (disease) daha çok hizmet sunucuların bakış açısı veya nesnel bir anlamı ifade etmektedir. Bu bakış açısıyla, hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği göstermekte, doktorun hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin subjektif yakınmalarını bir hastalık tanısına bağlaması anlamına gelmektedir. Rodney (1978)'e göre medikal yönden disease, vücudun içsel çevresini etkileyen değişikliklere veya bazı sakatlık durumlarına verilen biyolojik tepkilerdir. Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık (illness) ise, sağlıklı olma durumu veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin ağrı, acı vb. duyma durumunu ifade eder (Oskay 1993). Subjektif olarak algılanan hastalık (illness) organik bozukluğun neden olduğu sonuçları değişik derecelerde etkiler ve bu sonuçlardan etkilenir. Bu etkileme ve etkilenmenin değerlendirilmesi, hasta bireyin sosyoekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik konumuna göre farklılıklar gösterir. Hatta bu bağlamda, subjektif ve objektif anlamda hastalığın birlikteliği söz konusu olmayabilir (Nazlı 2007, Field 1976).

Hekime giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu "illness" (Eric 1976), doktorun saptadığı hastalık durumu "disease" (Cassell 1976), hekimden evine dönerken kişideki hastalık hali "sickness" olarak ifade edilmektedir (Tekin 2007).

Hastalık kavramı hem objektif hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler farklı tepkiler göstermektedir. Bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar (Armay ve ark 2007). Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Üstelik aynı hastalığa sahip olan insanların hastalık algıları farklılık gösterebileceği gibi sağlık profesyonellerinin de o hastalıkla ilgili algıları da farklılık gösterebilmektedir (Petrie ve Weinman 2006, Bolsoy ve Sevil 2006).



Çoğu zaman hastalık kavramından bütün insanların aynı durumu anladıkları sanılır. Hâlbuki hastalık tanımı, toplumdan topluma ve zamandan zamana değişmektedir (Cirhinlioğlu 2014). Locker (1983)'e göre hastalık kavramı tanımı günümüz çağına erişene kadar birkaç aşamadan geçmiştir. Modern tıptan önce hastalık ruhsal mekanik güçlerin bir ürünü olarak düşünülmüştür. Örneğin vücudu meydana getiren öğelerdeki dengesizlikten ya da günahkâr davranışlardan ötürü tanrının bireylere verdiği bir ceza şeklinde ele alınmıştır (Adak 2016). Ondördüncü ve onbeşinci yüzyıllarda Avrupa'da "kara ölüm" olarak adlandırılan ve milyonlarca kişinin ölümüne neden olan veba hastalığı günahların bedeli olarak değerlendirilmiştir (Çınarlı 2008). 19 yüzyılda ise kolera salgını zayıf ahlaktan ve çevrede bulunan organizmaların çürümesinden dolayı havanın kötüleşmesi şeklinde açıklanmıştır (Locker 1983). Modern tıp bilimi, hastalığı insan bedenine dışarıdan giren ve gözle görülmeyecek kadar küçük mikrobik canlılar tarafından yaratılan bir süreç ya da kaza sonucu bedensel bozukluk olarak tanımlamıştır (Sarı ve Atılğan 2012). Modern düşünceden sonra ortaya çıkan postmodern düşüncenin sağlık ve hastalığa bakışı açısı ise oldukça farklıdır. Postmodern düşünceye göre insanları hasta yapan şey, onların yaşayış tarzlarıdır. Bu nedenle her birey kendi sağlığından sorumludur (Bury 1998). Ayrıca postmodern düşüncede, modern dönemde olduğu gibi doğma, olgunlaşma ve yaşlanma süreci gibi aşamalar da yoktur. Yaşlanma kabul edilmez ve olabildiğince geciktirilmeye çalışılmalıdır (Baloğlu 2006).

Sağlık alanındaki yeni gelişme ve değişmelerin beraberinde getirdiği çağdaş dönüşümler sonucunda hastalık yerine sağlık; hastane yerine topluluk içinde bakım; akut yerine kronik; tedavi yerine koruma; müdahale yerine izleme/gözetim; tedavi yerine bakım ve doğal olarak hasta yerine kişi kavramları bilinçli tercihlerle kullanılmaya başlamıştır (Nettleton 1995). Bu bağlamda günümüzde artık hastalıkların tedavisinden ziyade sağlığın korunması ve geliştirilmesi daha çok vurgulanır olmuştur (Adak 2016).

### **1.3. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Etmenler**

Hastalık ve sağlığa doğrudan ve dolaylı olarak birçok faktör etki etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve araştırmacılarının değerlendirmelerine göre hastalık ve sağlığı; biyolojik nedenler, sosyal ve ekonomik nedenler, fiziksel ekolojik nedenler,

kamu hizmetleri ve politikaların sunumları ve bireysel nedenler etkilemektedir (Tecim 2018). Aşağıda bu etmenlere ait bilgiler sunulmuştur.

### **1.3.1. Biyolojik Etmenler**

İnsan sağlığını etkileyen biyolojik etkenlerin başında insan geninin özellikleri gelmektedir. Anne ve babadan aktarılan genetik yapının; hem kişinin mevcut sağlık durumunu oluşturduğu gibi, hem de gelecekte karşılaşılabileceği sağlık ile ilgili sorunlarda da payı büyüktür (Öner 2014). İnsan kalıtsal hastalıklara maruz kalmakta ve bunun önüne geçememektedir. Hormon bozukluğuna bağlı hastalıklar (guatr, şeker vb.) bunlara dâhildir. İnsan gelişiminin ve davranışının en temel belirleyicisi, onun kalıtsal yapısıdır. Bu kalıtsal yapının bütün insanlığa özgü yanları olduğu gibi bireyden bireye, kuşaktan kuşağa, ırktan ırka değişen yanları da vardır (Öztürk 1997). Literatür incelendiğinde beyaz, sarı ve esmer tenli olan insanlar hastalığa daha yatkındır (Giddens 2000).

Biyolojik nedenli açıklamalar zamanla biyomedikal açıklama biçimini ortaya çıkarmıştır. Biyomedikal kavramı kullanıldığında kısaca hastalığın nedeni mikrop ve bakterilerin olduğu fikridir. Bu nedenle insanların hastalanmasının nedeni bu tip empirik, pozitivist ve neden sonuç ilişkisine dayandırılarak açıklanmaktadır (Tecim 2018). Bundan dolayı mikro-organizmalar, bakteriler ve mikroplar hastalığın temel nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **1.3.2. Sosyal Etmenler**

İnsanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı, yaşlandığı ve hastalıklarla başa çıkacak sistemlerin oluşturulduğu koşullar sağlığın sosyal etmenlerini belirlemektedir (WHO 2018). Sosyal etmenler: popülasyonlar arası dağılımı, uzunluğu ve kaliteyi etkin bir şekilde belirleyen gıda arzı, konut, ekonomik ve sosyal ilişkiler, ulaşım, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi yaşamı güçlendirici kaynaklar olarak tanımlanmıştır (Brennan ve ark 2008). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı etkileyen sosyal etmenleri şu şekilde incelenmiştir (WHO 2008; WHO 2011; WHO 2018);

**a. Sosyo-ekonomik etmenler (eğitim, meslek, gelir, yoksulluk ve sosyal dışlanma):** Sosyo-ekonomik durum insan sağlığını yaşam boyu etkilemektedir (Lynch ve ark 1997, Ross ve Wu 1996). Sosyoekonomik koşulların belirlenmesinde

birinci önemli değişken eğitimidir. Eğitimli insanlar riskli sağlık davranışlarından kaçınarak etkili bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanacak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışlarında daha etkin olacaktır (Freedman ve ark 1999, Agheli ve Emamgholipour 2015). Bunların yanında kişiler daha iyi bir iş imkâna ve daha iyi bir ekonomik koşula sahip olacaktır (Ross ve Mirowsky 1995, Yen ve Moss 1999).

Gelir, sosyo-ekonomik koşulların belirlenmesinde ikinci büyük değişkendir (Mackenbach ve ark 1997). Literatürde gelir ile sağlık düzeyi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu gösteren birçok bulgu mevcuttur (Lynch ve ark 2004, Wagstaff ve Doorslaer 2000). Gelir düzeyi arttıkça sağlık göstergelerinde iyileşmeler olmaktadır. Geliri yüksek olan ülkeler kamu sağlık harcamalarına yüksek pay ayıracak ve bunun sonucunda bu ülkelerde bebek ve çocuk ölüm oranlarında azalma görülecektir (Rogers 1979, Wilkinson 1997, Pritchett ve Summers 1996, Deaton 2006, Tüylüoğlu ve Tekin 2009).

Meslek ya da istihdam, bireyin sosyal yapıdaki konumunu temsil eder ve kişinin psikolojik, fiziksel risk faktörlerine maruz kalma durumunu, kısacası yaşam tarzını etkiler (Travers 2007). Düşük ücretli işlerde çalışan insanlar sadece maddi yönden dezavantajlı değil, aynı zamanda mali güvensizliğe, daha fazla işsizlik, iş kazası, kontrol eksikliği, diğer sosyal ve çevresel stresleri yaşar; daha az sosyal destek alır ve daha stresli davranışlar gösterir (Adler ve ark 1994, Berkman ve Syme 1979, Bosma ve ark 1997, House ve ark 1988, Karasek ve Theorell 1990). Literatür incelendiğinde 61 yaş altı bireylerde işsiz kalınan sürenin artması ile işsiz kalma nedeniyle ölümlerin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Osle ark 2003, Garcy ve Vagerö 2012).

Sağlığı etkileyen bir diğer faktör sosyal destektir. Başkaları tarafından sağlanan kaynaklar olarak tanımlanan sosyal destek “bireye önemsendiğini, sevildiğini, iletişim ve karşılıklı ödevler içeren bir toplumsal ağa ait olduğunu bildiren bir bilgi” olarak görülür (Denton ark 2004). Sosyal destek alan kişiler hastalığı daha çabuk atlatabilmekte ve hastalıkların verdiği olumsuz havadan kurtulabilmektedirler (Pierce ve ark 1996). Sosyal destekten yoksun olan bireyler ise sosyal dışlanmaya maruz kalmaktadırlar. Sosyal dışlanma bireyin toplumla bütünleşmesini sağlayan sivil, politik, ekonomik ve sosyal haklara, bazı kişi ve

grupların ulaşamaması süreçleridir (Walker ve Walker 1997). Sosyal dışlanma sadece bireysel olmayıp bölgesel de olabilmektedir. Bölgesel olarak damgalanma ve dışlanma; kişilerde eğitim eksikliği, sabit bir işinin olmaması, kötü beslenme, umutsuzluk ve stres gibi faktörleri beraberinde getirmektedir (Öner 2014). Literatürde yapılan çalışmalarda dışlanmaya maruz kalan bireylerin, dışlanmaya maruz kalmayan bireylere göre daha erken öldükleri ve kalp krizi sonrası sağ kalımın daha düşük olduğu tespit edilmiştir (House ve Landis 1988). Sosyal olarak bütünleşmiş toplumlarda, tüm nedenlerden ölüm oranlarının içerisinde intihar oranının daha az olduğu, suç oranlarının düşük olduğu ve genel olarak daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir (Kawachi ve Berkman 2000, Kawachi ve Kennedy 1997, Wilkinson 1996).

Sosyal dışlanma ile bağlantılı olan ve sağlığı etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri ise yoksulluktur. Yoksulluk, ekonomik kaynaklara yetersiz erişim nedeniyle oldukça düşük düzeyde mal ve hizmet tüketmek olarak tanımlanır (Larsson ve Halleröd 2008). Yoksulluk beslenme bozukluğuna, hastalıkların sıklaşmasına, bireyin gelirinin çoğunu tedaviye ayırmasına, çalışma gücünün ve gelir azalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte yoksul toplumlarda yüksek suç oranı, evlilikte uyumsuzluk, boşanma gibi sorunlar görülmekte olup bu sorunlar birçok fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerine yol açmaktadır (Ergül 2005). Ekonomik olarak yetersiz olan kişiler, kötü barınaklarda yaşamakta ve ucuz, sağlıksız gıdalarla beslenmektedir (Browne 2014). Bu nedenlerden dolayı yoksullar zengin kesime oranla daha sık hastalanmakta ve hastalık dönemleri daha uzun sürmektedir (Aytaç ve Kurttaş 2015). Yoksul kişilerin kazalar, yaralanmalar ve iş kazalarına ilişkin riskleri daha yüksektir (Özen 1994).

**b. Bireysel etmenler (cinsiyet ve yaş):** Kadınlar ve erkekler arasındaki sağlıktaki farklılıklar, biyolojik alanlardan sosyal olanlara kadar çeşitli faktörler açısından incelenmektedir (Matud 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsiyet ve cinsiyet farkını şöyle tanımlamaktadır: Toplumsal (toplumsal cinsiyet) ve biyolojik (cinsiyet) farklılıklar nedeniyle kadınlar ve erkekler farklı sağlık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar ve buna bağlı olarak da farklı sağlık arayan davranışlar göstermektedirler (WHO 2016).

Hastalıklar, biyolojik cinsiyet olarak kadınlarda ve erkeklerde farklı hallerde görünüm sergileyebilirler. Tıbbi olarak bakıldığında yalnızca kadında ya da yalnızca erkeğe özgü olan ve cinsel biyolojik yapıya bağlı olan hastalıklar mevcuttur (Greaves 1999). Prostat hastalığının yalnızca erkeklerde, buna karşın rahim ağzı kanserinin yalnızca kadınlarda görülmesi buna örnektir (Sarı ve Atılgan 2012). Kadınlar genellikle erkeklerden daha kötü sağlık durumlarına sahip olsalar da erkeklerden daha uzun yaşamaktadırlar (Dennerstein ve ark 2000, Arber ve Cooper 1999, Macintyre ve ark 1996). 2018 yılında, doğumda küresel yaşam beklentisi, kadınlar için 73,8 yıl ve erkekler için 69,1 yıl olarak tahmin edilmektedir (WHO 2016). Türkiye’de bu oran erkeklerde 75,3 iken kadınlarda 80,7’dir (Sağlık Bakanlığı 2016). Kadınlar daha düşük ölüm oranlarına sahip olsalar da, erkeklere göre daha yüksek düzeyde depresyon, psikiyatrik bozukluklar ve çeşitli kronik hastalıklara yakalanma oranları daha yüksektir (Baum ve Grunberg 1991, McDonough ve Walters 2001, Verbrugge 1985, Macintyre 1993, Macintyre ve ark 1989). Kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek artrit, diyabet ve hipertansiyon oranlarına sahiptir (Senanayake 2000).

Toplumsal cinsiyet de, fırsatları ve hayati riskleri belirleyen sağlığın önemli belirleyicilerindedir (Hunter ve Annadale 1999). Kadınlar ve erkekler sadece biyolojide farklı olmakla kalmayıp, aynı zamanda toplumun kendilerine atadıkları roller ve sorumluluklar bakımından da farklılık gösterir. Kadınlar yaşamın sosyal ve maddi imkânlarına daha zor erişebilmekte, cinsiyetleri ve evliliklerindeki rolleri nedeni ile daha yoğun bir strese maruz kalmaktadırlar (Öner 2014). Bunların hepsi aldıkları riskleri, maruz kaldıkları kişileri, sağlıklarını iyileştirme çabalarını etkiler (Matud 2016). Ayrıca, hastalığın ve hastalıkların nedenleri, sonuçları ve yönetimi üzerinde de bir etkisi vardır (OMS 2016). Kadınlar erkeklerden çok daha fazla şistozomiyaz hastalığı riski ile karşı karşıyadır. Manderson (1999) kadınların bu riskle daha fazla karşı karşıya olmalarının, çamaşır, bulaşık, temizlik gibi nedenlerle hastalığa neden olacak suyla daha fazla temas etmelerinden kaynaklanmakta olduğunu ifade eder. Kadınlar genellikle sağlıklarını korumak ve tedavi etmek konusunda eğitim olanakları ve bilgiye ulaşmalarındaki engeller nedeniyle sınırlı bilgi ile hareket etmektedir (Sezgin 2015). Kadınların üreme organları ve idrar yolları ile ilgili hastalık riskleri daha fazladır. Buna bağlı olarak kadınların üreme

organları ve cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi eksikliği, yeni risklerle karşılaşma olasılıklarını artırmaktadır (Sezgin 2015). Kadınlar bu gibi hastalıkların çaresini aramakta toplumsal olarak öğrendikleri utanma duygusu ile daha çok geleneksel yöntemleri tercih etmektedirler. Bendelow (1993) yaptığı araştırmada, hem erkeklerin hem de kadınların cinsiyete dayalı hastalığı kabul ettiklerini, fakat sadece erkeklerin bu hastalıklarla ilgili tedavi aradıklarını tespit etmiştir.

Sağlığı etkileyen bireysel etmenlerden ikincisi yaş faktörüdür. Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıklar ve engellilik artmaktadır (Öner 2014). Yaşlılık dönemi bireyin üretimden çekildiği, rol, statü kayıpları yaşadığı, bağımlılığın ve kaza riskinin arttığı, fiziksel gücün azaldığı, yeti yitimlerinin arttığı, stresörlere direncinin zayıfladığı ve birçok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir (Kurt ve ark 2010). Sağlıklı bir yaşlılık ve yaşlının sağlığının korunması önemli bir durumdur. Yaşlanma ile beraber hücre yıpranması, vücut direncinde azalma, kronik hastalıklarla beraber fiziksel ve zihinsel gerilemeyle karşılaşılması kaçınılmaz bir durumdur (Sözen 2014). Yaşlılar daha çok hastalanmakta ve sağlığı için arayış davranışı göstermektedir.

**c. Çevresel etmenler (konut, sosyal çevre, temiz gıda ve su):** Yaşam boyunca insanlar mutlaka bir çevre içerisinde yaşarlar. İnsanlar bu çevre ile sürekli temas halin olmak zorundadırlar. Çevreyle etkileşim içinde olmaları onların sağlığını doğrudan ve ya dolaylı olarak etkileyecektir (Öner 014). Bu çevre içerisinde barınma, temiz gıda, su ve sosyal çevre yer almaktadır.

İnsanların sağlıklı bir şekilde hayat sürmeleri ve hastalıklara yakalanmamaları için yeterli bir şekilde barınmaları gerekmektedir (Işık 1994). Yeterli bir şekilde barınmak fiziksel barınmanın daha ötesinde bir barınmadır (OHCHR 2018). Güvenli bir şekilde barınma diğer sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde barınmaktır (Marmot 2005, WHO 2017). Konut, sağlığı ve refahı etkileyebilir. Örneğin, küf, nemli ve güvensiz su gibi barınma koşulları, sağlık koşullarını (astım veya ishal hastalıkları) doğrudan etkileyebilir, aşırı kalabalık bulaşıcı hastalıkların yayılmasına neden olabilir, konut zorlukları stres ve endişe yaratabilir. Ekonomik olmayan konut maliyetleri, sağlığı teşvik edici kaynaklar için mevcut olan parayı kısıtlayabilir ve

bunun sonucunda, sağlığın sosyal belirleyicilerden olan istihdam ve eğitim gibi diğer kaynaklara erişimi olumsuz yönde etkileyebilir (Acevedo ve Garcia 2000, Dunn 2000, Evans ve ark 2003, Howden ve Chapman 2002, Rosenberg ve ark 1997, Shaw 2004, Wanyeki ve ark 2006).

Sağlığı etkileyen bir diğer faktör su ve gıdalardır. Tüm dünyada insanların sağlıklı olmaları, yaşamlarını ve fiziksel gelişimlerini sürdürebilmeleri için yeterli miktarda güvenli gıda ve su alabilmeleri gerekir (Erkmen 2010). Yeterli miktarda temiz su ve gıda alamadıkları takdirde insan çeşitli salgın hastalıklara yakalanmakta ve bu hastalıklar insanın yaşam kalitesini etkilemektedir (Cassady ve ark 2006).

Sosyal çevrenin sağlığa ve hastalıkların iyileşmesine büyük etkisi vardır. İnsanlar maddi yönden sıkıntı çekmeyebilir, gerekli eğitimleri de alabilir ama güvenli ortamlarda yaşamadıktan sonra insanlar kendini huzursuz ve stresli hissedecektir (Lorenc ve ark 2012, Stafford ve ark 2007, Ziersch 2011). Bu stresli ortam sağlığını etkileyecektir (Agyemang ve ark 2007). Bunların yanında sosyal ağlar, sosyal sermaye, uyum, gayri resmi sosyal kontrol gibi sosyal çevrenin faktörleri de insan sağlığını etkilemektedir (Sampson 2012, Kim 2010, Diez Roux 2001, Diez Roux ve Mair 2010, Macintyre ve ark 2002). Uyum içinde olan çevrelerde ve çok sosyal sermayeli çevrelerde yaşamak hem fiziksel hem de ruhsal sağlığa yararlı bulunmuştur (Hawe ve Schiell 2000, Kawachi ve ark 2008, Diez Roux ve Mair 2010).

**d. Ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili etmenler (ulaşım, sosyal hizmetler ve eğitim):** Ulaşım kazalar, hastalıklar ve fiziksel aktivite üzerine olan etkileri gibi direkt veya sosyal etkileşim ve yaşam kalitesi üzerine olan etkileri ile indirekt olarak etki eder (Öner 2014). Sağlıklı bir şekilde ulaşım, motorlu taşıtları yerine bisiklet veya daha fazla yürüyüşü tercih etmektir (Wilkins ve Marmot 2003). Bu şekilde yapılan bir ulaşım ile sağlığa dört farklı şekilde katkıda bulunmuş oluruz: Egzersiz oranlarını arttırarak, ölümcül kazaları engelleyerek, sosyal bağları arttırarak ve hava kirliliğini ile ilişkili hastalıkları engelleyerek (Öner 2014).

Sağlık etkileyen bir diğer faktör olarak sosyal hizmetlerdir. Sosyal hizmetlerin hedefi sadece birey, aile, grup ve toplumların sosyal ilişkilerinde yardımcı olmak değil, aynı zamanda sağlık ve ekonomik açıdan standartlarını

yükselterek sosyal refaha daha iyi ulaşılması için plan ve politikalar hazırlanmaktadır (Friendlander 1961, akt. Özdemir 2000). Bireyin sağlık standartlarını veya sağlık göstergelerini yükseltmek için sosyal hizmet uygulamalarında tıbbi sosyal hizmet uygulamaları bize yardımcı olmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet, hastanın hastalığa sebep olan ve hastalık sonucu meydana gelen psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesinde sosyal hizmet mesleğinin yaklaşım, yöntem ve tekniklerinin kullanılmasıdır (Özbesler 2013). Tomanbay (1992) tıbbi sosyal hizmeti, hastaların bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sağlıkları yönünden yararlanmalarını engelleyen içsel ve dışsal sorunların çözümlenmesi amacıyla yapılan ekonomik, toplumsal, psikolojik, eğitici, destekleyici hizmetlerin tümü olarak tanımlamıştır. Tıbbi sosyal hizmetin temel özelliği, hastalıkla ve hastalığın tıbbi tedavisi ile bağlantılı, bireyin ve ailenin yaşamını etkileyen sosyal ve duygusal sorunları çözebilmektir (Swanson 2000).

### **1.3.3. Fiziksel-Ekolojik Etmenler**

Kişinin içinde yaşadığı bölge ve iklim koşulları belli başlı hastalıkların daha sık görülme olasılığını arttırmaktadır (Sarı ve Atılgan 2014). İçinde bulunduğu coğrafi bölge o kişilerin tarım faaliyetlerini etkilemekte ve buna bağlı olarak da en çok tüketilen gıda maddeleri diğer bir takım gıda ürünlerinin de az tüketilmesine sebep olmaktadır (Turner 1995). Örneğin Karadeniz Bölgesinde beslenme alışkanlıkları ve çernobil faciası nedeni ile troid ve akciğer kanseri; Akdeniz ve ege Bölgelerinde yoğun güneşe maruz kalma sebebi ile cilt hastalıkları; Doğu Anadolu Bölgesinde hayvansal gıda tüketimi fazlalığı ile brusella, şarbon gibi hastalıkları; Güney Doğu Anadolu Bölgesinde kişilerin beslenme alışkanlıkları nedeniyle mide ve yemek borusu hastalıkları görülmektedir.

### **1.3.4. Kamu Hizmetlerinin Sunumu / Politik Etmenler**

Politikalar sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir (Schoeni ve ark 2008). Örneğin sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık sigortası ve koruyucu hizmetler sağlığı doğrudan etkilemektedir. Bunların yanında sosyal politikaların, sosyal ve ekonomik sonuçlara (gelir, eğitim, istihdam, barınma, evlilik) olan etkisi sağlığı dolaylı olarak etkilemektedir (Berkman ve Kawachi 2000).



Kamu hizmetleri ve politikalarının halka sunulması, halk sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Kamu güvenliğinin sağlanması, gerekli sağlık kurumlarının açılması ve işletilmesi, gerekli insan kaynaklarının üretilmesi zorunluluk derecesi yüksek bir kamu hizmetidir (Tecim 2018). Serbest piyasa ekonomilerinde bu zorunluluğu gidermek beklenmemekte fakat sosyal demokrasi ile yönetilen ülkelerde bu zorunluluk görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre hastalıkları değişmektedir. Oluşan bu sağlık problemlerine karşı ülkelerin öncelikleri değişmektedir. nceliklerden kasıt kıt kaynaklara karşı hizmetlerin sınırlanması ve önceliklerin yapılmasıdır (Tragakes ve Vienonen 1998). Bir lke, hangi sağlık sorunlarına öncelik verilmesi gerektiği konusunda karar verirken en fazla zarara neden olan hastalığa özel olarak dikkat etmek isteyebilir (Filiz 2018). Eğer bir ülke, alkolizme, tüberküloz artışına ya da yenidoğan tetanozuna bağlı olarak birçok vatandaşını kaybediyorsa, bu durumda bu koşulların kontrol edilmesi için çaba göstermelidir. QALY (Kaliteye Uyarlanmış Yaşam Yılı) veya DALY (Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı) gibi hastalık yükü ltlerinin mevcut olmadığı ülkeler, prevalansın daha yüksek olduğu durumları hedefleyerek işe başlayabilir (Robert ve ark 2004).

Kamu hizmetleri ve politikaların sağlık ve hastalık üzerinde daha etkili olabilmesi için genel kamu güvenliğini sağlamalı, o bölgenin sağlığını geliştirecek alanlar oluşturmalı (hava, su, park, yürüyüş alanı vb), sağlık hizmeti verecek kurumlar amalı, bu kurumlara erişebilirliği kolaylaştırmalı, yeterli insan kaynağı istihdam etmeli, kurumları denetlemeli, halk sağlığı politikaları oluşturmalıdır.

### **1.3.5. Bireysel Davranış/ Yaşam Tarzı İle İlgili Etmenler**

Sağlık ve hastalığı etkileyen en önemli etmen bireysel davranışlardır. Bireylerin hasta olmadan ve hasta olduktan sonra sergiledikleri davranışlar sağlık/hastalık durumlarını etkileyecektir. Sigara ve alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, düzensiz beslenme, riskli cinsel davranışlar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir ( Fine ve ark 2004, Poortinga 2007). Bu davranışlar erkeklerde, genç yetişkinlerde, bekrlarda, düşük sosyal sınıfta olanlarda, ekonomik olarak aktif olmayanlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda ve kronik hastalarda daha fazla görülmektedir (Poortinga 2007, Pronk ve ark 2004). Yaşamı tehdit eden kronik ve

akut hastalıklar (diyabet, kalp, astım, obezite, grip, nezle vb) kişilerin sağlık arama davranışları ile bağlantılıdır (WHO 2008, Lloyd-Jones ve ark 2010). Sağlık arama davranışı sağlık davranışı ve hastalık davranışı olmak üzere iki şekilde ele alınacaktır.

#### **1.4. Sağlık Arama Davranışı**

Sağlık arama davranışı, insanların hem gerçek hem de potansiyel problemler için ortaya çıkabilecek uygun bir çözüm bulmak amacıyla üstlendikleri eylemleri ifade eder. Gerçek problemler için ortaya çıktığı zaman hastalık davranışı denir ve potansiyel problemler için ortaya çıktığında buna sağlık davranışı denir. Hastalık davranışı, sağlık ihtiyacının karşılanması için bir rahatlama arayışına girme eylemini tanımlar. Sağlık davranışı, hastalığı tespit etmeyi veya önlemeyi ve iyilik halini iyileştirmeyi amaçlayan bireylerin gözlemlenebilir eylemlerini ifade etmektedir (Babitsch ve ark 2012).

##### **1.4.1. Sağlık Davranışı**

Sağlık ve hastalığı etkileyen birçok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı bireye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik etmenler olduğu gibi, kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011, akt Gözüm ve Çapık 2014). İnsanlar sağlıkları hakkında doğru bilgi edinmez ve sağlıkları için uygun davranışlar sergilemezlerse sağlıksız bir hayat süreceklerdir (Upton ve Thirlaway 2014). Sağlığı tehdit eden davranışlar başında fiziksel aktivite eksikliği, kötü beslenme, sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi, riskli cinsel davranışlar, düzensiz uyku gibi faktörler gelmektedir. Bu davranışlar kronik hastalıkların ve ölümlerin büyük nedenidir (Kung ve ark 2008).

Sağlık davranışı, hastalığı önlemek ya da teşhis etmek, sağlığı ve refahı iyileştirmek ve sürdürmek için yapılan faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (Conner 2001, Conner ve Norman 1995, 2005, 2015). Şen ve ark (2017) sağlık davranışını, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili davranışlar olarak tanımlamıştır. Zaybak ve Fadiloğlu (2004) sağlık davranışını, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlamıştır. Bu tanımlardan hareketle kişilerin sağlığını korumak veya sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları davranışlara sağlık davranışı denilmektedir. Sağlığını koruyucu

davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğu sonucu birçok çalışmayla desteklenmektedir (Belloc ve Breslow 1972). Johnson ve Kittleson (2003) tarafından yapılan araştırmada, Doğu Asyalılar ile Amerikalı üniversite öğrencilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sağlık davranışlarının çoğu bakımından (örneğin düzenli egzersiz ve dengeli bir diyet) benzerlikler tespit etmişlerdir. Stevens (2006) tarafından yapılan araştırmada, 15-21 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada sağlıklı olmanın sağlıklı beslenme, vücuduna zarar veren şeyler yapmama ve egzersiz yapmayla sağlanabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Başlıca sağlık davranışlarını incelediğimizde;

Sigara içmek, uzun süreli olumsuz sağlık sonuçlarıyla en yakından ilişkili olan davranıştır. Sigara içenler arasında koroner kalp hastalığına bağlı olarak (KKH) hem morbidite hem de mortalite artmıştır (Friedman ve ark 1979, Doll ve ark 1994, Thygesen ve ark 2012, Amsterdam ve ark 2014, Go ve ark 2014, Kim ve ark 2017, Fu ve ark 2017). Ayrıca, günde içilen sigara sayısı ile KKH insidansı arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır (Friedman ve ark 1979). Sigara içmek akciğer, boğaz, mide ve bağırsak kanseri hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Royal College of Physicians 1983, Lasser ve ark 2000, Cooper ve ark 2012, Centers for Disease Control and Prevention 2017). Görüldüğü üzere sigara içme davranışı sağlığı etkilmektedir.

Bilindiği üzere 20. yüzyılda yetersiz beslenme çeşitli hastalıklara neden olurken 21. yüzyılda ise aşırı beslenme ve kilo çeşitli kronik hastalıklara neden olmaktadır. Sanayileşmiş ülkelerde hastalıkların temel nedeni aşırı yağ ve şeker tüketimi, yetersiz lifli meyve ve sebze tüketimidir. Buna ek olarak fazla kalori tüketimi obeziteye neden olmaktadır (Norman ve Conner 2017). Günümüzde tüketicilerin hızlı tüketilebilen gıdalara olan taleplerinin artması ve yanlış beslenme alışkanlıkları sonucu; kalp damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, aşırı şişmanlık, diyabet ve barsak hastalıkları artış göstermiştir (Burdurlu ve Karadeniz 2003). İnsanlar yediklerine dikkat ederek yani diyet yaparak birçok hastalığı önlemiş olurlar. Diyetin çeşitli yönleri ile morbite ve mortaliteyi etkilediği görülmektedir (USDHHS 1988). Diyet kardiyovasküler hastalıklar, inme ve yüksek tansiyon, kanser, diyabet, obezite, osteoporoz ve diş hastalıkları ile ilişkilendirilmiştir. Bu

hastalıkların önlenmesi için diyet yapılması gerekmektedir. Kolesterolün hastalığında diyet önemli bir etkiye sahiptir (Expert Panel 1993). Diyet yeterli olmadığında ilaç tedavisine geçilir (Wardle 1995). Diyet aşırı kilonun da önüne geçebilir. Kiloya bağlı hipertansiyon, inme, kardiyovasküler hastalıklar Tip II diyabet, osteoartrit gibi hastalıklar önemli ölçüde artırmaktadır (Bhaskaran ve ark 2014, Magnusson 2009). Yeterli miktarda bir kilo kaybı (% 5 ila % 10) obezite risk faktörlerini iyileştirecek ve potansiyel olarak şiddetini azaltacaktır (Wing ve ark 2011).

Düzenli egzersiz veya fiziksel aktivitelerde bulunmak, sağlıklı bir yaşam tarzının temel bileşenlerinden biridir. Düzenli egzersiz yapmanın potansiyel sağlık yararları çoktur ve bunun yanında kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak gerçekleşen morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır (Oberman, 1985, Tayar ve Korkmaz 2007, Özer 2001). Düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, karakter gelişiminde istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında ve bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında, zihinsel ve bedensel fonksiyonların korunmasında önemli etkiye sahiptir (Bek 2008).

Sigara, beslenme alışkanlıkları ve düzenli fiziksel aktivitenin yanında alkol kullanımı, tehlikeli cinsel davranışlar, düzenli sağlık tarama davranışları önemli sağlık davranışlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 Alkol ve Sağlık Küresel Durum Raporu'na göre, her yıl alkolün zararlı etkilerinden ölen 3 milyondan fazla insan var, bu da dünya çapında hastalık yükünün % 5'inden fazlasına denk geliyor (WHO 2018). Aşırı alkol kullanımı yüksek tansiyonu, kalp hastalığı, beyin hasarı, diyabet kanser ve karaciğer sirozu gibi hastalıklara neden olmaktadır (Shaper ve ark 1981, Sherlock 1982, Colliver ve Maillin 1986, Baliunas ve ark 2009, Rehm ve ark 2010, Zahr ve ark 2011, Turati ve ark 2014). Yüksek düzeyde alkol tüketimi kazalar, yaralanmalar, intiharlar, suç, aile içi şiddet, tecavüz, cinayet ve güvensiz seks ile ilişkili olduğu literatürde yer almaktadır (BMJ 2018). Ruhsal bozukluğu olanlar veya aşırı strese maruz kalan insanlar stresi azaltmak ve ruh halini iyileştirmek için bilinçli olarak içmektedir. Bu davranış birkaç saat için onu rahatlatır da genel ruh sağlığını kötüleştirecek kısır bir döngüye neden olacaktır (Young ark 2009, Grant ark 2009).

Cinsel davranışlar da uzun süredir cinsel yolla bulaşan hastalıkların (STD) yayılması üzerindeki etkileri nedeniyle sağlık davranışları olarak kabul edilmektedir. Ergenlikten başlayarak gencin yaşamında önemi gittikçe artan cinselliğin gerekli koruma önlemleri alınmadan (kondom kullanma gibi) yapıldığında ise sağlık açısından öldürücü enfeksiyonlara yol açtığı bilinmektedir (Kıyılıoğlu ve Dönmez 2016). Kişilerin hayatını tehlikeye atan ve başta HIV/AIDS olmak üzere hastalığa sebep olan cinsel davranışlar; anal ilişki, tek gecelik cinsel ilişki, kondom kullanılmadan girilen cinsel ilişki, kendinden yaşça büyük birisiyle cinsel ilişkiye girme, aynı dönemde birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye girme, ilişki öncesi ya da sırasında alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri kullanma ve küçük yaşta cinsel ilişkiye başlama olarak sıralanmışlardır (Stulhofer ve ark 2009).

Son olarak, bireyler hastalıkları erken veya asemptomatik bir aşamada tespit etmeye çalışan çeşitli tarama programlarına katılarak sağlığını korumaya çalışabilirler (Ashworth 196). Belirli bir yaştaki kadınlar için meme kanseri tarama programlarının faydaları şu anda yaygın olarak ortaya çıkmaktadır (IBSR 2012, Siu ve Force 2016). Meme kanseri göz önüne alındığında, mamogramı içeren meme tarama programlarının meme kanseri mortalitesini 50 yaş ve üzeri kadınlar arasında% 40'a kadar azaltabildiği tahmin edilmektedir (Strax 1984, Turnbull ve ark 2018). Bununla birlikte, meme tarama programlarındaki katılım oranları farklı ülkelerde % 25 ile % 89 arasında değişen büyük değişkenlik göstermektedir (Vernon ve ark 1990, Turnbull ve ark 2018). Bazı akciğer kanseri tarama çalışmaları sigara bırakma motivasyonunu artırmaktadır ( Ashraf ve ark 2009, Cox, Clark, Jett ve ark 2003, Van der Aalst ve ark 2010, Pineiro ve ark 2015, Taylor ve ark 2007).

#### **1.4.2. Hastalık Davranışı**

Hastalık davranışı kavramı, yirminci yüzyılın ikinci yarısında büyük ölçüde tanımlanmış ve benimsenmiştir. Hastalık davranışı kendini hasta olarak algılayan, sağlık durumunu tanımlayan ve uygun bir çare bulma yetkisine sahip bir kişinin yaptığı herhangi bir faaliyettir (Kasl ve Cobb 1966). Fiziksel veya zihinsel belirtileri olan bazı kişiler yardım için tıbbi bakım sistemine başvururlar; bazıları kendi kendine yardım stratejilerine yönelebilirler; bazıları da hastalık belirtilerini reddetmeye karar verebilirler. Henry Sigerist ve Talcott Parsons kişideki bu

rahatsızlığın sadece patofizyolojik mekanizmalara atfedilemeyeceğini aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlara dayandığını da ileri sürmüştür (Sirri ve ark 2013). 1929'da, İsviçreli tıp tarihçisi Henry Sigerist, farklı toplumların ayrıcalıklar ve yükümlülüklerle karakterize edilen hasta kişilere belirli bir sosyal statüyü nasıl tanımladıklarına dikkat çekmiştir. Yirmi yıl sonra, Amerikan sosyolog Talcott Parsons "hasta rolü" terimini, hasta kişilere normal sorumluluklardan ve iş gibi sosyal görevlerden muaf tutulmasına izin veren, ancak iyi olmaya çalışmanın ve dolayısıyla nitelikli yardım alma ve işbirliği yapma yükümlülüklerini de içeren "hastalık rolü" terimini getirmiştir (Sigerist 1960, Parson 1951). Mechanic ve Volkart (1960) insanların fiziksel semptomlara ve bu tür reaksiyonları etkileyen psikososyal ve kültürel faktörlere tepki vermenin farklı yollarını araştırmışlardır. Buna bağlı olarak hastalık davranışı kavramı; "bireylerin bedensel belirtilere nasıl tepki verdiklerini, içsel durumları nasıl izlediklerini, semptomları nasıl tanımladıklarını ve yorumladıklarını, iyileştirici önlemler aldıklarını ve çeşitli gayri resmi ve resmi kurumları nasıl kullandıklarını" ifade eder (Mechanic ve Volkart 1960).

#### ***a. Hastalık Davranışının Klinik Etkileri***

Hastalık davranışı, hastalığın tanınmasını, hastaların dikkatle seçilmesini, hasta ve hekim atıfları arasındaki uyumluluk derecesini, sağlık uygulama kapsamını ve tıbbi tavsiyeye uyumunu, hastalığın seyrini ve tedavi sürecini etkiler (Fava ve ark 2012). Fiziksel semptomların varlığında, bazı kişiler hemen tıbbi yardım isterken, bazıları bu durumu geciktirmektedir. Bunun sonucu olarak hastalığın erken tanısı ve tedavisi zorlaşmaktadır. Yapılan araştırmalarda tıbbi yardım aramadaki gecikme kişinin yaşam süresini etkilemektedir (Van Osch ve ark 2007). Hastaların hastalık davranışı, sağlık bakım masraflarını ve hekimlerin iş yükünü büyük ölçüde etkileyebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmeyen hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yoğunluğa sebep olmaktadır (Vedsted ve Christensen 2005, Ferrari ve ark 2008). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerini aşırı kullanan ve kendi kendini tedavi etme eğilimi gösteren kişiler, kendi sağlıkları ve kamu refahı için önemli sorunlar teşkil etmektedirler. Başlıca sorunların başında fonksiyonel sakatlıkların sürekliliği ve ilerlemesi, yaşam kalitesinin azalması, psikolojik sıkıntı ve uyku sorunlarının artması riski yer almaktadır. Dahası, profesyonel yardım almayan birçok kişi, daha sonraki komplikasyon riskleriyle

birlikte kendi kendine ilaç tedavisine yönelebilmektedir (Cornally ve McCarthy 2011).

### ***b. Hastalık Davranışının Belirleyicileri***

Bireylerin hasatlık davranışı göstermesindeki ana belirleyiciler; hastalıkla ilgili değişkenler, hasta ile ilgili değişkenler, hekimle ilgili değişkenler olarak sıralanır (Sirri ve ark 2013).

Kişilerin bir hastalığa tepki vermesine, hastalığı toplumdaki sıklığı, sonucunun tahmin edilebilirliği, hastalığın kişi ve toplum açısından tehdidi ve kayıp derecesi etkilidir. Hastalıkla ilgili değişkenlerde ağrı şiddeti ve fiziksel sakatlık, kronik durumlarda kişiler sıklıkla tıbbi yardım arama davranışı sergilenmektedir (Cornally ve McCarthy 2011). Burada hastalığın ciddiyetini anlamaya vurgu yapılmıştır.

Hasta ile ilgili değişkenlere baktığımızda demografik değişkenlerin öne çıktığını görüyoruz. Yaşlı bireyler, kadınlar daha çok yardım arama ve hastalık davranışında bulunur (Khraim ve Carey 2009) Gelir düzeyi düşük olan insanların ciddi hastalıklarda bile profesyonel sağlık arama davranışını geciktirdiği gözükmektedir (Van Osch 2007). Kişilerin hastalık algısının da arama davranışını etkilediği ve bu algıya göre hastalık davranışı sergilediği literatürde yer almaktadır (Leventhal 1980). Anksiyete ve depresyon duyguları sıklıkla hem bedensel duyumlara daha fazla dikkat çeker ve karamsar yorumlamaya neden olabilir (Kellner 1986). Depresyon ve kaygı çeken hastalar, “ağrı ve bedensel kaygılara ilişkin kaygıları” depresyona ya da kaygılı olmayanlara göre daha fazla endişelendirme eğilimindedir (Sirri ve ark 2008, Nakao ve ark 2011). Hastaların korkması kanser semptomlarının önceden tespit edilmesinde bir engel teşkil etmiştir (Smith ve ark 2005). Özellikle bazı cinsel hastalıklarda çekingen davranılması hastalık davranışı sergilemeyi ve çare arama davranışını engellemektedir (Smith ve ark 2005). Çocukluk döneminden yaşanan olumsuz durumlar hastalık davranışını etkilemektedir. Özellikle hem fiziksel hem cinsel istismara maruz kalan çocuklar daha çok sağlık hizmeti kullanmakta olup hastalık davranışı göstermektedir (Bonomi ve ark 2008). Şiddetli ağrılar ve kronik hastalıkları düşündüren semptomlar için kişinin aile ve arkadaşlarının destekleri ve teşvikleri bakım alma olasılığını

arttırmaktadır (Howell ve ark 2008). Bir hastalık davranışının, bir hastalığın spesifik zorlukları, hastanın sosyal kültürel ve psikolojik geçmişi arasında ilişkisi vardır (Sirri 2013).

Hastalık davranışında doktorun etkisini incelediğimizde hasta - doktor ilişkisi karşımıza çıkmaktadır. Doktorun tedavi mantığını açık bir şekilde açıklaması, faydaları ve olası olumsuz etkileri hakkında bilgilendirilme yapması hastanın tedaviye uyması açısından çok önemlidir (Osterberg 2005, Roumie 2011). Hekim hasta arasındaki ilişkinin iyi olması tedaviye uyumda olumlu sonuçlar doğuracak ve hasta hastalık davranışı gösterecektir (Beck 2002).

Görüldüğü üzere kişinin hastalık davranışını birçok faktör etkilemektedir. Kişilerin göstermiş olduğu bu davranışları anlayabilmek için onların psikolojik, sosyal, ekonomik, kültürel geçmişini incelememiz gerekmektedir. Ayrıca hasta-doktor arasındaki iletişimi de burada unutmamak gerekmektedir.

### **1.5. Sağlık Arama Davranışına Yönelik Teorik Yaklaşımlar**

Sağlık Arama Davranışı Teorileri, bireylerin belirli sağlık davranışlarına neden katılmadıklarını veya niçin katılmadıklarını ve bireylerin sağlıksızlıklarını sağlıklı davranışlara dönüştürmeye nasıl gittiklerini açıklamaya yönelik girişimlerdir (Noar ve ark 2008). Sağlık arayan davranış çalışmalarında çeşitli teoriler kullanılmıştır (Ricketts ve Goldsmith 2005, Hausmann ve ark 2012). Bu teoriler şunlardır;

#### **1.5.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)**

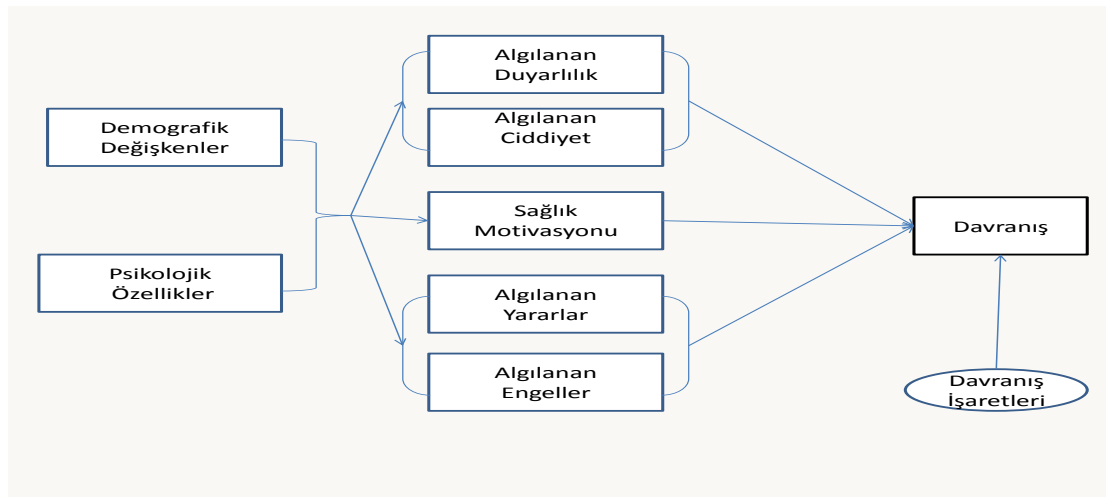
Sağlık inanç modeli, G.M Hochbaum tarafından 1958 yılında geliştirilen bir modeldir. Model geliştirildiği ilk yıllarda, insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflemiş olsa da hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır (Secginli ve Nahcivan 2004). SİM, hastalık durumlarını önlemek ya da kontrol altına almak için bireylerin nasıl harekete geçeceğini önceden tahmin etmeyi kolaylaştıran birkaç temel kavramı içerir; bunlar, duyarlılık, ciddiyet, bir davranışa yönelik yarar, engeller, eyleme geçirici ipuçlarıdır (Champion ve Skinner, 2008, Taylor ve ark 2006). Daha sonra Bardura (1977) tarafından öz-etkililik, Prof. Rosenstock, Strecher



ve Becker (1988) tarafından ise sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiştir (Ceylan 2017).

Rosenstock (1988)'e göre bu model, bireyin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına, bireysel motivasyonun etkisini ifade eder (Şekil 1.1). Bireylerin sağlıkla ilgili davranışları neyin motive edip etmediği ve kendi sağlıklarını nasıl algıladıklarını belirlemek için bu model kullanılır (Akpınar 2012, Redding 2000, Aydoğar 2018).

Şekil 1.1 'de görüldüğü üzere birey mevcut sağlık sorununun kendisine zarar vereceği noktasında duyarlı ise, arama eylemine geçtiğinde zararların azalacağını düşünür. Hastalığın ciddiyeti burada duyarlılığı etkilemektedir. Kişinin hastalığının ciddiyetini algılaması onun sağlık davranışı sergilemesine neden olacaktır (Cockerham ve ark 2014). Ciddiyet algısı kişinin kendi sağlık algısı ve demografik değişkenlere göre değişebilir. Örneğin bir öğrencinin koşarken yaralanması kendinin fiziksel, sosyal durumunu ve okul yaşantısını ne derecede etkileyeceği kaygısı öğrencinin ciddiyet algısını gösterir. Birey sağlığı ile ilgili olarak uygulanacak tedavinin yaralı olup olmadığına inanması onun davranışını etkiler. Yararlı olduğunu düşünmüyorsa kişi tedaviden vazgeçebilir. Tedavinin yaralı olduğunu düşünmesinin yanında davranışa geçebilmesi için algılanan engellerin (sigorta, maliyet, ulaşım vb) olmaması gerekir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, istendik davranış gerçekleşir (Champion ve Skinner 2008).

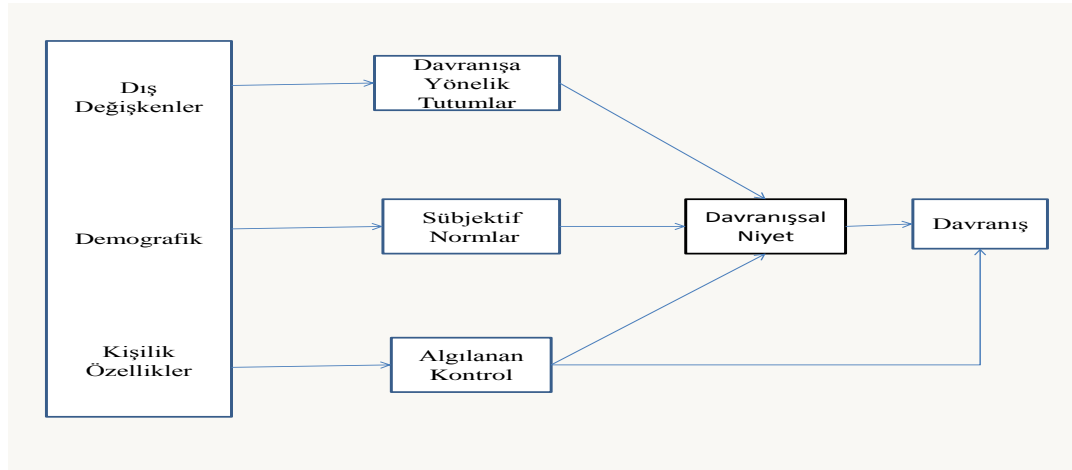


Şekil 1.1. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model) (Sheeran & Abraham, 1995).

Bireylerin önerilen bir sağlık davranışını kabul etmesi için karar verme sürecini tetikleyen uyarılara davranış işaretleri denilmektedir. Modelde harekete geçmek için hastalığın şiddetinin algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunmanın önemli olduğu belirtilmektedir. Bu uyarılara örnek olarak ağrı, kanama hassasiyet, aile üyelerinin hastalı /kaza deneyimi, arkadaş görüşleri, medya gibi işaretlerdir (Champion ve Skinner 2008).

### 1.5.2. Planlı Davranış Teorisi

Ajzen tarafından ilk kez 1985 yılında geliştirilen “Planlı Davranış Teorisi” sağlık davranış belirleyicilerini anlama ve tahmin etmeye yönelik sosyopsikolojik bir yaklaşım olup, yaygın olarak kullanılan bir teoridir (Bulduk ark 2015). Planlı davranış teorisi 1977 yılında Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiş olan “Mantıksal Eylem Teorisinin” devamı niteliğindedir (Karayağız Muslu ve Başbakkal 2011). Bu teoriye göre bireyin bir davranışı yapıp yapmaması o kişinin niyetine bağlıdır. Kişinin herhangi bir davranışı yapma niyetini anlamak için öncelikle kişinin davranışa yönelik bir tutumu olması gerekir. Daha sonra bir şeyi yapması için çevresi tarafından ne kadar baskı (subjektif norm) oluşturulmuş, yapmak istediği şeyde tam kontrole sahip olduğunu düşünüyor mu? (Algılanan kontrol) gibi bilgilere ihtiyaç vardır (Şekil1.2).



Şekil 1.2. Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour) following (Conner & Sparks 1995).

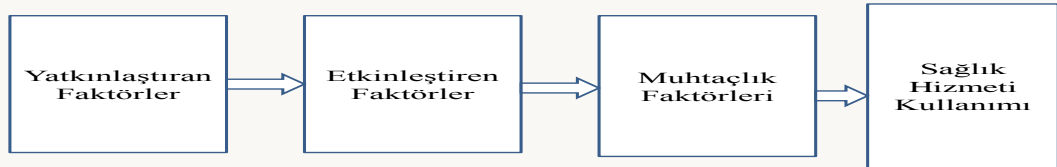
Şekilde 1.2’de görüldüğü üzere tutum kişisel bir faktör olarak tanımlanmakta ve bireylerin bir davranışı eyleme geçirme konusundaki olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerini ifade etmektedir (Küçük 2011). Bir kişinin, hedeflenen davranışı

yapması ya da yapmaması için çevre baskısının hesaplanmasına sübjektif norm denilmektedir (Bulduk ark 2015). Ailedeki kişilerin sağlıklı beslenilmesi gerektiğine inanıp inanması buna örnek verilebilir. Algılanan kontrol; davranışı gösterecek kişinin söz konusu davranışı sergileyebilmesinin ne derece kolay veya ne derece zor olacağına inancı anlamına gelmektedir (Erten 2002, akt Karayağız Muslu ve Başbakkal 2011). Örneğin sağlıklı beslenmenin kişiye bağlı olup olmasının kararının verilmesidir.

Bu teoriye göre bireyin davranışını kişinin niyeti etkilemektedir. Niyeti etkileyen ise davranışsal tutumlar, sübjektif normlar ve algılanan kontroldür. Bu üç faktörü etkileyen ise bireyin kişilik özellikleri, demografik değişkenleri ve dış değişkenlerdir.

### 1.5.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli

Soyal-davranışsal ya da Andersen modeli olarak adlandırılan bu modelde sağlık davranışını etkileyebilen üç faktör ele alınmıştır (Andersen ve Newman 1973). Bunlar; *yatkınlaştıran faktörler* (yaş cinsiyet, din, küresel sağlık değerlendirmesi, hastalıktan önceki deneyimler, örgün eğitim, genel tutumlar sağlık hizmetleri, hastalık hakkında bilgi, vb.), *etkinleştirme faktörler* (hizmetlerin kullanılabilirliği, hizmet satın almak için mali kaynaklar, sağlık sigortası, sosyal ağ desteği vb.) ve *ihtiyaç faktörleri* (şiddetin algılanması, rapor edilen bir hastalık için toplam hasta gün sayısı, toplam yatakta geçirilen gün sayısı, işe ya da okula gidilemeyen günler, bakıma yardım için dışarıdan yardım alma vb.).



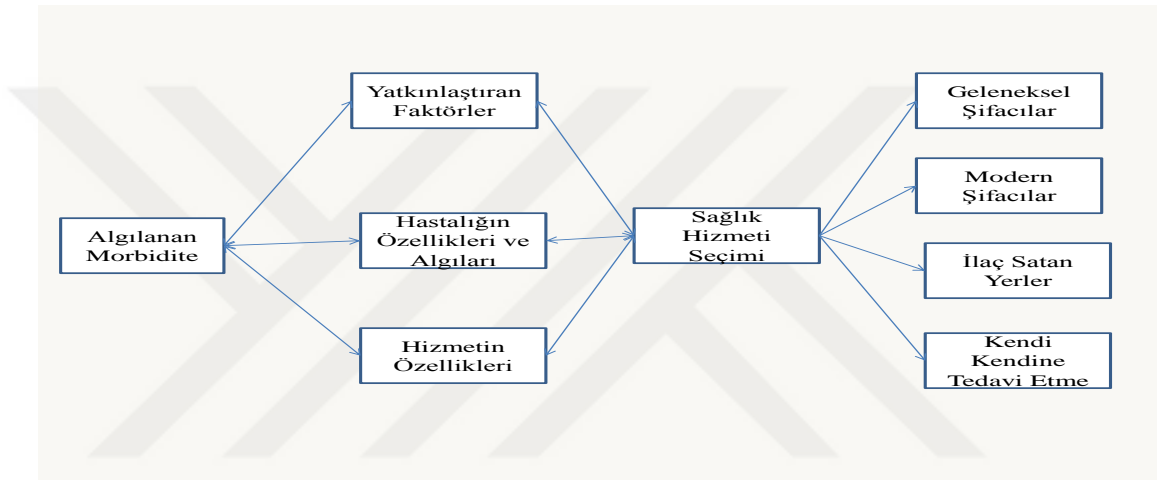
Şekil 1.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (Andersen & Newman 1973).

Şekil 1.3’de görüldüğü üzere sağlık davranışını etkileyen yatkınlaştıran, etkinleştiren ve muhtaçlık faktörleri birbirini ardışık olarak etkileyerek kişileri sağlık

hizmeti kullanımına yöneltecektir (Hausmann-Muela 2003). Bu model özellikle tedavi seçimine odaklanmaktadır. Kişiler tedavi arayışını; geleneksel yolla (ev ilaçları, reçetesiz ilaçlar, bitkisel ilaçlar vb.) veya profesyonel yolla (halk sağlığı, özel sağlık tesisleri, klinikler vb) gerçekleştirecektir.

#### 1.5.4. Sosyal Davranışsal Model

Andersen'in modelinin bir başka çeşidi, Kroeger (1983) tarafından detaylandırılmıştır. Kapsamlı bir şekilde araştırma yapılmış ve her biri algılanan morbiditeden etkilenen birbiriyle ilişkili açıklayıcı değişkenler eklenmiştir (Şekil 1.4).



Şekil 1.4. Sosyal Davranışsal Model (Kroeger 1983).

Şekil 1.4 görüldüğü üzere yatıklaştırıcı faktörler, hastalığın özellikleri ve hizmetin özellikleri algılanan morbiditeden etkilenmektedir. Aynı şekilde algılanan morbidite de bu faktörlerden etkilenmektedir (Hausmann ve ark 2003). Kroeger'e göre;

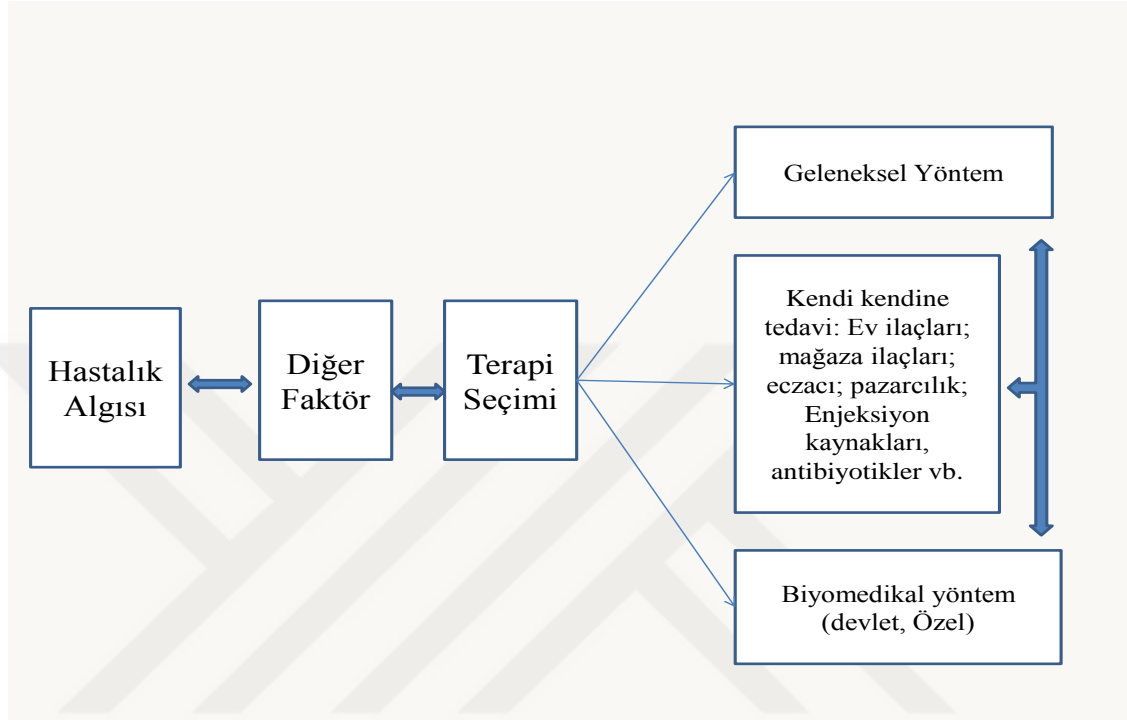
*Yatkılaştırıcı faktörler:* Yaş, cinsiyet, medeni durum, hane halkı statüsü, hane büyüklüğü, etnik grup, kültürel uyum derecesi, örgün eğitim, meslek, varlıklar (toprak, çiftlik hayvanları, nakit, gelir) ve sosyal ağlar.

*Hastalığın özellikleri ve algıları:* kronik veya akut, şiddetli veya önemsiz, beklenen faydalar veya tedaviler, psikosomatik ve somatik bozukluklar.

*Hizmetin özellikleri:* Erişilebilirlik, geleneksel ve modern şifacılaraya yönelik görüş ve tutumlar, kabul edilebilirlik, kalite, iletişim, maliyetlerdir.

### 1.5.5. Yol Modeli

Yol modeli, İnsanların hastalığı algılaması ile başlayarak farklı sağlık hizmetleri (evde tedavi, geleneksel şifacı, biyomedikal tesis) kullanana kadar geçen yolu ifade etmektedir (Goods 1987).



Şekil 1.5. The green arrow indicates that people can move from one sector to another (Good's Model, 1987).

Şekil 1.5'de görüldüğü üzere kişinin sağlığı algılamada diğer faktörler (Sağlığı tanımlamada çevre faktörleri, arkadaş vb) etkili olmaktadır. Sağlığı algılama işinden sonra çare arama yolunda karşımıza üç çeşit terapi yöntemi çıkmaktadır. Hastalığı tedavi etmek için geleneksel şifacılar ve biyomedikal (profesyonel) şifacılar karşımıza çıkmaktadır. Bunların yanında bireyler kendi kendilerinin de tedavi etme yolunda seçebilir. Burada üzerinde durulması gereken nokta çare arama yolunda üç yöntemin birbiri ile etkileşim içinde olmasıdır (Janzen 1978). Örneğin bireyler geleneksel yolu tercih edebilir fakat bunun yanında profesyonel tedaviyi de deneyebilir.

Sağlık arama davranışına yönelik birçok yaklaşım bulunmaktadır. Araştırmada bu yaklaşımlardan bazılarının değerlendirilmiştir. Kişileri sağlık arama davranışına yönlendiren birçok faktör olduğu görülmektedir. Kişinin sosyo-demografik ve psikolojik

özellikleri sağlık arama davranışına etki eden ana etmenlerdir. Bu araştırmada, sağlık arama davranışına etki eden demografik ve psikolojik özellikler içerisinde yer alan bazı kavramların sağlık arama davranışı üzerindeki etkisine değinilmiştir.

## **1.6. Sağlık Arama Davranışına Etki Eden Faktörler**

Sağlık arama davranışına etki eden, kişilerin sosyo-demografik ve psikolojik özellikleri içerisinde yer alan “sağlık algısı, sağlık kaygısı, sağlık okuryazarlığı ve kişinin öz yerlilik düzeyi” kavramlarının, yapılan literatür taraması sonucunda sağlık arama davranışı üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkileri olduğu görülmüştür. Bu bağlamda bu kavramların sağlık arama davranışı ile ilişkileri ayrı ayrı irdelenip, değerlendirilecektir.

Aşağıda sağlık arama davranışına etki eden etmenlerden “sağlık algısı, sağlık kaygısı, sağlık okuryazarlığı ve kişinin öz yerlilik düzeyi” kavramlarına değinilecektir. Ayrıca bu kavramların sağlık arama davranışı ile olan ilişkilerine de yer verilecektir.

### **1.6.1. Sağlık Algısı**

Bireylerin sağlıklı olup olmadığını anlamak için sağlık algısı kavramı kullanılmaktadır. Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir (Ağaçdiken ve ark 2017, Perrig-Chiello ve Darbellay 2004). Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması “iyi sağlık algısı” olumsuz inançlar taşıması durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak adlandırılmaktadır (Ağaçdiken ve ark 2017). Sağlık algısını, bireyin cinsiyeti, yaşı, eğitimi, kronik hastalığı, gelir gibi demografik ve sosyo-ekonomik faktörler etkilemektedir (Bobak ve ark 2000). Kişinin sağlık davranışları ve var olan stresörlerde bu algıyı olumlu veya olumsuz etkilemektedir (Kim ve ark 2006). Birey sağlığı ile ilgili subjektif bir değerlendirme yapabilir. Örneğin bir veya birden çok kronik hastalığı olmasına rağmen kendisini sağlıklı olarak algılayabilirken, herhangi bir objektif hastalık bulgusuna sahip olmamasına rağmen kendisini hasta olarak algılayabilmektedir (Vergi 2018). Sağlık algısını etkileyen etmenlerle ilgili literatür incelendiğinde kadınlar erkeklere göre daha olumsuz sağlık algısına sahip olduğu görülmektedir (Ahmed ve ark 2005, Özcebe 2003). Yen ve Kaplan (1999) yaptığı araştırmada, yoksul bölgede yaşamak ile sağlık algısını

olumsuz değerlendirmek arasında pozitif bir ilişki tespit etmiştir. Yaş arttıkça sağlık algısının olumsuzlaştığı ve bunun yanında (Al-Windi 2005, Erengin ve Dedeoğlu 1997, Ayrancı 2005), ocuk sahibi olmayanlarda, beden kitle indeksi yüksek olanlarda, sigara kullananlarda ve kronik hastalığı olanlarda sağlık algısının daha kötü olduğunu saptamıştır (Al-Windi 2005). Eisenberg (1997) yoksulluk çizgisi altında yaşayanlarda kötü sağlık algısının üç kat daha fazla olduğunu belirtmektedir. Plotnikoff (2004) fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara oranla daha olumlu sağlık algı içinde olduklarını belirtmiştir. Bu araştırmalar sonucunda kişinin sağlık algısının değişmesi sağlık arama davranışını etkilemektedir. Öztürk (2005) yaptığı araştırmada sağlık algısının sağlık arama davranışı sergileme üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre sağlık algısının kötüleştikçe sağlık arama davranışı artmaktadır. Sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı davranışların yer alması ve bu davranışların devamlılığının sağlanmasını amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (Açıksöz ve ark 2013) Ayrıca sağlık algısı, bireylerin sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu da etkilemektedir (Alkan ve ark 2017).

### **1.6.2. Sağlık Kaygısı**

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyumların yanlış yorumlanması veya fiziksel hastalığın ciddi hastalık belirtileri olarak tanımlanması ile karakterize edilen bir durumu ifade eder (Melli ve ark 2016, Asmundson 2010). Kişinin fiziksel sağlığına ilişkin sürekli bir endişeyi ve tıbbi değerlendirmeye rağmen devam eden bir hastalığa yakalanma ya da edinme korkusuyla meşguliyetini içerir (American Psychiatric Association 2013, Salkovskis ve ark 2002). Bu endişeler yok olmaya karşı dirençlidir ve kişinin fiziksel olarak sağlıklı olması için uygun tıbbi güvenceye rağmen devam eder (Lucock ve Morley 1996, Warwick 1989). Sağlık kaygısı kişiden kişiye göre değişebilir. Fakat kaygıların bazıları hafif bazıları da şiddetli bir şekilde sürekli olarak devam etmektedir. Hafif sağlık kaygıları tıbbi durumların erken tespit edilmesini kolaylaştırabilir (Asmundson ve ark 2012). Düşük düzeyde sağlık kaygısı bireyin sağlığını korumasına ve tedbirler almasına ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmasına yardımcı olur (Karapıçak ve ark 2012). Hipokondriyasız (şiddetli kaygı) tanısı konan ciddi sağlık kaygıları önemli sıkıntılara neden olmaktadır. şiddetli sağlık kaygısı olan kişiler sağlık bakım kaynaklarını sıklıkla

kullanmakta ve gereksiz maliyetler oluşturmaktadır (American Psychological Association 2018). Barsky ve ark (2001) yaptığı araştırmada, sağlık kaygısı yüksek olan insanların kaygı düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek maliyetli ve daha sık tıbbi randevu aldıklarını tespit edilmiştir. Artan kaygılar, bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen sıklıkta sağlığa yönelik teyit alma davranışları (çok sık doktor muayenesine gitmek, sağlık tetkikleri yaptırmak ve gününün çoğunu potansiyel hastalıklarla ilgili kaynakları inceleyerek geçirmek) göstermesiyle sonuçlanmaktadır (Birnie 2013, akt; Ünalın 2014). Fink ark (2010) şiddetli sağlık kaygısı olan hastalar arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde % 41-78'lik bir artış saptamışlardır. Aşırı şiddet de kaygılı olanlar tipik davranışlarından biri de hastalıkla ilişkili uyaranlardan kaçmaktır. Kaçınma değerlendirmeleri ise sağlık kaygısı olan hastaların tipik olarak kaçındığı durumları, örneğin hastalıkla ilgili TV programlarını izlemek, hastalık hakkında konuşmak, tedavi için hastaneye gitmek vb (Karapıçak ve ark 2012, akt; Şimşekoğlu ve Mayda 2016).

Sağlık kaygısı olanlar günümüzde artık internetten bu kaygılarını gidermeye çalışmaktadırlar. İnternet, artık önemli bir sağlık bilgisi kaynağı haline gelmiş olup insanlara tıbbi bilgi erişimi sağlamaktadır. Fakat internetteki bu bilgiler genellikle dağınıktır, kalitesizdir ve teknik dil içerir (Chung 2013) Kaygılı olanlar kendilerini online arama yöntemi ile güvence altına almaya çalışırlar fakat bu arama yöntemi, insanların kaygılarını daha da arttırmaktadır ( Baumgartner ve Hartmann 2011, Muse ve ark 2012, Singh ve Brown 2014, Starcevic ve Berle 2013, Starcevic ve Berle 2015). Online sağlık bilgisi arayışı nedeniyle artan sağlık kaygısına 'siberkondri' denilmektedir (Poel ve ark 2016). Yüksek kaygılı kişiler bu arama davranışını daha fazla yapmakta ve daha fazla siberkondri ile karşı karşıya kalmaktadır ( Muse ve ark 2012).

### **1.6.3. Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık okuryazarlığına geçmeden önce okuryazarlığın tanımına bakmamız gerekir. Okuryazarlık; bireylerin diğer kişileri anlamak ve onlarla iletişim kurmak için yeterli düzeyde okuma ve yazma becerisine sahip olması anlamına gelmektedir (Kanj ve Mitic 2009). Türk Dil Kurumuna (2011) göre okuryazarlık kişinin okuma yazması olması ve öğrenim görmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamalar



okuryazarlığı dar kapsamda ele almıştır. Daha geniş anlamda okuryazarlık bilgiyi elde etme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyma ile karar verme ve problem çözme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark 2000, akt Taşkaya 2014). UNESCO (2004) göre okuryazarlık, farklı türdeki yazılı ve basılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ve bu yetenek bireylerin topluma tamamen katılımı sağlamakta, bilgisini ve gücünü geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermekte ve sürekli öğrenmeyi içermektedir.

Okuryazarlık türlerinden olan sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” isimli makalede kullanılmıştır. DSÖ sağlık okuryazarlığını sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Kickbusch ark 2013). Parker ve ark (2003) sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, onları yönetme ve anlama ve bu bilgileri sağlık kararlarını almada kullanma biçimi olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığına göre bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır (Sağlık Bakanlığı 2011). Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığının bireylerin ilaç prospektüslerini okuyabilmekten veya randevu alabilmekten daha geniş bir kavram olduğunu, bireylerin sağlığını geliştirmeye, bireyi sosyal ve ekonomik yönden de geliştirebilecek bir yetenek olduğunu belirtmiştir. ABD Tıp Enstitüsü (2004) sağlık okuryazarlığını bireylerin uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlamıştır.

Nutbeam (2000,2008) işlevsel (fonksiyonel), iletişimsel (etkileşimli) ve eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç şekilde sağlık okuryazarlığı sıralamıştır. Fonksiyonel okuryazarlıkta bireyler sağlık riskleri, sağlık sistemi, uymaları beklenen eylemler hakkında sınırlı bilgiye sahiptir, etkileşimli bir iletişim halinde değildir. Etkileşimli okuryazarlık, sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık bilgisini uygulama gibi daha gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Bu düzeyde toplumsal faydadan

çok bireysel fayda mevcuttur. Eleştirel sağlık okuryazarlıkta birey proaktiftir ve bu düzeydeki faaliyetlerde bireysel faydanın yanı sıra toplumsal fayda daha açık bir şekilde görülmektedir (Nutbeam 2000).

Sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin bir kısmı bireysel bir kısmı da sistemsel olabilmektedir (Health Literacy Connection 2016). Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, okuryazarlık becerileri, bilişsel beceri, motivasyon, fiziksel ve duygusal sağlık, özel sağlık koşulları, sağlık bakım inançları, sosyo-ekonomik statüdür. Sistemsel faktörler; sağlık hizmeti sunucularının iletişim becerisi, sağlık bilgisinin karmaşıklığı, sağlık bakım ortamlarının özellikleri, hastaların talep ve istekleri, profesyonel üzerindeki zaman baskısı gibi faktörlerdir. Düşük ekonomiye sahiplik, yaşlılık, sakatlıklarla yaşama, kültür ve dil, madde bağımlılığı, kronik veya karmaşık hastalık deneyimi, evsiz olma, sosyal veya coğrafi olarak soyutlanma gibi farklı durumlarda bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olabilir (ACSQHC 2014).

Düşük sağlık okuryazarlığı görülen bireylerde; Sıklıkla randevuları kaçırmak, kayıt formlarını doldurmada başarısızlık, ilaç tedavisinde yetersizlik, ilaçları okuma etiketi yerine görünüşleri ile tanımlamak, sıralı tıbbi geçmiş verememek, testleri veya yönlendirmeleri takip etmede yetersizlik gibi sorunlar görülmektedir (Mahadevan 2013). Literatürde yapılan araştırmalarda düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını etkilediği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının hastaların bilgisi, hastaların deneyimi, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sağlık statüsü ve sağlık davranışı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu belirtilmiştir (Coulter ve Ellins 2007; Tokuda ve ark 2009). Berkman ve ark (2011) yaptığı retrospektif bir araştırmada, düşük sağlık okuryazarlığı ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve yaşlılar arasında genel sağlık durumunun daha kötü olması arasında orta derecede güçlü kanıtlar da bulunmaktadır. Baker ve ark (2007) yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ölüm oranları arasında bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Betz ve ark (2008) düşük sağlık okuryazarlığının yanlış ilaç kullanma oranını arttırdığını ve bu durumun tedavi iyileşme sürecini geciktirdiği sonucuna ulaşımlardır. Scott ve ark (2002) sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince kullanmadıkları sonucuna ulaşmıştır. Düşük okuryazarlığı olan bireyler daha çok hastaneye başvuru yaparlar ve daha fazla

hastanede kalırlar. Buna bağlı olarak da hastanelerin birimlerini uygun kullanamazlar (Akbulut 2015). Sur (2014) yaptığı araştırmada dūřuk sağlık okuryazarlığı ile birlikte hastaneye yatırılma olasılığının daha yūksel olması ve pahalı acil hizmetlerin daha çok kullanılması gibi olumsuz iki sonucu daha bulunmaktadır. Yapılan sistematik bir derlemeye gōre ise dūřuk sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili maliyetlerde %3-5 ek bir artışa neden olduğu belirlenmiştir (Eicher ve ark 2009).

Sağlık okuryazarlığı sağlık davranışlarını da etkilemektedir. Bazı çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve kōtū beslenme gibi sağlıksız davranışlarla ilişkili olduğunu gōstermiřtir (Adams ve ark 2012, Von Wagner 2007). Sağlık okuryazarlığı yūksel olan kişiler sıklıkla riskli sağlık davranışlarından kaçınacaklardır. Sağlığı geliştirme uygulamaları açısından sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık durumu ve sağlığı ile ilgili değişiklikleri nasıl yapacağını bilmesi anlamına gelir (Abel 2007). Literatūrde bu yōnde yapılan çalışmalara baktığımızda; Cho ve ark. (2008) alışmalarında sağlık okuryazarlığı yūksel olanların koruyucu sağlık hizmet kullanımına ōnem verdiği sonucuna ulaşmıştır. Altsitsiadis ve ark (2012) yaptıkları araştırmada okuryazarlık arttıka cilt kanserine karşı gūneřten koruyucu ōnlem alma davranışlarının da arttığını gōzlemlemiřlerdir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan kadınlar mamografi yaptırma oranlarının arttığı gōzlemlenmiřtir (Pagan ve ark 2012). Wolf ve ark (2005) yaptıkları araştırmada sağlık okuryazarlığı dūřuk bireylerde hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların daha sık olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Omachi ve ark (2012) yaptıkları çalışmada dūřuk okuryazarlığa sahip bireylerde hastalık yōnetimi yetersizliğine bağlı daha fazla sorunlar yaşandığını tespit etmişlerdir. Persel ve ark (2007) yaptıkları araştırmada dūřuk hipertansiyonlu bireylerin diğerlerine oranla daha fazla ilaç kullandıklarını sağlık okuryazarlığa bağlamışlardır.

#### **1.6.4. Öz-Yeterlilik**

Őz-yeterlilik kavramı Bandura (1986) tarafından kullanılmıştır. Bandura ōz-yeterliliği bireylerin belirli bir sonucu ortaya çıkarabilmek için gerekli olan davranışları başarılı bir biçimde ortaya koyabileceklerine ilişkin inançları olarak tanımlanmıştır. Ancak bu tanımı Bandura (1986) daha sonra gerekli olan bilişsel, gūdusel ve davranışsal kaynaklara ve gerektiğinde bu kaynakları harekete

geçirebilecek kapasiteye sahip olduklarına olan inançları olarak değiştirmiştir (Akt Öcel 2002). Bozkurt (2014) öz yeterliliği, kişinin belirli durumlarda belirli davranışlarda bulunma yetkinliği konusundaki inancını olarak tanımlamıştır. Örneğin, egzersiz yapma ve daha aktif olma yeteneklerine daha fazla güvenen ve bunu yapabileceklerine inanan insanlar genel olarak daha aktif olma eğilimindedirler (Trost ve ark 2002).

Rimal (2000) kendi yeterlilikleriyle ilgili algıları daha güçlü kişilerin, mücadele gerektiren davranışları (sigara bırakma, alkol bırakma vb.) gösterme olasılıklarının, öz yeterliliği düşük kişilere göre daha yüksek olduğuna dikkat çekmiştir. Gillis (1993) yaptığı araştırmada algılanan öz yeterliliğin, sağlığı geliştirici yaşam tarzının en güçlü açıklayıcısı olduğunu bulmuştur. Öz yeterliliğin, sağlıklı beslenme, tarama, daha güvenli cinsel davranış ve sigara içme gibi sağlıkla ilgili birçok davranışın ve aynı zamanda birçok sağlıkla ilgili davranışlardaki değişikliklerin güvenilir bir yordayıcısı olduğuna dair çok fazla kanıt vardır (Luszczynska ve Schwarzer 2005). Öz yeterlilik ile sağlık okuryazarlığı arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı daha düşük olan bireylerin daha düşük öz yeterliliğe sahip olacağı şekilde sağlık okuryazarlığı ve öz-yeterlilik arasında iki yönlü bir ilişki öngörmüşlerdir (Ussher 2010). Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığının ve düşük öz yeterliliğin her birinin olumsuz sağlık davranışları ile ilişkilendirileceğini ve bunun da olumsuz sağlık sonuçlarına yol açacağını ileri sürmüşlerdir (Ishikawa ve ark 2008, Von Wagner ve ark 2009)

Öz yeterlilik algısı ve sağlıklı davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da, öz yeterlilik algısı ile sağlıklı davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Berg ve ark 2005, Chang ve ark 2007). Öz yeterlilik sağlık davranışları arasında bir aracılık faktörü olarak rol oynamıştır (Ribisl ve ark 1998; Leganger ve Kraft 2003). Öz yeterliliği yüksek insanların yüksek oranda görev odaklı olduğu ve bu nedenle, hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olacak bilgileri aramaya daha fazla güdülendi görülmektedir (Jones 1983). Bu durum bireyleri, hastalıklarına ilişkin bilgileri bulmaya yönelik davranışa itmektedir (Kuo ve ark 2004).

## **1.7. Sağlık Arama Davranışı Yöntemleri**

Sağlık arama davranışı, bireylerin algılanan sağlıksızlığı gidermek için üstlendikleri iyileştirici eylemler dizisi olarak tanımlanmıştır (Mahmood Iqbal and Hanifi 2009). Sağlık arama davranışına karar verdikten sonra bir sonraki aşama tedavi arama yöntemidir. Literatürde sağlık arama davranışı yöntemlerini incelediğimizde geleneksel arayış ve profesyonel arayış karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde kitle iletişim teknolojilerindeki gelişmeler ve küreselleşme süreçleri ile birlikte bu iki sektöre ek olarak online (çevrimiçi) sağlık hizmeti arama davranışı eklenmiştir. Bu sağlık arama modellerinden hangisinin tercih edileceğini birçok faktör (sosyo demografik, sağlık sistemi, tedavi masrafları, hastalık türü vb.) etkilemektedir (Hjelm ve Atwine 2011).

### **1.7.1 Geleneksel Sağlık Arama Davranışı**

Bireyler hastalıklarını veya rahatsızlıklarını gidermek için profesyonel dediğimiz tıbbi tedavi merkezlerine gidebilir veya doğrudan hekimle iletişime geçebilir. Bu yöntem dışında geleneksel yöntem dediğimiz çare arama davranışı için; hocalar, büyücüler, arkadaş çevresi ve bitkisel ilaçlarda temasa geçebilir (Bahar ve ark 2010, Özkorumak ve ark 2006). Geleneksel yöntem sağlığın korunmasında ve zihinsel hastalıkların önlenmesinde, tanısında, iyileştirilmesinde veya tedavisinde kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamalardır (WHO 2018). Geleneksel tıp, genellikle kırsal kesimlerde kuşaktan kuşağa aktarılan dinsel inançlar, değerler ve diğer kültürel öğelerden elde edilen bilgiler sayesinde hastalıkları evde tedavi etme usulleridir (Öner 2014). Kırsal kesimlerde yaygın olmasının nedeni genellikle bu bölge insanların geleneksel sağlık inanç ve uygulamalarını ön planda tutmalarına, modern tıbbi yöntemlere ve tıbbi organizasyonlara karşı olan olumsuz tavırlarına, kırsal kesimlerin muhafazakâr yapısına, insanların eğitim düzeylerinin düşük oluşuna bağlanabilir (Öner 2014). Bunların yanında randevü almaya gerek olmaması, verilen hizmetin bedelinin düşük olması, kullanılan araç ve gereçlerin hastanın veya uygulayıcının elinde bulunması gibi faktörler geleneksel tedavileri tercih etmenin temel etmenleri olarak görülmektedir (Güleç ark 2011). Son yüzyılda gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir kesimi birincil bakım için geleneksel yöntemi tercih etmektedir (WHO

2018). Afrikada % 90 oranında, Hindistanda % 70 oranında geleneksel yöntem kullanılmaktadır (Barnes, Bloom ve Nahin 2008). Gelişmiş ülkelerde de geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri giderek popüler olmaktadır. Örneğin bu tıp tedavi yöntemlerini en az bir kez kullanmış olan nüfusların yüzdeleri; Avustralya'da %48, Belçika'da %31, Kanada'da %70, Fransa'da %49 ve Amerika Birleşik Devletlerinde %42'dir (Barnes Bloom ve Nahin 2008).

Ülkemizde geleneksel tıba yönelik son zamanlarda yönetmelikler çıkarılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2014 yılı başında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği Taslağını hazırlamış ve ilgilene kurumlardan görüşlerini 28 Şubat 2014 tarihine kadar iletmelerini istemiştir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 27 Ekim 2014 tarihinde 29158 sayı ile Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete 2014). Bu yönetmelik içerisinde sülük tedavisi, maggot tedavisi, kupa tedavisi gibi uygulamalar da bulunmaktadır (Karahancı ve ark 2015).

### **1.7.2 Profesyonel Sağlık Arama Davranışı**

Bireylerin hastalığının çaresini aramak için girişeceği bir diğer yöntem profesyonel yöntemdir. Rahatsızlığını gidermek isteyen bireyler en yakın sağlık kuruluşuna giderek burada tedavi alma girişiminde bulunabilir. Bu yöntemi tercih etmede kişinin hastalığı konusundaki inanç, beklenti ve algılamaları etkili olabilir (Pennebaker 1982). Herhangi bir yakınması olan kişilerin önce çevresindeki eş, dost, arkadaş gibi güvenilir kişilerin görüşüne başvurduğu ve çok küçük bir grubun doğrudan sağlık kuruluşuna başvurduğu dikkati çekmektedir (Scambler ve Scambler 1984). Dünyada sağlık hizmeti sunan profesyonel sektör, hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık alanında belirli bir eğitim almış, resmi makamlarca kabul gören, etik değerleri olan mesleklerin yer aldığı sektördür (Hayran ve Sur 1998).

Yapılan araştırmalara göre; herhangi bir zamanda, toplumun dörtte üçünün sağlıkla ilgili bir yakınması olduğu halde bunların ancak üçte biri yardım için hekime başvurmaktadır. Hekime başvurmayan büyük çoğunluk ya geleneksel uygulamaları denemekte, ya da kendi kendine ilaç kullanmaktadır. Kullanacağı ilaçlara bazen kendisi bazen yakınlarının önerilerine uymakta bazen de eczacıya danışmaktadır.

Özellikle başağrısı, hazımsızlık, ateş gibi belirtiler için kendi kendine ilaç kullanımı yaygındır (Yılmaz 2011).

Profesyonel sağlık hizmeti sunum modelleri incelendiğinde, hemen her ülkede karşılaşılan üç temel model vardır (Hulki 1997);

**Doğrudan Hizmet Sunumu:** Hizmet sunumundan sorumlu kurum aynı zamanda hizmetin finansmanı görevini üstlenir. Hizmet üretmek üzere yatırımlar yapar ve hekim istihdam eder. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı buna örnektir.

**Hizmet Satma ve Satın Alma (Dolaylı):** Hizmeti sunan ve finanse eden kurum ya da kuruluşlar farklıdır. Hizmet sunan kişi ya da kuruluşlar personel istihdamında, ürettiği hizmetin fiyatını belirlemede bağımsızdır ve belli anlaşmalar ile sorumlu (ve/veya finanse eden) kuruma bu hizmetleri satar.

**Karma Model:** Hizmet sunumundan sorumlu kurum veya kuruluşlar hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, ihtiyaç duyduğu fakat üretmediği/üretmediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır.

### **1.7.3 Online (Çevrimiçi) Sağlık Arama Davranışı**

Bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler ve internetin yaygın olarak kullanılması, insanların bilgi, eğlence ve iletişim ihtiyaçları için arama şeklini değiştirmiştir. İnternet, çok çeşitli sağlık kaynaklarına ve uzman görüşlerine kolayca ulaşım fırsatı sağlamaktadır (Gallagher ve Doherty 2009). Sağlık bilgisi almak için internet kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır (Rice 2006). İnternet, yeni bir semptom veya tanı, tedavi seçenekleri ve ilaçlar hakkında bilgi edinmek de dahil olmak üzere çeşitli amaçlar için sağlık bilgisi arayan bireyler için önemli bir kaynaktır (Rice 2006). Sağlık için bilgi arama içinde online yöntemler çok fazla kullanılmaya başlanmıştır. Literatürde her on yetişkinden dördü ve dört ergenden birinin önceki yıldaki sağlık bilgilerine erişmek için interneti kullandığını göstermektedir (Baker et al. 2003, Lenhart et al 2001). Dünya genelinde internet üzerinde konularına göre günlük aramalar ele alındığında, bunlar arasında sağlıkla ilgili başlıkların % 4,5 oranında araştırıldığı tespit edilmiştir (Bass ve ark. 2006). Elektronik yaşam ve online bilgiye erişebilme durumu, tüm insanların özellikle de hastaların sağlıklarını yönetmede kendilerini daha etkin kılabilmektedir (Zülfikar

2014). Kişiler sağlıkları ile ilgili karar verebilmek için %74 oranında internet kaynaklı bilgileri kullanmaktadırlar (Schwartz ve ark. 2005) Bu kullanım doğrudan kedileri için veya yakınları içinde olabilir. Literatürde yapılan bir araştırmada, internetten elde edilen bilginin sağlık danışmanlarıyla tartışılması, sağlıkla ilgili karar sürecinde çok daha etkin kullanıldığı tespit edilmiştir (Broom 2005). Aranan sağlık bilgisi; koşullar, semptomlar ve tedavi seçenekleri ile ilgili tavsiye ve bilgi içerir (Shuyler ve Knight 2003). İnternetin bilgilendirici potansiyeline ek olarak, çevrimiçi toplulukların belirli sağlık sorunları etrafında geliştiği, başkalarıyla sağlık sorunları, tedavi programları ve tıbbi uzmanlarla karşılaştıkları kişilerle "sohbet ettiği" açıktır (Hardey 1999, Lamberg, 1997, Sharf 1997). Çevrimiçi sağlık bilgilerinin kullanılmasının avantajları arasında maliyet tasarrufu, mahremiyet koruması, utanma eksikliği, bilgilerin verimli ve etkili bir şekilde alınması ve bilginin birinin ihtiyacını karşılayacak şekilde uyarlanması bulunmaktadır (Cline ve Haynes 2001). Çevrimiçi sağlık bilgi aramaları, sağlık hizmeti eşitsizliğini azaltarak ve hastaların doktorlarla aktif etkileşimlerini teşvik ederek sağlık hizmetlerinin sonuçlarını iyileştirebilir (Cline ve ark 2007).

Araştırmalar kadınların interneti sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanma oranının erkeklerden daha fazla olduğunu göstermiştir (Baker et al 2003, Ybarra and Suman 2005). Orta yaşlı yetişkinlerin, daha yaşlı ve daha genç yetişkin akranlarıyla karşılaştırıldığında çevrimiçi bilgi arama oranları daha yüksektir (HON 1999).

Online arama davranışının dezavantajları da vardır. Online (çevrimiçi) sağlık bilgisi aramaları korku, endişe ve umut gibi güçlü duyguları da içerir (Xiao et al. 2014). Online olarak sağlık bilgilerine ulaşmanın riskleri ve dezavantajları kaygı durumu yüksek olan kişiler için daha büyük önem arz etmektedir (Altındış ve ark 2018). Sağlık kaygısı, bireylerin sağlıkları hakkında patolojik olmayan hafif endişelerden hipokondriyal anlamda patolojik kaygıya kadar değişen bir sürekliliktir (Barke et al. 2016). Literatürde sağlık kaygısı ile online sağlık arama davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bir kişinin sağlık kaygısı ne kadar çoksa o kadar sıklıkla bu tarz aramalar yapmaya eğilimli olur ve aramadan sonra o kadar sıkıntılı olur (Baumgartner ve Hartmann 2011). Online olarak sağlık bilgisi aramanın bir kısır döngü halinde sağlık kaygısı yaşayan bireyler arasındaki endişeleri ve belirsizliği artırdığı görülmektedir (Altındış ve ark 2018). Bununla



birlikte, bu yanlış anlama, çevrimiçi olarak sağlık araştırmalarında yaygın olarak görölmekte ve sağlık kaygısını besleyebilmektedir (Baumgartner ve Hartmann 2011) Bu fenomeni tanımlamak için, 'siberkondri' terimi kullanılmıştır.

Siberkondri, kütüphaneler veya tıbbi dergi araştırmaları gibi geleneksel yöntemler yerine tıbbi bilgi erişiminde internetin kullanılmasını çağırılmaktadır (Hart ve Bjorgvinsson 2010). Sağlıkla ilgili sıkıntı ya da kaygı nedeniyle internette sağlıkla ilgili bilgi için aşırı ya da tekrarlanan araştırmayı gösterir (Starcevic ve Berle 2013). Sağlık anksiyetesi ve/veya siberkondrisi olan bireylerin, çevrimiçi olarak topladıkları sağlık bilgilerine ilişkin güvence aradıklarından dolayı sağlık kaynaklarını daha fazla kullanabilecekleri bildirilmiştir (Muse ve ark 2012).

Göröldüğü üzere, online (çevrimiçi) sağlık arama davranışının olumlu ve olumsuz yönleri ele alınmaktadır. Literatürde bu konu ile ilgili farklı görüşler vardır. Bouwman ark (2010) yaptığı araştırmada internetin oldukça nadir bulunan hastalıkların teşhis edilmesinde yararlı olduğu sonucu tespit edilmiştir. Kim ve Southwell (2010) yaptığı araştırmada, uyum ve memnuniyet, daha iyi bilgilendirilmiş hastalar ve daha iyi sağlık sonuçlarını desteklemek için internetin etkili olduğunu, bir sağlık eğitim aracı olarak görev yapabileceğini ve doktor hasta ilişkisi üzerinde de olumlu etki sağlayabileceğini ifade etmektedir. Lowrey ve Anderson (2006) sağlık bilgilerine erişimin artması ve kolaylaşmasının doktorlar tarafına olumsuz etkisi olduğunu belirtmektedir. Çevrimiçi sağlık bilgilerinin doktor perspektifi üzerine yapılan araştırmalarda, internette hastaların sağlık bilgilerini aramaları arttıkça doğru bilgiye erişimleri de azalmaktadır (Lowrey ve Anderson 2006).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın gereç ve yöntem bölümünde araştırmanın; amacı, önemi, tipi, evreni, örnekleme, verilerin toplama aracı, çalışma takvimi, değişkenleri, modellemesi ve hipotezleri verilmiştir. Araştırmada ilk olarak ölçek geliştirme yapılmış ve daha sonra araştırmada kullanılan ölçeklerle modelleme yapılmıştır.

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, bireylerin sağlık arama davranışı ölçen bir ölçüm aracı geliştirmek ve sağlık arama davranışını etkileyen, “sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygı düzeyi” gibi değişkenlerin sağlık arama davranışına etki düzeylerini, yapısal-eşitlik modeli çerçevesinde değerlendirmektir.

Bu ana amaç altındaki alt amaçlar ise şunlardır:

1. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre;
  - a) Bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - b) Kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - c) Sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - d) Genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Katılımcıların yaş değişkenine göre;
  - a) Bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - b) Genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - c) Kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - d) Sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Katılımcıların medeni durum değişkenine göre;
  - a) Bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - b) Kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - c) Sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
  - d) Genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre;
  - a) Kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- b) Sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Katılımcıların sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ölçekleri puan ortalamaları;
- a) Cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- b) Yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- c) Medeni durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- d) Eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- e) Çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- f) Gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- g) Aile yapısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- h) Kronik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- i) Ailede kronik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- j) Sürekli ilaç kullanma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- k) Hekime başvuru sayısı ile anlamlı düzeyde bir ilişki var mıdır?
6. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları (online, profesyonel, geleneksel) ortalamaları;
- a) Cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- b) Yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- c) Medeni durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- d) Eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- e) Gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- f) Çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- g) Aile yapısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- h) Kronik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

- i) Ailede kronik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- j) Sürekli ilaç kullanma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- k) Hekime başvuru sayısı ile anlamlı düzeyde bir ilişki var mıdır?
7. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları (online, profesyonel, geleneksel) ile sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma) arasında anlamlı ilişki var mıdır?
8. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları (online, profesyonel, geleneksel) ile öz yeterlilik ölçeği alt boyutları (davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama, engellerle mücadele) arasında anlamlı ilişki var mıdır?
9. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları (online, profesyonel, geleneksel) ile sağlık algısı ölçeği alt boyutları (kontrol merkezi, kesinlik, sağlık önem, öz farkındalık) arasında anlamlı ilişki var mıdır?
10. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları (online, profesyonel, geleneksel) ile sağlık kaygısı ölçeği alt boyutları (ruhsal durumu, ciddi durum) arasında anlamlı ilişki var mıdır?
11. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlıkları, öz yeterlilikleri, sağlık algıları ve sağlık kaygıları sağlık arama davranışına etki etmekte midir?
12. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve öz yeterliliklerinin sağlık arama davranışını etkilemesinde, sağlığa verilen önemin aracılık etkisi var mıdır?
13. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve öz yeterliliklerinin sağlık arama davranışını etkilemesinde, öz farkındalığın aracılık etkisi var mıdır?
14. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışını etkilemesinde sağlık kaygısının aracılık etkisi var mıdır?

15. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık arama davranışını etkilemesinde sağlık algısı ve öz yeterliliğin aracılık etkisi var mıdır?

## 2.2. Araştırmanın Önemi

Kişiler herhangi bir rahatsızlık hissetmeleri durumunda bu rahatsızlığını gidermek için çeşitli arayışlar içerisine girmektedir. Bu arayışları etkileyen sosyo-demografik ve kültürel nedenler arasında inançlar, tutumlar, algılamalar, gelenekler, eğitim, cinsiyet, yaş, gelir düzeyi gibi pek çok faktör sayılabilir. Ayrıca bunların yanında sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları ve ülkenin sağlık sisteminin yapısı sağlık arama davranışını etkileyen diğer faktörlerdendir. Literatürde sağlık arama davranışını etkileyen pek çok faktör sıralanmaktadır. Fakat bu faktörleri ölçen bir ölçüm aracının olmayışı, faktörlerin birlikte değerlendirilmesine ve etki düzeylerinin incelenmesine olanak vermemektedir. Bu araştırmada sağlık arama davranışını ölçen bir ölçüm aracı geliştirilmiş, arama davranışını etkileyen faktörleri yapısal eşitlik modeli çerçevesinde incelenmiş ve faktörlerin birlikte etki düzeylerini ortaya konulmuştur. Ayrıca sağlık arama davranışını etki eden sağlık okuryazarlık, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı birlikte değerlendirilip, bu faktörlerin bireyler, hizmet sunucular ve sağlık yönetimi açısından önemine vurgu yapılmaktadır.

Kişilerin sağlıkları hakkında bilgi sahibi olması ve sağlığını yönetebilmesi ilerde karşılaşılabilecek risklere karşı kendini güvence altına alabilmesini sağlamaktadır. Okuryazarlığın, öz yeterliliğin ve sağlık algısının yüksek olması, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemesine, aktif bir şekilde sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlamasına ve bilinçli bir şekilde sağlık hizmeti talep etmesine olanak sağlayacaktır. Kronik hastalığı olan bireylerin, hizmet süreçlerine katılımını daha aktif bir şekilde yapabilmesi için öz yeterliliğinin ve sağlık okuryazarlığının yüksek olması gerekir. Öz yeterliliği ve sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, bakıma erişim ile ilgili problemlerle karşılaşma olasılığı azalacak, hastalığa özgü öz yönetim davranışlarında bulunacak, hizmet sağlayıcılarla iş birliği yapıp bilinçli tercihler yapacak, kısacası hastalıklarını nasıl yönetileceklerini

bileceklerdir. Bu çalışma bireylerin sağlıklarını yönetmede nasıl bir değişim yapması gerektiği noktasında yol gösterici nitelikte olacaktır.

Sağlık okuryazarlığı, öz yeterliliği ve sağlık algısı yüksek olan bireyler hekimlerle daha kolay iletişim kurup, kendilerini daha kolay ifade edebilecekler, aynı zamanda hekimlerde hastalarla karşılıklı diyalog kurup hastanın karar alma sürecine dâhil olmasını sağlayacaktır. Sağlık profesyonelleri ile hasta iletişim kalitesinin artması, daha yüksek oranda ilaca uyumu bildirme, daha düşük hastaneye yatış oranı ve daha az sağlık hizmeti talebine katkı sağlayacaktır. Ayrıca hasta ile hizmet sunucular arasındaki bu iletişim ortamı örgütsel tükenmişlik ve mesleki dezenformasyonun azalmasınada etki edecektir. Etkili bir şekilde sağlık hizmeti arama davranışını sergilemek hizmet sunucuların işlerini daha da kolaylaştıracaktır.

Genel sağlık göstergelerinde pozitif iyileşmeler kaydetmek isteyen toplumlar bireylerin yaşam kalitesini arttırıcı ve sağlığı geliştirici politikalara yönelmelidir. Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık algısı sağlık hizmeti talebini yönlendiren önemli faktörler olup ülkelerin refah seviyesi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Ayrıca bu faktörler, bireylerin bilinçli bir şekilde sağlık arama davranışına yönelmesine etki etmektedir. Etkili sağlık arama davranışı ise, dolaylı olarak sağlık göstergelerine katkı sağlayacaktır. Bu noktada sağlık politikasını yönetenler, bireylerin öz yönetimi destekleyici politikalara yönelmelidir. Bu çalışma, hkmetlere ve politika yapıcılara sağlık eşitsizliklerinin ve maliyetlerin azaltılması, göstergelerin iyileştirilmesi için hangi faktörlere vurgu yapılması gerektiği konusunda yol gösterici nitelikte katkı sağlayacaktır.

### **2.3. Araştırmanın Tipi**

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Nicel araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren çalışmalardır. Tanımlayıcı araştırmaların en belirleyici özelliği ise araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır (Büyüköztürk ve ark 2013).

## 2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Konya Selçuklu İlçesinde ikamet eden yetişkinlere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 449.749 kişiden oluşmaktadır (TÜİK 2018). Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla aşağıdaki tablodan faydalanılmıştır (Altunışık ve ark 2012).

Çizelge 2.1'e göre 449.749 kişilik evrene karşılık 384 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmektedir. Araştırmanın genellenebilirliğini arttırabilmek için örneklem olarak 1000 kişi hedeflenmiş fakat 900 kişiye ulaşılmıştır.

Çizelge 2.1. Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri.

N*	S*	N*	S*	N*	S*	N*	S*
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	350	185	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370
70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	600	234	2000	322	40000	380
110	86	650	241	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	10000000	384
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		
180	123	1000	278	4500	354		

\*N=Evren büyüklüğü, \*S= Gereklî Örnek Büyüklüğü (Altunışık ve ark 2012).

## 2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak anketlerde yer alan ölçek bilgileri şu şekildedir;

İlk olarak sağlık arama davranışı ile ilgili olarak ölçek geliştirme çalışması uygulanmıştır. Ölçek çalışması için konu ile ilgili uzman kişilerin görüşleri alınarak sağlık arama davranışını ölçen 30 madde oluşturulmuştur. Ölçek maddeleri Likert yöntemi ile hazırlanmış olup “kesinlikle katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”,

“Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklindedir. Ölçekle ilgili bilgilere bulgular kısmında ayrıca geniş bir şekilde yer verilecektir.

Sağlık arama davranışı ölçeğinin bağlam geçerliliği için “sağlık kaygısı” ölçeği kullanılmış ve bu ölçeğe ait bilgiler aşağıda yer almaktadır.

*Yapısal eşitlik modelinde kullanılan diğer ölçekler;*

*Sağlık Algısı Ölçeği:* Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş olan “Sağlık Algısı Ölçeği” Orijinal dili İngilizce olan beşli likert tipi bir ölçektir. Türkçe güvenirlik ve geçerliği Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek 15 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. 1, 5, 9, 10, 11 ve 14 maddeler olumlu ifadeler, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 ve 15 maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “Çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin, “Kontrol Merkezi”, “Öz Farkındalık”, “Kesinlik” ve “Sağlığın Önemi” alt başlıklı dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin; 2, 3, 4, 12, 13 maddeleri “Kontrol merkezi” boyutuna, 6, 7, 8, 15 maddeleri “Kesinlik” boyutuna, 1, 9, 11 maddeleri “Sağlığın Önemi” boyutuna ve 5, 10, 14 maddeleri “Öz farkındalık” boyutuna ait bilgi vermektedir. Ölçeğin orijinali için alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri; Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın Önemi 0,82 olarak rapor edilmiştir (Kadioğlu ve Yıldız 2012).

*Sağlık Kaygısı Ölçeği:* Salkovskis ve ark (2002) tarafın geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlaması Aydemir ve ark (2011) tarafından yapılmıştır. Sağlık kaygısı Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi bireylerin ruhsal durumunu sorgulayan dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise bireylerin varsayılan ciddi hastalık durumuyla ilgili sorular sorulmaktadır. Ölçeğin puanlanması her bir madde için 0-3 arasındadır ve ölçeğin toplam puanı her bir maddenin aritmetik toplamından oluşur (Karapınar ve ark 2012). Ölçekten elde edilen yüksek skorlar, bireyin sağlığıyla ilgili endişelerinin düzeyine dair veriler sunmaktadır. Bu endişeler daha çok bireyin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu ile olası bir hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilgili düşünceleri içermektedir. Maddeler, sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve



değişikliklerin farkındalığını ve hastalanma ile ilgili endişeli sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. Bulunan sonuçlara göre sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde genel anksiyete düzeyi ve sağlık davranışlarına etki edeceği öngörülmektedir (Aydemir ve Köroğlu 2012).

*Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:* Sorensen tarafından geliştirilen 47 maddelik HLS-E.U (Health Literacy Survey In Europe) formun daha sonra Toçi, Bruzarive Sorenson'ın birlikte tekrar çalışarak sadeleştirdikleri Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Health Literacy Index) geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir (Sorensen ve ark 2013; Toçi ve ark 2013). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Bayık (2017) tarafından yapılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bilgiye Erişim beş madde (1.-5. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir. Değer Bıçme/Değerlendirme alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'dir. Uygulama/ Kullanma alt ölçeği de beş madde (21.-25. maddeler) içermekte olup, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'tir. Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir (Toçi ve ark 2013). Aracın uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toçi ve ark 2013).

*Öz Yeterlilik Ölçeği:* Sherer ve ark (1982) tarafından geliştirilen, Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. 23 maddelik ölçekte her bir madde için; 1-"Beni hiç tanımlamıyor", 2-"Beni biraz tanımlıyor", 3-"Karasızım", 4- "Beni iyi tanımlıyor", 5-"Beni çok iyi

tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22 maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçek, davranışa başlama boyutu 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22, davranışı sürdürme boyutu 4, 5, 6, 7, 10, 16, 19 davranışı tamamlama boyutu 3, 8, 9, 15, 23 ve Engellerle mücadele boyutu 1, 13, 21 olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

## **2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Araştırmalar, verilerin toplanma zamanına göre anlık, kesitsel ve boylamsal olmak üzere üçe ayrılırlar (Büyüköztürk ve ark 2013). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak araştırmacı tarafından, anket tekniği kullanılarak toplandı. Ankette ilk olarak bilgilendirilmiş onam bulunmaktadır, daha sonra demografik veriler ve ölçekler yer almaktadır.

## **2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, bağımsız örneklem t-testi, varyans ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Yapısal eşitlik programı için LISREL programları kullanıldı.

## **2.8. Araştırma Etiği**

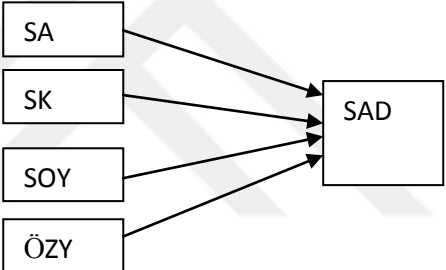
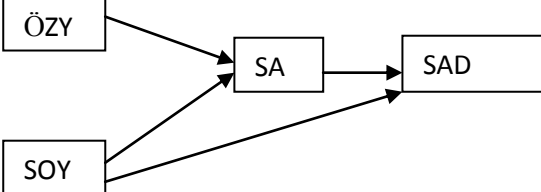
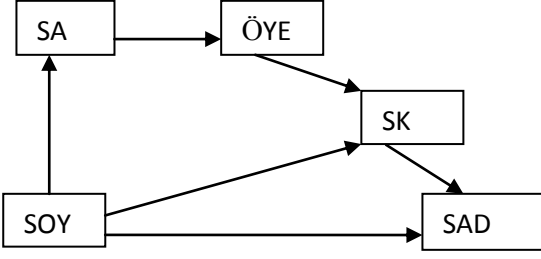
Araştırmada kullanılacak ölçekler (Sağlık algısı, sağlık kaygısı, öz yeterlilik, sağlık okuryazarlığı) için, ölçekleri geliştiren kişilerle mail yoluyla irtibat kurularak gerekli izin alınmıştır. Ayrıca araştırma için Sağlık Bilimleri Fakültesinden etik kurul izni alınmıştır.

## **2.9. Araştırma Modeli**

Yapısal eşitlik modelleri gözlenen değişkenler ve örtük değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin ve korelasyon ilişkilerinin bir arada bulunduğu modellerin test edilmesi için kullanılan istatistiksel bir teknik olup, bağımlılık ilişkilerini tahmin etmek için, varyans, kovaryans analizleri, faktör analizi ve çoklu regresyon gibi analizlerin birleşmesiyle meydana gelen çok değişkenli bir yöntemdir

(Tüfekçi ve Tüfekçi 2006). YEM, araştırmacı bir yaklaşımdan ziyade doğrulayıcı bir model olup, değişkenler arası olası ilişkilerin ayrıntılarını ortaya koyar ve ölçüm hatalarını tahmin eder (Suhr 1999). Yapısal eşitlik modellemesi yönteminde şu işlemler takip edilmektedir: (1) yapısal modelin kurulması ve modelde yer alan değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi, ölçme modelinin test edilmesi, (2) yol diyagramının elde edilmesi, ilişkilere ait yol katsayılarının (regresyon katsayılarına benzer) tespit edilmesi, (3) modele ait uyum iyiliği istatistiklerinin incelenmesi: Ki-kare/Serbestlik Derecesi, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, RMR ve Standardize SRMR sıklıkla kullanılan uyum istatistiklerinden bazılarıdır (Dursun ve Kocagöz 2010). Literatür taraması yapılarak oluşturulan modellemeler aşağıdaki gibidir:

Çizelge 2.3. Araştırma modelleri.

Modeller	Tanımlama	Görsel sunum
SAD1	SA, SK, SOY ve ÖZY değişkenleri davranışı açıklamaktadır.	
SAD2	SOY ve ÖZY sağlık algısı aracılığı ile davranışı açıklamaktadır.	
SAD3	SOY Sağlık algısını ve sağlık kaygısını etkilemekte; SOY, sağlık algısı, özyeterlilik ve sağlık kaygısı ile birlikte sağlık arama davranışını açıklamaktadır.	

SAD: Sağlık arama davranışı, SA: Sağlık algısı, SK: Sağlık kaygısı, SOY: Sağlık okuyazarlığı, ÖZY: Öz-yeterlilik-etkililik

## 2.10. Araştırmanın Değişkenleri

### Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Sağlık arama davranışı, sağlık algısı, öz-yeterlilik, sağlık kaygısı, sağlık okuryazarlığı ölçekleri demografik değişkenlerle ilişkilendirildiğinde bağımlı değişken durumundadırlar. Araştırma modelinde ise sadece sağlık arama davranışı bağımlı değişkendir

### Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu, aile yapısı, sağlık hizmeti kullanım düzeyi, kronik rahatsızlık durumu, genel sağlık durumu vb. Araştırma modelinde ise sağlık algısı, öz-yeterlilik, sağlık kaygısı, sağlık okuryazarlık değişkenleri bağımsız değişkendir.

## 2.11. Araştırmanın Hipotezleri

**Hipotez 1:**  $H_1$  = Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlıkları, öz yeterlilikleri, sağlık algıları ve sağlık kaygıları sağlık arama davranışına etki etmektedir.

**Hipotez 2:**  $H_1$  = Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve öz yeterliliklerinin sağlık arama davranışını etkilemesinde, sağlığa verilen önemin aracılık etkisi vardır.

**Hipotez 3:**  $H_1$  = Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve öz yeterliliklerinin sağlık arama davranışını etkilemesinde, öz farkındalığın aracılık etkisi vardır.

**Hipotez 4:**  $H_1$  = Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışını etkilemesinde sağlık kaygısının aracılık etkisi vardır.

**Hipotez 5:**  $H_1$  = Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık arama davranışını etkilemesinde sağlık algısı ve öz yeterliliğin aracılık etkisi vardır.

### 3. BULGULAR

Araştırmanın bulgular kısmında sağlık arama davranışı için oluşturulmuş ölçek geliştirme çalışmasına yer verilmiştir. Daha sonra araştırmaya dâhil olan kişilere ait sosyo-demografik bulgulara, sosyo-demografik bulgular ile ölçekler arasındaki analizlere yer verilip ve son olarak araştırmanın modellenmesine ait bulgular değerlendirilmiştir.

#### 3.1. Sağlık Arama Davranışı Ölçeğinin Geliştirilme Aşamaları

Sağlık arama davranışı ölçeğinin geliştirilmesinde ilk olarak kapsam geçerliliği daha sonra ise yapı geçerliliği yapılmıştır. Ölçek geliştirme çalışması için 401 yetişkine ulaşılmıştır. Katılımcıların %46,1'i kadın %53,9'u erkektir. Araştırmaya katılanların %80,8'inde kronik bir rahatsızlık bulunmamaktadır.

*a. Kapsam geçerliliği:* Bir ölçekteki maddelerin, ölçülmek istenen tanımlanmış davranışlar bütünü ölçmede ne derece temsil ettiğini belirlemek ve ölçeğin ölçme amacına uygunluğunu sınamak amacıyla kapsam geçerliliği çalışması yapılmaktadır (Büyüköztürk ve ark 2010, Fraenkel ve Wallen 2008). Ölçeğin kapsam geçerliliği için ilgili literatür taranmış ve uzman görüşlerine de başvurulmuş ölçek toplam 30 maddeden oluşmuştur. Uzman kişiler hemşirelik bölümü ve sağlık yönetimi öğretim elamanları ve hekimlerden oluşmaktadır. Bir hekim, altı akademisyen tarafından sorular değerlendirilmiştir. Katılımcılardan, “Tamamen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kısmen Katılıyorum”, “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” arasında değişen 5’li Likert tipi bir ölçek üzerinde kendi algılarını ifade etmeleri beklenilmiştir. Ölçekten elde edilen ortalmalar 5’e yaklaştıkça sağlık arama davranışının yüksek olduğu, 1’e yaklaştıkça sağlık arama davranışının düşük olduğunu göstermektedir.

*b. Yapı geçerliliği:* Yapı geçerliliği, bir testin “ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı doğru bir şekilde ölçebilme derecesini” göstermektedir (Büyüköztürk 2007). Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizi (temel bileşenler analizi) kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell 2007). Önce açımlayıcı daha sonra doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

*Açımlayıcı Faktör analizi:* Ölçeğin faktör yapısını ortaya koymak amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi öncesinde, verilerin ve örneklemin temel bileşenler analizine uygunluğunun incelenmesi amacıyla yapılan Kaiser-Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testleri sonucunda, Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısının 0,810 ve Barlett testinin ise anlamlı olduğu ( $p<0,001$ ) görülmüştür. KMO katsayısının 0,60 değerinin üzerinde olması ve Bartlett testinin anlamlı bulunması ( $p<0,001$ ), veri setinin temel bileşenler analizi için uygunluğunu, faktörleştirilebilirliğini ve örneklem büyüklüğünün ( $n=401$ ) yeterli olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk 2007, Field 2005). Gerçekleştirilen faktör analizi sonrasında elde edilen değerler incelenirken; ölçek maddelerinin tek bir faktörde yüksek yük değerine sahip olmasına ve iki veya daha fazla faktördeki yük değerleri farkının en az 0,1 ve yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin 0,45 veya bu değerden daha yüksek olmasına dikkat edilmiştir (Büyüköztürk 2007). Çok faktörlü bir ölçekte birden çok faktörde yüksek yük değerine sahip maddeler, ölçekten çıkartılması gerektiği için, iki faktörde yüksek yük değerine (0,45 değerinin üstünde) sahip on dört madde ölçekten çıkartılmıştır (Bandalos ve Finney, 2010). Geriye kalan 16 madde ile yeniden analiz yapılmıştır.

Çizelge 3. 1. Faktör analizi sonuçları.

<b>Açıklanan Toplam Varyans</b>									
<b>Faktör</b>	<b>Başlangıç Öz Değerler</b>			<b>Döndürme Öncesi Değerler</b>			<b>Döndürme Sonrası Değerler</b>		
	<b>Toplam</b>	<b>Vary %</b>	<b>Küm %</b>	<b>Toplam</b>	<b>Vary %</b>	<b>Küm %</b>	<b>Toplam</b>	<b>Vary %</b>	<b>Küm %</b>
<b>1</b>	3,355	20,966	20,966	3,355	20,96	20,96	2,86	17,90	17,900
<b>2</b>	2,563	16,016	36,982	2,563	16,01	36,98	2,44	17,62	33,151
<b>3</b>	1,567	13,797	50,779	1,567	9,79	46,77	2,18	15,25	50,779
<b>4</b>	,998	6,937	54,716						
<b>5</b>	,980	6,125	60,841						

Çizelge 3,1’de görüldüğü üzere öz değeri 1’in üzerinde olan 3 faktör bulunmaktadır. Döndürme sonrası değerler ölçeğin 3 faktörlü olduğunu göstermektedir. Üç faktörün birlikte açıkladıkları toplam varyans % 50.779’dır.

Çizelge 3. 2. Varimax döndürme sonrası değerler.

<b>Faktörler ve İfadeler</b>			
<b>Faktör1: Online sağlık arama</b>	Madde Toplam Korelasyon Katsayısı	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
<b>Madde_1</b>	0,625	,677	
<b>Madde_2</b>	0,509	,628	
<b>Madde_3</b>	0,566	,670	
<b>Madde_4</b>	0,681	,735	17,900
<b>Madde_5</b>	0,653	,765	
<b>Madde_13</b>	0,750	,587	
<b>Faktör2: Profesyonel sağlık arama</b>		Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
<b>Madde_7</b>	0,613	,630	
<b>Madde_8</b>	0,578	,586	
<b>Madde_11</b>	0,720	,726	17,628
<b>Madde_12</b>	0,701	,706	
<b>Madde_15</b>	0,545	,573	
<b>Faktör3: Geleneksel sağlık arama</b>		Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
<b>Madde_19</b>	0,690	,611	
<b>Madde_21</b>	0,778	,799	
<b>Madde_22</b>	0,712	,686	15,252
<b>Madde_27</b>	0,695	,613	
<b>Madde_28</b>	0,710	,670	

Çizelge 3.2 incelendiğinde maddelerin hangi faktör altında yer aldıkları, her bir faktörün açıkladığı varyans ve maddelerin faktör yük değerleri verilmiştir. Madde faktör yük değerinin 0,40’ın üzerinde olması ve 0,40’ın üzerinde bir yük değeriyle birden fazla faktörde yer almaması maddenin nitelikli sayılabilmesi için ölçüt kabul edilmiştir.

Birinci faktör içinde yer alan ifadeler online sağlık arama davranışlarıyla ilişkilidir. Dolayısıyla birinci faktör “online sağlık arama” biçiminde isimlendirilmiştir. Online sağlık arama faktörü 6 maddeden oluşmaktadır. 0,587 ile 0,765 arasında değişen faktör yüklerine sahip maddelerden oluşan bu faktörün açıkladığı varyans ise 17,900’dür.

İkinci faktör içinde yer alan ifadeler profesyonel sağlık arama davranışlarıyla ilişkilidir. Dolayısıyla birinci faktör “profesyonel sağlık arama” biçiminde isimlendirilmiştir. Profesyonel sağlık arama faktörü 5 maddeden oluşmaktadır. 0,573

ile 0,726 arasında değişen faktör yüklerine sahip maddelerden oluşan bu faktörün açıkladığı varyans ise 17,628'dir.

Üçüncü faktör içinde yer alan ifadeler geleneksel sağlık arama davranışlarıyla ilişkilidir. Dolayısıyla birinci faktör “geleneksel sağlık arama” biçiminde isimlendirilmiştir. Geleneksel sağlık arama faktörü 5 maddeden oluşmaktadır. 0,613 ile 0,799 arasında değişen faktör yüklerine sahip maddelerden oluşan bu faktörün açıkladığı varyans ise 15,252'dir.

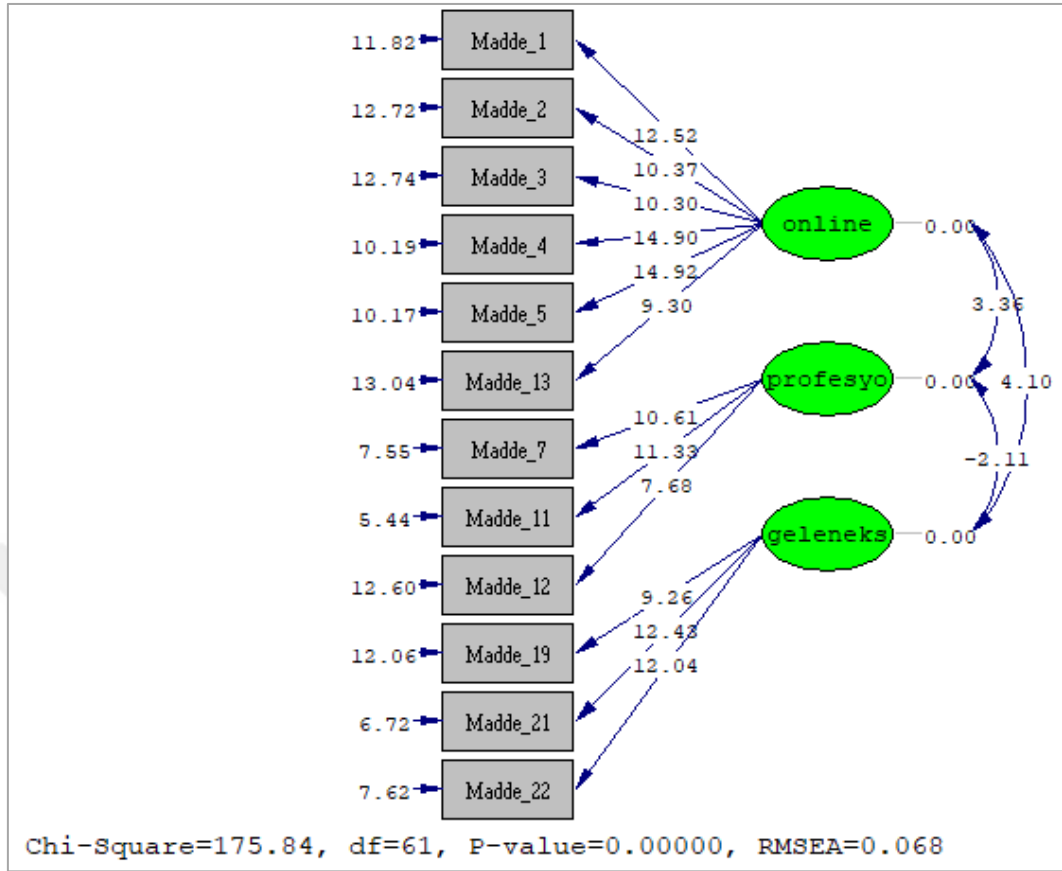
*Doğrulamayı faktör analizi:*

Açımlayıcı faktör analizi ile sağlık arama davranışı ölçeğine ilişkin temel faktörler belirlenmiş olmakla birlikte, belirlenen faktörlerin kalitesine, ölçeğin genel yapısına ve ilgili ölçeğin sağlık arama davranışını ne derece açıkladığına yönelik bilgiler doğrulamayı faktör analizi yapılmak suretiyle tespit edilmiştir.

Doğrulamayı faktör analizinin gerçekleştirilmesinde Lisrel 8.80 paket programı kullanılmıştır. Program çerçevesinde DFA süreci üç aşamada gerçekleşmiştir. Modelin oluşturulması, sınanması ve değerlendirilmesi şeklinde süreç işlemiştir.



Çizelge 3.3. Doğrulayıcı faktör analizine ait t değerleri.



Çizelge 3.3’de görüldüğü üzere ölçek maddelerine ait t değerleri verilmiştir. Yapılan analizler doğrultusunda, ikinci ve üçüncü faktörde yer alan 8, 15, 27 ve 28. maddelerin dışında kalan tüm maddelerin (gözlenen eğişken) kendi örtük değişkenini temsil etme düzeyi 0,05 düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür. Belirtilen dört madde için hesaplanan t değerleri 0,05 anlamlılık düzeyi için belirlenen kritik değer olan 1,96’dan küçüktür. Dolayısıyla belirlenen kritik t değerinden daha küçük t değerine sahip olan bu üç maddenin kendi örtük değişkenini iyi temsil etmediği düşünülerek modelden çıkarılmış ve 12 madde için analizler, belirlenen 3 faktör dikkate alınarak yeniden gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 3.3’de görüldüğü üzeri ilgili maddelerin atılması sonrasında yinelenen analizler tüm maddelerin (gözlenen eğişken) kendi örtük değişkenini temsil etme düzeyinin 0,05 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermiştir. Toplam 12 madde için hesaplanan t değerleri 0.05 manidarlık düzeyi için belirlenen kritik değer olan 1,96’dan büyüktür. Bu durum her bir maddenin kendi örtük değişkenini iyi

temsil ettiği ve dolayısıyla da ölçek kapsamında yer alabileceği anlamına gelmektedir.

Çizelge 3.4. DFA’da kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve normal değerleri.

İndeks	Normal değer	Kabul edilebilir değer
$\chi^2$ “p” Değeri	$p>0.05$	-
$\chi^2/sd$	$<2$	$<5$
GFI	$>0.95$	$>0.90$
AGFI	$>0.95$	$>0.90$
CFI	$>0.95$	$>0.90$
RMSEA	$<0.05$	$<0.08$
RMR	$<0.05$	$<0.08$
SRMR	$<0.05$	$<0.08$

Kaynak: (Munro, 2005; Schreiber, Nora, Stage, Barlowand King, 2006; Şimşek, 2007; Hooperand Mullen 2008; SchumackerandLomax, 2010; Waltz, Streiklandand Lenz 2010; Wangand Wang, 2012).

Çizelge 3.4’de görüldüğü üzere doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan uyum iyiliği indeks değerlerinin normal değeri ve kabul edilebilir değerleri verilmiştir. Araştırmanın doğrulayıcı faktör analizi sonucu uyum iyiliği indeks değerleri çizelge 3.5’de verilmiştir.

Çizelge 3.5. Araştırmanın doğrulayıcı faktör analizine ait uyum iyiliği indeks değerleri.

Uyum İyiliği İstatistikleri	Değerler
1. Serbestlik Derecesi (df)	61
2. Ki-Kare ( $X^2$ )	175,84
3. Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)	0,068
4. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,92
5. Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,93
6. Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,90
7. Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)	0,90
8.Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)	0,010

Çizelge 3.5’de görüldüğü üzere doğrulayıcı faktör analizine ait bulgular verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği değerlerini iyileştirmek için aynı faktörler arasında yer alan 2. madde ile 3. madde ve 2. madde ile 4. madde arasında kovaryans yapılmıştır. Kovaryans sonucu hesaplama tekrardan yapılmış ve uyum iyiliği değerleri tekrardan hesaplanmıştır.

Serbestlik derecesi ki-kare testinde önemli bir ölçüt olmakla birlikte, bunun ki-kareye oranı uyum ölçütü olarak kullanılmaktadır. Bu oranın 3'ten küçük olması iyi uyum göstergesi olarak kabul edilir (Kelloway 1998). Bu araştırmada değer  $175,84/61=2,868$  çıkmış olup iyi uyum olduğunu göstermektedir.

Ortalama hata karekök değeri (RMSEA) önerilen modelin parametreleri arasındaki kovaryans matrisiyle örnekleme gözlenen değişkenler arasındaki kovaryans matrisi arasındaki farka (hata) dayanan bir uyum ölçüsüdür (Steiger 2000). Kötü uyum indeksi olarak bilinen ve 0 değerinin mükemmel uyumu gösterdiği RMSEA için 0,05'in altındaki değerler iyi uyum, 0,08'in altındaki değer makul değer olarak kabul edilir (Hu ve Bentler 1999, Vieira 2011). Bu araştırmada elde edilen ortalama hata karekök değeri 0,068 olup bu değer kabul edilebilir bir uyumun varlığına işaret etmektedir.

Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) mevcut verilere kötü uyum sağladığı varsayılan bir bağımsız modelle, önerilen modele ait kovaryansları karşılaştırmada kullanılır (Eminoğlu ve Nartgün 2009). 0-1 aralığında değer alan CFI indeksi için yüksek değerler iyi uyum olduğunu göstermektedir (Byrne 2010, Schermelleh ve ark 2003). Bu çalışmada hesaplanan karşılaştırmalı uyum indeksinin değeri 0,92'dir. Elde edilen bu değer kabul edilebilir kritik değer biraz altında kalmakla birlikte yine de tamamıyla reddedilemez ve belli bir ölçüde uyumun var olduğu söylenebilir (Byrne 2010, Schermelleh ve ark 2003).

GFI, Uyum iyiliği indeksi anlamına gelir (Yılmaz ve Çelik 2009). Modelin örnekleme kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir (Çokluk Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2010, Waltz Strickland L 2010). Uyum iyiliği indeksi değerinin 0.95 ile 1.00 arasında olması iyi bir uyumun varlığını, 0,90 ile 0,95 aralığında olması ise kabul edilebilir bir uyumun varlığını göstermektedir. Bu araştırmada elde edilen değer 0.93 olup, bu değer kabul edilebilir bir uyumun olduğunu göstermektedir. GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermek amacıyla kullanılan bir indeks ise AGFI değeridir. AGFI, 0 ile 1 aralığında değer almakla birlikte, 1'e yaklaştıkça iyi uyumu göstermektedir (Schermelleh ve ark 2003). Bu araştırmada AGFI değeri 0.90 çıkmış olup iyi uyum göstermektedir.

Bentler ve Bonnet [1980] tarafından önerilen Normlandırılmış Uyum İndeksi –NFI literatürde Benler-Bonnet Normlandırılmış Uyum İndeksi (Bentler-Bonnet Normed Fit Index -BBNFI ) olarak da ifade edilmektedir. NFI değerleri 0 ile 1 arasında değişir. Normal değeri 0,95 ve üzeri iyi uyum gösterirken 0,90 ve üzerinde kabul edilebilir bir değerdir (Marsh ve Grayson, 1995, Schumacker ve Lomax 1996). Araştırmada NFI değeri 0,90 çıkmış olup bu değer kabul edilebilir bir değerdir.

RMR, 0 ile 1 aralığında değer alır. RMR değeri 0'a yaklaştıkça iyi uyum belirtecektir. Ki-kare gibi kötü uyum indeksidir; yüksek değerler kötü uyumu gösterir (Iacobucci 2010). Araştırma sonucu bu değer 0,10 çıkmış olması RMR değerinin sıfıra yakın olduğunun göstergesidir.

Sonuç olarak araştırma ölçeğinin uyum iyiliği indeks değerleri “iyi uyum” ve “kabul edilebilir bir uyum” göstermesi ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi ile desteklendiğini göstermektedir.

**c. Bağlam geçerliliği:** Sağlık arama davranışı ölçeğinin bağlam geçerliliğini sağlamak için sağlıklı kaygısı ölçeği ile birlikte uygulanmış ve pozitif yönde anlamlı çıkmıştır ( $r=0,214$   $p<0,01$ ). Ölçek maddelerinin ölçeğin ortalaması ile yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı  $r=0,7$  ile  $r=0,9$  değerleri arasında da olduğu tespit edilmiştir.

**d. Test tekrar test analizi:** Taslak ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğu gösteren Pearson momentler çarpımı korelasyon analizinde, iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,200$ ;  $p=0,00$ ). Taslak ölçeğin 4 ay (02.02.2018 - 06.20.2018) ara ile tekrarlanan iki ölçüm sonucu ile elde edilen puanlar arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi analizi kullanılarak incelendi ve iki uygulama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $t=-0,074$ ;  $p=0,941$ ).

**e. Ölçeğin Güvenirliğine İlişkin Bulgular:** Ölçek kapsamındaki her bir faktör de yer alan maddelerin, ölçeğin bütünü ile ölçülmek istenen özelliği ölçüp ölçmediğine ilişkin bilgi veren Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları aşağıdaki gibidir.

Çizelge 3.6. Faktörler ve ölçeğin bütününe ait alfa güvenilirlik katsayıları.

	1. Faktör	2. Faktör	3. Faktör	Ölçeğin Bütünü
Madde Sayısı	6	3	3	12
Cronbach $\alpha$	0.726	0.720	0.736	0.755

Çizelge 3.6’da görüldüğü üzere Cronbach  $\alpha$  iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı birinci faktör için 0,726; ikinci faktör için 0,720; üçüncü faktör için 0,736; ve ölçeğin bütünü için 0,755’dir.

Çizelge 3.7. Ölçek faktörlerine ait korelasyon analizi.

		Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Faktör 1	r	1	,216**	,262**
	p		,000	,000
Faktör 2	r	,216**	1	,132**
	p	,000		,003
Faktör 3	r	,262**	,132**	1
	p	,000	,003	

P<0,001

Çizelge 3.7’de görüldüğü üzere ölçek maddelerinin korelasyon analizi verilmiştir. Korelasyon analizi sonucu tüm faktörlerin birbiri ile ilişkili olduğu görülmektedir. İlişki düzeylerinin düşük olması ölçek maddelerinin doğru faktörlerde yer aldığını göstermektedir. Tüm bu sonuçlar neticesinde “sağlık arama davranışı” ölçeğinin maddelerinin ekler bölümünde verilmiştir (EK-A).

### 3.2. Araştırmanın Demografik Verileri ve Demografik Verilerin Analizlerine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dâhil olanlara ait demografik bilgilere, ölçeklere ait tanımlayıcı istatistiklere, araştırma modellemesine ait istatistiklere yer verilmiştir.

Çizelge 3.8. Araştırmaya dâhil olanlara ait demografik bulgular.

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	484	53,8
Kadın	416	46,2
Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
18-25	291	32,3
26-35	128	14,2
36-45	144	16
46-55	190	21,1
56 ve Üstü	147	16,3
Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar Değil	18	2
İlkokul	220	24,4
Lise	147	16,3
Ön-Lisans	88	9,8
Lisans	397	44,1
Lisansüstü	30	3,3
Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
500-1000	125	13,9
1001-2000	210	23,3
2001-3000	228	25,3
3001-4000	174	19,3
4000+	163	18,1
Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	522	58
Bekâr	378	42
Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışıyor	484	53,8
Çalışmıyor	416	46,2
Aile Yapısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çekirdek Aile	754	83,8
Geniş Aile	146	16,2
Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	250	27,8
Yok	650	72,2
Sürekli Kullanılan İlaç	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	255	28,3
Yok	645	71,7
Ailede kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	405	45
Yok	495	55
Kiminle Yaşıyor	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailemle	762	84,7
Akrabalarımle	9	1
Arkadaşlarımla	105	11,7
Yalnız Yaşıyorum	24	2,7
Toplam	900	100

Çizelge 3.8. (Devam) Araştırmaya dâhil olanlara ait demografik bulgular.

Genel Sağlık Durumu (1-10 Arası)	Sayı (n)	Yüzde (%)
1 Puan	13	1,4
2 Puan	6	0,7
3 Puan	38	4,2
4 Puan	53	5,9
5 Puan	127	14,1
6 Puan	112	12,4
7 Puan	159	17,7
8 Puan	218	24,2
9 Puan	116	12,9
10 Puan	58	6,4
Hekime Başvuru (1 yıl)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç Gitmeyen	97	10,8
1 Defa	97	10,8
2 Defa	147	16,3
3 Defa	102	11,3
4 Defa	76	8,4
5 Defa	102	11,3
6 Defa	54	6
7 Defa	34	3,8
8 Defa	29	3,2
9 Defa	12	1,3
10 ve Üzeri	150	16,7
Toplam	900	100

Çizelge 3,8’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olara ait demografik bilgiler verilmiştir. Araştırmaya dâhil olanların %53,8’i erkek %46,2’si kadın olup %58’i evlidir. Katılımcıların %32,3’ü 18-25 yaş aralığında, %14,2’si 26-35 yaş aralığında, %16’sı 36-45 yaş aralığında, %21,1’i 46-55 aralığında ve %16,3’ü 56 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakacak olursak %2’si okuryazar değil, %24,4’ü ilkökul, %16,3’ü lise, %9,8’i önlisans, %44,1’i lisans, %3,3 ise lisansüstü mezundur. Katılımcıların %6’sı esnaf, %6,6’sı emekli, %20,7’si memur, %3,6’sı işçi, %11,3’ü serbest meslek, %5,7’si sağlık çalışanı olarak görev yapmakta olup %46,2’si çalışmıyor. Gelir durumuna bakıldığında; % 13,9’u 500-1000 arası, %23,3’ü 1001-2000 arası,

%25,3'ü 2001-3000 arası, %19,3'ü 3001-4000 arası ve %18,1'i ise 4000 üzeri gelire sahiptir. Katılımcıların %83,8'i çekirdek aile, %16,2'si geniş ailedir. %84,7'si ailesi ile yaşıyor, %1'i akrabaları ile, %11,7'si arkadaşlarıyla, %2,7'si ise yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %27,8'in de kronik bir hastalığı var ve %28,3'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Ailelerinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %45'dir. Son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru oranına bakıldığında; %10,8'i 1 defa, %16,3'ü 2 defa, %11,3'ü 3 defa, %8,4'ü 4 defa, %11,3'ü 5 defa, %6'sı 6 defa, %3,8'i 7 defa, %3,2'si 8 defa, %1,3'ü 9 defa ve %16,7'si 10 ve üzeri gitmiştir. Araştırmaya katılanlara genel sağlık durumlarını 1 ile 10 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir. %1,4'ü 1 puan, %0,7'si 2 puan, %4,2'si 3 puan, %5,9'u 4 puan, %14,1'i 5 puan, %12,4'ü 6 puan, %17,7'si 7 puan, %24,2'si 8 puan, %12,9'u 9 puan ve %6,4'ü 10 puan vermişlerdir.

Çizelge 3.9. Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında yapılan ki-kare analizi.

	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0	65	67,0	32	33,0	97	100
1	65	67,0	32	33,0	97	100
2	92	62,6	55	37,4	147	100
3	47	46,1	55	53,9	102	100
4	45	59,2	31	40,8	76	100
5	46	45,1	56	54,9	102	100
6	25	46,3	29	53,7	54	100
7	18	52,9	16	47,1	34	100
8	12	41,4	17	58,6	29	100
9	8	66,7	4	33,3	12	100
10 +	61	40,7	89	59,3	150	100
Toplam	484	53,8	416	46,2	900	100

$$\chi^2=38,873 \quad p = 0,000 \quad n=900$$

Çizelge 3.9'da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile hekime başvuru sayısı arasında ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kadın ve erkeklerin, bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Araştırma sonucuna göre, bir yıl içerisinde hekime hiç başvuru yapmayan erkeklerin oranının, kadınlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bir yıl



içerisinde, 10 ve üzeri hekime başvuru yapan kadınların oranı erkeklere göre daha fazla çıkmıştır.

Çizelge 3.10. Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile kronik rahatsızlık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Cinsiyet					
		Erkek		Kadın		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>Kronik Rahatsızlığınız Var mı?</b>	<b>Var</b>	105	42,0	145	58,0	250	100
	<b>Yok</b>	379	58,3	271	41,7	650	100
	<b>Toplam</b>	484	53,8	416	46,2	900	100

$\chi^2=19,317$  p = 0,000 n =900

Çizelge 3.10'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların cinsiyeti ile kronik bir hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre cinsiyet ile kronik hastalık arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Kronik rahatsızlığı olanların %58'i kadın iken %42'si erkektir. Kadınların erkeklere göre daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.11. Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Cinsiyet					
		Erkek		Kadın		Toplam	
		N	%	n	%	n	%
<b>Sürekli Kullandığınız Bir İlaç Var mı?</b>	<b>Var</b>	117	45,9	138	54,1	255	100
	<b>Yok</b>	367	56,9	278	43,1	645	100
	<b>Toplam</b>	484	53,8	416	46,2	900	100

$\chi^2=8,923$  p = 0,000 n =900

Çizelge 3.11'de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında ki-kare analiz yapılmıştır. Analiz sonucuna göre cinsiyet ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Araştırma sonucunda sürekli ilaç kullananların %54,1'i kadın iken %45,9'u erkektir. Sürekli ilaç kullanan kadınların oranının, sürekli ilaç kullanan erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.12. Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sağlık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1	4	30,8	9	69,2	13	100
2	3	50,0	3	50,0	6	100
3	16	42,1	22	57,9	38	100
4	20	37,7	33	62,3	53	100
5	56	44,1	71	55,9	127	100
6	48	42,9	64	57,1	112	100
7	88	55,3	71	44,7	159	100
8	137	62,8	81	37,2	218	100
9	77	66,4	39	33,6	116	100
10	35	60,3	23	39,7	58	100
Toplam	484	53,8	416	46,2	900	100

$X^2=36,320$   $p=0,000$   $n=900$

Çizelge 3.12'de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile genel sağlık durumunu değerlendirme arasında ki-kare analizi yapılmıştır. Katılımcılardan genel sağlık durumularını 1 ile 10 arasında değerlendirilmesi istenmiştir. Kadınlar ile erkeklerin genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kadınların % 69,2'si sağlık durumu için 1 puan verirken bu oran erkekler için %30,8'dir. Yine kadınların %39,7'si sağlık durumu için 10 puan verirken erkekler için bu oran %60,3'tür.

Genel itibari ile baktığımızda kadınlar erkeklere göre sağlık durumları için daha düşük puan vermişlerdir.

Çizelge 3.13. Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile hekime başvuru sayısı ve genel sağlık durumu arasında yapılan korelasyon analizi.

		1	2
1-Yaşınız			
2-Son Bir Yılda Kaç Defa Hekime Başvuru Yaptınız	r	,246**	
	p	,000	
3-Genel Sağlık Durumunuzu 1 İle 10 Arasında Puanlayınız	r	-,215**	-,297**
	p	,000	,000

\*\*p<0,01 \*p<0,05 n=900

Çizelge 3.13’de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların yaşı ile hekime başvuru sayısı ve genel sağlık durumu arasında korelasyon analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,001). Yaş ile hekime başvuru arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir (r=0,246). Yaş ile genel sağlık durumu arasında negatif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir (r=-215). Genel sağlık durumu ile hekime başvuru sayısı arasında negatif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir (r=-297). Dolayısıyla yaş arttıkça genel sağlık durumu azalmakta ve hekime başvuru sayısı artmaktadır.

Çizelge 3.14. Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile kronik hastalık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Kronik Bir Hastalığınız Var mı?		
		Var	Yok	Toplam
18-25	n	34	257	291
	%	13,6	39,5	32,3
26-35	n	22	106	128
	%	8,8	16,3	14,2
Yaş 36-45	n	25	119	144
	%	10,0	18,3	16,0
46-55	n	79	111	190
	%	31,6	17,1	21,1
56 ve Üstü	n	90	57	147
	%	36,0	8,8	16,3
Toplam	n	250	650	900
	%	100	100	100

$\chi^2=152,524$  p =0,000 n =900

Çizelge 3.14’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların yaşı ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Kronik hastalığı olanların % 31,6’sı 46-55 yaş arasında, % 36’sı

56 ve üstü yaş arasında aralığında olduğu gözlemlenmektedir. Bu sonuca göre, yaş yüksek olanlarda kronik hastalık oranı daha fazladır.

Çizelge 3.15. Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Sürekli Kullandığımız Bir İlaç Var mı?			
		Var	Yok	Toplam	
Yaş	18-25	n	38	253	291
		%	14,9	39,2	32,3
	26-35	n	17	111	128
		%	6,7	17,2	14,2
	36-45	n	29	115	144
		%	11,4	17,8	16,0
	46-55	n	79	111	190
		%	31,0	17,2	21,1
	56 ve Üstü	n	92	55	147
		%	36,1	8,5	16,3
	Toplam	n	255	645	900
		%	100	100	100

$\chi^2=153,829$  p =0,000 n =900

Çizelge 3.15’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların yaşı ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Sürekli ilaç kullananların %31’i 46-55 yaş aralığında, %36,1’i 56 ve üstü yaş aralığında olduğu gözlemlenmektedir. Sürekli ilaç kullananların %14,9’u 18-25 yaş aralığında ve %6,7’si 26-35 yaş aralığında olduğu gözlemlenmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda sürekli ilaç kullananların çoğunluğunun yüksek yaş aralıklarında olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.16. Araştırmaya dâhil olanların medeni durum ile hekime başvuru sayısı arasında yapılan ki-kare analizi.

	Medeni Durum					
	Evli		Bekâr		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0	47	48,5	50	51,5	97	100
1	55	56,7	42	43,3	97	100
2	70	47,6	77	52,4	147	100
3	57	55,9	45	44,1	102	100
4	47	61,8	29	38,2	76	100
5	61	59,8	41	40,2	102	100
6	37	68,5	17	31,5	54	100
7	20	58,8	14	41,2	34	100
8	19	65,5	10	34,5	29	100
9	7	58,3	5	41,7	12	100
10 +	102	68,0	48	32,0	150	100
Toplam	522	58,0	378	42,0	900	100

$\chi^2=20,277$  p = 0,000 n =900

Çizelge 3.16'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların medeni durumu ile hekime başvuru sayısı arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Bir yıl içerisinde hekime hiç başvuru yapmayanların %48,5'i evli %51,5'i bekârdır. Bir yıl içerisinde; bir kez başvuru yapanların %56,7'si evli %43,3'ü bekârdır, iki kez başvuru yapanların %47,6'sı evli %52,4'ü bekârdır, üç kez başvuru yapanların %55,9'u evli %44,1'i bekârdır, dörkez başvuru yapanların %61,8'i evli %38,2'si bekârdır, beşkez başvuru yapanların %59,8'i evli %40,2'si bekârdır, altı kez başvuru yapanların %68,5'i evli %31,5'i bekârdır, yedi kez başvuru yapanların %58,8'evli %41,2'si bekârdır, sekiz kez başvuru yapanların %65,5'i evli %34,5'i bekârdır, dokuz kez başvuru yapanların %58,3'ü evli %41,7'si bekârdır, on ve üzeri başvuru yapanların %68'i evli %32'si bekârdır.

Analiz sonuçlarına göre evli olanların hekime başvuru oranının, bekâr olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.17. Araştırmaya dâhil olanların medeni durum ile kronik hastalık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Medeni Durum					
		Evli		Bekâr		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>Kronik Bir Hastalığınız Var mı?</b>	Var	192	76,8	58	23,2	250	100
	Yok	330	50,8	320	49,2	650	100
<b>Toplam</b>		522	58,0	378	42,0	900	100

$\chi^2=50,224$  p = 0,000 n =900

Çizelge 3.17’de görüldüğü üzere medeni durumu ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Kronik bir hastalığı olanların %76,8’i evli %23,2’si bekârdır. Kronik hastalığı olmayanların %50,8 evli %49,2’si bekârdır. Araştırma sonucuna göre kronik bir hastalığı olanların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.18. Araştırmaya dâhil olanların medeni durum ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Medeni Durum					
		Evli		Bekâr		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>Sürekli Kullandığınız Bir İlaç Var mı?</b>	Var	193	75,7	62	24,3	255	100
	Yok	329	51,0	316	49,0	645	100
<b>Toplam</b>		522	58,0	378	42,0	900	100

$\chi^2=45,690$  p = 0,000 n =900

Çizelge 3.18’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Sürekli ilaç kullananların %75,7'si evli %24,3'ü bekârdır. Sürekli ilaç kullanmayanların ise %51'i evli %49'u bekârdır. Genel itibari ile bakıldığında sürekli ilaç kullananların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.19. Araştırmaya dâhil olanların medeni durum ile genel sağlık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

	Medeni Durum					
	Evli		Bekâr		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1	7	53,8	6	46,2	13	100
2	6	100	0	0,0	6	100
3	24	63,2	14	36,8	38	100
4	36	67,9	17	32,1	53	100
5	86	67,7	41	32,3	127	100
6	80	71,4	32	28,6	112	100
7	86	54,1	73	45,9	159	100
8	115	52,8	103	47,2	218	100
9	56	48,3	60	51,7	116	100
10	26	44,8	32	55,2	58	100
<b>Toplam</b>	<b>522</b>	<b>58,0</b>	<b>378</b>	<b>42,0</b>	<b>900</b>	<b>100</b>

$X^2=32,305$   $p = 0,000$   $n = 900$

Çizelge 3.19'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların medeni durumu ile genel sağlık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

Sağlık durumuna bir puan verenlerin %53,8'i evli %46,2'si bekâr, iki puan verenlerin %100'ü evli, üç puan verenlerin %63,2'si evli %36,8'i bekârdır, dört puan verenlerin %67,9'u evli %32,1'i bekârdır, beş puan verenlerin %67,7'si evli %32,3'ü bekârdır, altı puan verenlerin %71,4'ü evli %28,6'sı bekârdır, yedi puan verenlerin %54,1'i evli %45,9'u bekârdır, sekiz puan verenlerin %52,8'i evli %47,2'si bekârdır, dokuz puan verenlerin %48,3'ü evli %51,7'si bekârdır, on puan verenlerin %44,8'i evli %55,2'si bekârdır.

Araştırma sonucuna göre sağlık durumuna çok yüksek puan verenlerin genel itibari ile bekâr oldukları gözlemlenmektedir.

Çizelge 3.20. Araştırmaya dâhil olanların öğrenim durumu ile kronik hastalık olma durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

	Öğrenim Durumu														
	Okuryazar değil		İlkokul		Lise		Ön-Lisans		Lisans		Lisansüstü		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Kronik Bir Hastalığınız Var mı?	Var	12	4,8	111	44,4	55	22,0	21	8,4	44	17,6	7	2,8	250	100
	Yok	6	,9	109	16,8	92	14,2	67	10,3	353	54,3	23	3,5	650	100
<b>Toplam</b>		18	2,0	220	24,4	147	16,3	88	9,8	397	44,1	30	3,3	900	100

$$X^2=132,888 \quad p = 0,000 \quad n = 900$$

Çizelge 3.20’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların öğrenim durumu ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Kronik hastalığı olanların % 4,8’i okuryazar değil, %44,4’ü ilkokul mezunu, %22’si lise mezunu, %8,4’ü önlisans mezunu, %17,6’sı lisans mezunu ve %2,8’i lisansüstü mezunu olduğu gözlemlenmektedir. Kronik hastalığı olmayanların %0,9’u okuryazar değil, %16,8’i ilkokul mezunu, %14,2’si lise mezunu, %10,3’ü ön lisans mezunu, %54,3’ü lisans mezunu, %3,5’i lisansüstü mezunu olduğu gözlemlenmektedir. Genel itibari ile bakıldığında eğitim düzeyi yüksek olanların, kronik hastalık oranının daha az olduğu görülmektedir.



Çizelge 3.21. Araştırmaya dâhil olanların öğrenim durumu ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

		Öğrenim Durumu													
		Okuryazar değil		İlkokul		Lise		Ön-Lisans		Lisans		Lisansüstü		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sürekli Kullandığımız Bir İlaç Var mı?	Var	10	3,9	111	43,5	57	22,4	21	8,2	50	19,6	6	2,4	255	100
	Yok	8	1,2	109	16,9	90	14,0	67	10,4	347	53,8	24	3,7	645	100
	Toplama	18	2,0	220	24,4	147	16,3	88	9,8	397	44,1	30	3,3	900	100

$$X^2=117,804 \quad p = 0,000 \quad n = 900$$

Çizelge 3.21’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların öğrenim durumu ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında ki-kare analizi yapılmış, aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

Sürekli ilaç kullananların %3,9’u okuryazar değil, %43,5’i ilkokul mezunu, %22,4’ü lise mezunu, %8,2’si ön lisans mezunu, %19,6’sı lisans mezunu ve % 2,4’ü lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Sürekli ilaç kullanmayanların %1,2’si okuryazar değil, 16,9’u ilkokul mezunu, %14’ü lise mezunu, %10,4’ü ön lisans mezunu, %53,8’i lisans mezunu ve %3,7’si lisansüstü mezunu olduğu gözlemlenmektedir. Sürekli ilaç kullananların eğitim düzeyi oranının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.3 Araştırmanın Demografik Verileri İle Sağlık Arama Davranışı, Sağlık Okuryazarlığı, Öz Yeterlilik, Sağlık Algısı ve Sağlık Kaygısı Ölçekleri Arasındaki Analizlere Ait Bulgular

Çizelge 3.22. Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Cinsiyet	n	ort	ss	t	p
Sağlık Arama Davranışı	Erkek	484	3,05	0,64	-4,068	<b>0,000*</b>
	Kadın	416	3,22	0,67		
Sağlık Okuryazarlık	Erkek	484	3,79	0,62	-3,999	<b>0,000*</b>
	Kadın	416	3,95	0,58		
Öz Yeterlilik	Erkek	484	3,58	0,58	-0,289	0,772
	Kadın	416	3,59	0,57		
Sağlık Algısı	Erkek	484	3,47	0,57	0,239	0,812
	Kadın	416	3,45	0,58		
Sağlık Kaygısı	Erkek	484	1,98	0,54	-1,987	0,048
	Kadın	416	2,14	0,53		

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.22’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile ölçek puanları ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Cinsiyet ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kadınların sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı erkeklere oranla daha fazla çıkmıştır. Cinsiyet ile öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.23. Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Yaş	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Sağlık Arama Davranışı	1-18-25	291	3,17	0,64	13,984	<b>0,000*</b>	1,2,3 > 5 2 > 4
	2- 26-35	128	3,38	0,62			
	3- 36-45	144	3,23	0,69			
	4- 46-55	190	3,05	0,64			
	5- 56 +	147	2,84	0,61			
Sağlık Okuryazarlık	1-18-25	291	3,91	0,61	7,570	<b>0,000*</b>	2,3,4>5
	2- 26-35	128	4,00	0,53			
	3- 36-45	144	3,92	0,61			
	4- 46-55	190	3,85	0,62			
	5- 56 +	147	3,64	0,59			
Öz Yeterlilik	1-18-25	291	3,55	0,57	1,096	0,357	
	2- 26-35	128	3,61	0,54			
	3- 36-45	144	3,54	0,60			
	4- 46-55	190	3,63	0,60			
	5- 56 +	147	3,63	0,54			
Sağlık Algısı	1-18-25	291	3,46	0,56	0,294	0,882	
	2- 26-35	128	3,44	0,55			
	3- 36-45	144	3,40	0,55			
	4- 46-55	190	3,44	0,63			
	5- 56 +	147	3,45	0,57			
Sağlık Kaygısı	1-18-25	291	2,04	0,44	1,102	0,354	
	2- 26-35	128	1,96	0,47			
	3- 36-45	144	1,95	0,58			
	4- 46-55	190	2,01	0,60			
	5- 56 +	147	2,05	0,63			

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.23’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların yaşı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda varyans analizi yapılmıştır. Yaş ile sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplardan olduğunu tespit etmek için scheffe testi yapılmıştır. 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındakilerin sağlık arama davranış ortalamaları 56 yaş ve üstü olanların ortalamalarına göre daha yüksek çıkmıştır. 26-35 yaş aralığındakilerin sağlık arama davranışı ortalaması, 46-55 yaş aralığındakilerin ortalamalarından daha yüksektir.

Yaş ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Scheffe test sonuçlarına göre 26-35 yaş, 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlık oranı 56 ve üstü yaş olanların ortalamasına göre daha yüksek çıkmıştır.

Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ( $p>0,005$ ).

Çizelge 3.24. Araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Medeni Durum	n	ort	ss	t	p
Sağlık Arama Davranışı	Evli	522	3,10	0,66	-1,379	0,168
	Bekâr	378	3,16	0,65		
Sağlık Okuryazarlık	Evli	522	3,85	0,60	-0,711	0,478
	Bekâr	378	3,88	0,61		
Öz Yeterlilik	Evli	522	3,63	0,57	2,353	0,019*
	Bekâr	378	3,54	0,57		
Sağlık Algısı	Evli	522	3,45	0,58	0,799	0,475
	Bekâr	378	3,42	0,56		
Sağlık Kaygısı	Evli	522	1,99	0,57	-1,041	0,298
	Bekâr	378	2,03	0,48		

n=900 P<0,05\*

Çizelge 3.24’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile ölçeklerin puan ortalaması arasında t testi analizi yapılmıştır. Araştırma sonucunda medeni durum ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlık kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Medeni durumu ile özyeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Evli olanların puan ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 3.25. Araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Eğitim Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Sağlık Arama Davranışı	1-Okuryazar değil	18	2,54	0,48	11,425	<b>0,000 *</b>	1 < 3,4,5,6 2 < 3,4,5,6
	2-İlkokul	220	2,90	0,59			
	3-Lise	147	3,19	0,63			
	4-Ön-lisans	88	3,23	0,61			
	5-Lisans	397	3,21	0,66			
	6-Lisansüstü	30	3,36	0,89			
Sağlık Okuryazarlık	1-Okuryazar değil	18	3,03	0,66	19,391	<b>0,000*</b>	1<2,3,4,5,6 2<3,4,5,6 3 < 6
	2-İlkokul	220	3,65	0,58			
	3-Lise	147	3,88	0,54			
	4-Ön-lisans	88	3,95	0,63			
	5-Lisans	397	3,97	0,58			
	6-Lisansüstü	30	4,28	0,56			
Öz Yeterlilik	1-Okuryazar değil	18	3,32	0,52	2,949	<b>0,012*</b>	1 < 6
	2-İlkokul	220	3,56	0,55			
	3-Lise	147	3,61	0,57			
	4-Ön-lisans	88	3,51	0,62			
	5-Lisans	397	3,60	0,57			
	6-Lisansüstü	30	3,88	0,46			
Sağlık Algısı	1-Okuryazar değil	18	2,97	0,54	3,589	<b>0,003*</b>	1 < 5,6
	2-İlkokul	220	3,40	0,56			
	3-Lise	147	3,43	0,53			
	4-Ön-lisans	88	3,41	0,56			
	5-Lisans	397	3,49	0,58			
	6-Lisansüstü	30	3,56	0,60			
Sağlık Kaygısı	1-Okuryazar değil	18	2,35	0,78	3,348	<b>0,005*</b>	1 > 6
	2-İlkokul	220	2,04	0,58			
	3-Lise	147	2,07	0,62			
	4-Ön-lisans	88	2,03	0,57			
	5-Lisans	397	1,97	0,45			
	6-Lisansüstü	30	1,81	0,45			

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.25’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile ölçeklerin puan ortalaması arasında tek yönlü varyans analiz yapılmıştır. Eğitim durumu ile sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için scheffe testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre okuryazar olmayanların sağlık okuryazarlığı ilkokul, lise, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının ortalamasından daha düşüktür. Yine ilkokul mezunlarının sağlık okuryazarlığı lise, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının sağlık okuryazarlığından daha düşüktür.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyi ile özyeterlilik ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ) Lisansüstü mezunlarının özyeterlilik ortalaması okuryazar olmayanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Eğitim düzeyi ile sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Okuryazar olmayanların sağlık algısı lisans ve lisansüstü olanların sağlık algısından daha düşüktür. Sağlık kaygısı ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Okuryazar olmayanların kaygı ortalamaları lisansü olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 3.26. Araştırmaya dâhil olanların çalışma durumları ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Çalışma Durumu	n	ort	ss	t	p
Sağlık Arama Davranışı	Çalışıyor	484	3,10	,66	-0,904	0,366
	Çalışmıyor	416	3,14	,65		
Sağlık Okuryazarlık	Çalışıyor	484	3,89	,60	1,577	0,115
	Çalışmıyor	416	3,83	,60		
Öz Yeterlilik	Çalışıyor	484	3,63	,57	2,872	<b>0,004*</b>
	Çalışmıyor	416	3,53	,56		
Sağlık Algısı	Çalışıyor	484	3,46	,58	1,407	0,160
	Çalışmıyor	416	3,41	,55		
Sağlık Kaygısı	Çalışıyor	484	1,96	,55	-2,956	<b>0,003*</b>
	Çalışmıyor	416	2,06	,50		

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.26’da görüldüğü üzere katılımcıların çalışma durumları ile ölçek ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların çalışma durumu ile özyeterlilik ve sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışanların özyeterlilikleri çalışmayanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Çalışmayanların sağlık kaygı ortalamaları çalışanlara oranla daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 3.27. Araştırmaya dâhil olanların gelir durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Gelir Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
<b>Sağlık Arama Davranışı</b>	1- 500-1000	125	3,02	0,64	3,423	<b>0,009*</b>	1 < 5
	2- 1001-2000	210	3,05	0,68			
	3- 2001-3000	228	3,11	0,62			
	4- 3001-4000	174	3,21	0,71			
	5- 4000+	163	3,24	0,62			
<b>Sağlık Okuryazarlık</b>	1- 500-1000	125	3,77	0,61	12,994	<b>0,000*</b>	1 < 5 2 < 4, 5 3 < 5
	2- 1001-2000	210	3,70	0,64			
	3- 2001-3000	228	3,84	0,58			
	4- 3001-4000	174	3,95	0,54			
	5- 4000+	163	4,11	0,56			
<b>Öz Yeterlilik</b>	1- 500-1000	125	3,56	0,56	3,81	<b>0,004*</b>	3 < 5
	2- 1001-2000	210	3,55	0,59			
	3- 2001-3000	228	3,51	0,56			
	4- 3001-4000	174	3,63	0,59			
	5- 4000+	163	3,72	0,52			
<b>Sağlık Algısı</b>	1- 500-1000	125	3,38	0,60	5,688	<b>0,000*</b>	3 < 4, 5
	2- 1001-2000	210	3,40	0,59			
	3- 2001-3000	228	3,34	0,58			
	4- 3001-4000	174	3,56	0,52			
	5- 4000+	163	3,54	0,55			
<b>Sağlık Kaygısı</b>	1- 500-1000	125	2,07	0,59	4,495	<b>0,001*</b>	2 > 4, 5
	2- 1001-2000	210	2,10	0,59			
	3- 2001-3000	228	2,02	0,54			
	4- 3001-4000	174	1,93	0,42			
	5- 4000+	125	1,91	0,48			

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.27’de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların gelir durumu ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilikleri, sağlık kaygısı ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05).

Gelir durumu 500-1000 tl arasında olanların sağlık arama davranışı, gelir durumu 4000 tl ve üzerinde olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 500-1000 tl olanların sağlık okuryazarlık oranları, gelir durumu 3001-4000 tl arasında olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 1001-2000 tl arasında olanların sağlık okuryazarlık oranları, 3001-4000 tl ve 4000 tl üzeri olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. 3001-4000 tl olanların sağlık okuryazarlığı ise 4000 tl ve üzeri geliri sahip olanlara oranla daha düşük çıkmıştır.

Gelir durumu 2001-3000 tl arasında olanların öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalaması, gelir durumu 3001-4000 tl ile 4000 tl ve üzeri olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Sağlık kaygı durumlarına baktığımızda, gelir durumu 1001-2000 tl arasında olanların kaygı ortalaması, 2001-3000 tl ve 3001-4000 tl arasında olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 3.28. Araştırmaya dâhil olanların aile yapısı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Aile Yapısı	n	ort	ss	t	p
<b>Sağlık Arama Davranışı</b>	Çekirdek Aile	754	3,13	0,65	0,065	0,948
	Geniş Aile	146	3,13	0,69		
<b>Sağlık Okuryazarlık</b>	Çekirdek Aile	754	3,88	0,60	1,680	0,093
	Geniş Aile	146	3,79	0,63		
<b>Öz Yeterlilik</b>	Çekirdek Aile	754	3,60	0,57	1,060	0,289
	Geniş Aile	146	3,54	0,58		
<b>Sağlık Algısı</b>	Çekirdek Aile	754	3,44	0,56	-0,104	0,917
	Geniş Aile	146	3,44	0,61		
<b>Sağlık Kaygısı</b>	Çekirdek Aile	754	1,99	0,53	-2,020	0,44
	Geniş Aile	146	2,09	0,58		

Çizelge 3.28’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların aile yapısı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Araştırmaya dâhil olanların aile yapısı ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, özyeterlilikleri, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).



Çizelge 3.29. Araştırmaya dâhil olanların kronik hastalık durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Kronik Hastalık	n	ort	ss	t	p																																									
Sağlık Arama Davranışı	Var	250	3,03	0,68	-2,871	<b>0,004*</b>																																									
	Yok	650	3,17	0,65			Sağlık Okuryazarlık	Var	250	3,76	0,62	-3,265	<b>0,001*</b>	Yok	650	3,91	0,59	Öz Yeterlilik	Var	250	3,57	0,55	-0,726	0,468	Yok	650	3,60	0,58	Sağlık Algısı	Var	250	3,40	0,56	-1,387	0,166	Yok	650	3,46	0,58	Sağlık Kaygısı	Var	250	2,16	0,65	5,199	<b>0,000*</b>	Yok
Sağlık Okuryazarlık	Var	250	3,76	0,62	-3,265	<b>0,001*</b>																																									
	Yok	650	3,91	0,59			Öz Yeterlilik	Var	250	3,57	0,55	-0,726	0,468	Yok	650	3,60	0,58	Sağlık Algısı	Var	250	3,40	0,56	-1,387	0,166	Yok	650	3,46	0,58	Sağlık Kaygısı	Var	250	2,16	0,65	5,199	<b>0,000*</b>	Yok	650	1,95	0,47								
Öz Yeterlilik	Var	250	3,57	0,55	-0,726	0,468																																									
	Yok	650	3,60	0,58			Sağlık Algısı	Var	250	3,40	0,56	-1,387	0,166	Yok	650	3,46	0,58	Sağlık Kaygısı	Var	250	2,16	0,65	5,199	<b>0,000*</b>	Yok	650	1,95	0,47																			
Sağlık Algısı	Var	250	3,40	0,56	-1,387	0,166																																									
	Yok	650	3,46	0,58			Sağlık Kaygısı	Var	250	2,16	0,65	5,199	<b>0,000*</b>	Yok	650	1,95	0,47																														
Sağlık Kaygısı	Var	250	2,16	0,65	5,199	<b>0,000*</b>																																									
	Yok	650	1,95	0,47																																											

Çizelge 3.29'da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların kronik bir hastalığının olup olmaması ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır.

Kronik rahatsızlık olma durumu ile sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,05$ ). Kronik rahatsızlığı olmayanların sağlık arama davranışı ortalaması olanlara oranla daha yüksek çıkmıştır.

Kronik rahatsızlığı durumu ile sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir.

Kronik hasta olup olmama ile öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ). Sağlık kaygı durumu arasında ise anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Kronik hasta olanların kaygı ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.30. Araştırmaya dâhil olanların ailede kronik hastalık durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

Ailede Kronik Hastalık		n	ort	ss	t	p
Sağlık Arama Davranışı	Var	405	3,10	0,65	-1,028	0,304
	Yok	495	3,15	0,67		
Sağlık Okuryazarlık	Var	405	3,86	0,59	-0,270	0,787
	Yok	495	3,87	0,62		
Öz Yeterlilik	Var	405	3,64	0,55	2,557	0,11
	Yok	495	3,54	0,58		
Sağlık Algısı	Var	405	3,44	0,53	0,077	0,939
	Yok	495	3,44	0,61		
Sağlık Kaygısı	Var	405	2,01	0,57	0,237	0,813
	Yok	495	2,01	0,51		

Çizelge 3.30'da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların ailelerinde kronik rahatsızlık olma durumu ile ölçek ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre aile kronik rahatsızlık olma durumu ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.31. Araştırmaya dâhil olanların sürekli ilaç kullanma durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

Sürekli Kullanılan İlaç		n	ort	ss	t	p
Sağlık Arama Davranışı	Var	255	2,98	0,66	-4,352	<b>0,000*</b>
	Yok	645	3,19	0,65		
Sağlık Okuryazarlık	Var	255	3,75	0,63	-3,541	<b>0,000*</b>
	Yok	645	3,91	0,59		
Öz Yeterlilik	Var	255	3,57	0,55	-0,473	0,637
	Yok	645	3,59	0,58		
Sağlık Algısı	Var	255	3,40	0,54	-1,345	0,179
	Yok	645	3,46	0,58		
Sağlık Kaygısı	Var	255	2,13	0,67	4,460	<b>0,000*</b>
	Yok	645	1,96	0,47		

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.31'de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların sürekli ilaç kullanma durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında t testi analizi yapılmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İlaç kullanmayanların sağlık arama davranışı daha yüksek çıkmıştır. Sürekli ilaç

kullananların sağlık okuryazarlığı daha düşük çıkmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu ile öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ( $p>0,05$ ). Sağlık kaygısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullananların sağlık kaygı ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 3.32. Araştırmaya dâhil olanların hekime başvuru sayısı ile ölçekler arasında yapılan korelasyon analizi.

	1	2	3	4	5	6
<b>1- Hekime Başvuru Sayısı</b>						
<b>2-Sağlık Arama Davranışı</b>	r	-,008				
	p	,804				
<b>3-Sağlık Okuryazarlık</b>	r	-,091**	,409**			
	p	,006	,000			
<b>4-Öz Yeterlilik</b>	r	-,024	,113**	,309**		
	p	,470	,001	,000		
<b>5-Sağlık Algısı</b>	r	,002	,155**	,363**	,501**	
	p	,956	,000	,000	,000	
<b>6-Sağlık Kaygısı</b>	r	,170**	-,006	-,285**	-,223**	-,176**
	p	,000	,852	,000	,000	,000

\*\* $p<0,01$  \* $p<0,05$  n=900

Çizelge 3.32’de görüldüğü üzere katılımcıların son bir yıl içerisinde hekime başvurma sayısı ile ölçekler arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre hekime başvuru sayısı ile sağlık arama davranışı, öz yeterlilik ve sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gözlemlenmiştir ( $p>0,05$   $r = -0,008$ ,  $r = 0,024$ ,  $r = 0,002$ ).

Sağlık okuryazarlığı ile hekime başvuru sayısı arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$   $r=-0,091$ ). Bu sonuca göre okuryazarlık arttıkça hekime başvuru sayısı azalmaktadır. Sağlık kaygısı ile hekime başvuru sayısı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$   $r=-0,170$ ). Sağlık kaygısının artması hekime başvuru sayısını arttırmaktadır.

Çizelge 3.33. Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Cinsiyet	n	ort	ss	t	p
<b>Online Arama Dav.</b>	Erkek	484	2,49	,94	-4,257	<b>0,000*</b>
	Kadın	416	2,76	,93		
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Erkek	484	3,81	,90	-0,413	0,680
	Kadın	416	3,83	,85		
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Erkek	484	3,38	,96	-2,348	<b>0,019*</b>
	Kadın	416	3,53	,96		
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Erkek	484	3,04	,63	-4,068	0,000
	Kadın	416	3,22	,66		

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.33’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre cinsiyet ile online arama ve geleneksel arama ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Her iki sağlık arama davranışı yönteminde de kadınların ortalamaları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Cinsiyet ile profesyonel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Genel olarak baktığımızda kadınların sağlık arama davranışı ortalaması erkeklerden daha yüksektir.

Çizelge 3.34. Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Yaş	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
<b>Online Arama Dav.</b>	1- 18-25	291	2,82	0,86	24,675	<b>0,000*</b>	1 > 4 ve 5 2 > 4 ve 5 3 > 5 4 > 5
	2- 26-35	128	2,97	0,91			
	3- 36-45	144	2,71	0,97			
	4- 46-55	190	2,41	0,90			
	5- 56 +	147	2,08	0,91			
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	1- 18-25	291	3,67	0,85	4,132	<b>0,003*</b>	1 < 3
	2- 26-35	128	3,86	0,81			
	3- 36-45	144	3,98	0,86			
	4- 46-55	190	3,91	0,85			
	5- 56 +	147	3,86	1,01			
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	1- 18-25	291	3,36	0,89	3,301	<b>0,011*</b>	1 < 2
	2- 26-35	128	3,70	0,95			
	3- 36-45	144	3,51	0,99			
	4- 46-55	190	3,46	0,97			
	5- 56 +	147	3,35	1,08			
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	1- 18-25	291	3,17	0,64	13,984	<b>0,000*</b>	1 > 5 2 > 4, 5 3 > 5
	2- 26-35	128	3,38	0,62			
	3- 36-45	144	3,23	0,69			
	4- 46-55	190	3,05	0,64			
	5- 56 +	147	2,84	0,61			

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.34'de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların yaşı ile sağlık arama davranışı alt boyutları ortalamaları arasına bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Katılımcıların yaşı ile online arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farklılığın hangi değişkenlerden olduğunu tespit etmek için scheffe testi yapılmıştır. Bu test sonucuna göre; 18-25 ve 26-35 yaş aralığındakilerin online arama davranışı ortalaması, 46-55 ve 56 ve üstü yaş aralığındakilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı test sonucuna göre 36-45 ve 46-55 yaş aralığındakilerinde online arama davranışı 56 ve üstü yaş aralığındakilerden daha yüksektir.

Katılımcıların yaşı ile profesyonel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farklılığın hangi değişkenlerden

kaynaklandığını bulmak için scheffe testi yapılmıştır. Test sonucuna göre 18-25 yaş aralığındakilerin profesyonel arama davranışı ortalaması, 36-45 yaş aralığındakilerin ortalamalarından daha düşük çıkmıştır.

Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi değişkenlerden olduğunu tespit edebilmek için scheffe testi yapılmıştır. Test sonucuna göre, 18-25 yaş aralığındakilerin geleneksel arama davranışı ortalaması, 26-35 yaş aralığındakilerin ortalamalarından daha düşük çıkmıştır.

Genel sağlık arama davranışı ortalaması baktığımızda gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi değişkenlerden olduğunu tespit etmek için scheffe testi yapılmıştır. 18-25 yaş aralığındakilerin arama davranışı 56 yaş ve üstüne göre daha fazladır. 26-35 yaş aralığındakilerin ortalamaları 36-45 ve 46-55 yaş aralığındakilerden da fazladır. 36-45 yaş aralığındakilerin ortalamaları 56 yaş ve üzeridekilerden daha fazladır.

Çizelge 3.35. Araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Medeni Durum	n	ort	ss	t	p
<b>Online Arama Dav.</b>	Evli	522	2,51	0,97	-4,128	<b>0,000*</b>
	Bekâr	378	2,77	0,90		
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Evli	522	3,91	0,90	3,537	<b>0,000*</b>
	Bekâr	378	3,71	0,85		
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Evli	522	3,48	1,01	1,061	0,289
	Bekâr	378	3,41	0,92		
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Evli	522	3,10	0,66	-1,379	0,168
	Bekâr	378	3,16	0,65		

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.35’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutları ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların medeni durumu online arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bekar olanların online arama davranışı ortalaması evli olanlara göre daha fazla çıkmıştır.

Medeni durum ile profesyonel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Evli olanların profesyonel arama davranışı

ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Medeni durum ile geleneksel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

Genel olarak baktığımızda medeni durum ile sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.36. Araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda varyans analizi.

	Eğitim Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe/Gammes-Howell)
<b>Online Arama Dav.</b>	1-Okuryazar değil	18	1,49	0,76	26,865	<b>0,000*</b>	1 < 2, 3, 4, 5, 6 2 < 3, 4, 5, 6 3 < 4, 5
	2-İlkokul	220	2,16	0,86			
	3-Lise	147	2,55	0,93			
	4-Ön-lisans	88	2,87	0,84			
	5-Lisans	397	2,85	0,87			
	6-Lisansüstü	30	3,12	1,15			
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	1-Okuryazar değil	18	3,81	1,04	3,483	<b>0,004*</b>	3 > 5
	2-İlkokul	220	3,94	0,91			
	3-Lise	147	4,00	0,84			
	4-Ön-lisans	88	3,80	0,80			
	5-Lisans	397	3,70	0,88			
	6-Lisansüstü	30	3,89	0,73			
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	1-Okuryazar değil	18	3,35	0,90	2,099	0,063	
	2-İlkokul	220	3,36	1,00			
	3-Lise	147	3,67	0,90			
	4-Ön-lisans	88	3,38	0,98			
	5-Lisans	397	3,45	0,95			
	6-Lisansüstü	30	3,32	1,25			
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	1-Okuryazar değil	18	2,54	0,48	11,425	<b>0,000*</b>	1 < 3,4,5, 6 2 < 3, 4, 5, 6
	2-İlkokul	220	2,90	0,59			
	3-Lise	147	3,19	0,63			
	4-Ön-lisans	88	3,23	0,61			
	5-Lisans	397	3,21	0,66			
	6-Lisansüstü	30	3,36	0,89			

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.36'da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutları arasında, bağımsız gruplarda varyans analizi yapılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumu ile online arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını

belirlemek için scheffe testi yapılmıştır. Okuryazar olmayanların ve ilkokul mezunlarının online arama davranışı ortalaması; lise, önlisans, lisans ve lisansüstü eğitim alanların ortalamasından daha düşüktür.

Eğitim durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Farklılığın hangi değişkenlerde olduğunu tespit edebilmek için games-howel testi yapılmıştır. Lise mezunlarının profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması lisans mezunlarının ortalamasından daha düşüktür.

Eğitim durumu ile geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ).

Genel olarak bakıldığında sağlık eğitim durumu ile sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Okuryazar ve ilkokul mezunlarının sağlık arama davranış ortalaması; ilkokul, lise, önlisans ve lisans mezunlarının ortalamasından daha düşüktür.

Çizelge 3.37. Araştırmaya dâhil olanların gelir durumu ile sağlık arama davranışı ölçüğü alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda varyans analizi.

	Gelir Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
<b>Online Arama Dav.</b>	1- 500-1000	125	2,59	0,93	7,033	<b>0,000*</b>	2 < 4 ve 5 3 < 5
	2- 1001-2000	210	2,40	1,01			
	3- 2001-3000	228	2,55	0,91			
	4- 3001-4000	174	2,74	0,89			
	5- 4000+	163	2,88	0,92			
<b>Profesyonel Arama Dav</b>	1- 500-1000	125	3,71	0,89	1,948	0,101	
	2- 1001-2000	210	3,92	0,89			
	3- 2001-3000	228	3,90	0,83			
	4- 3001-4000	174	3,78	0,91			
	5- 4000+	163	3,75	0,88			
<b>Geleneksel Arama Dav</b>	1- 500-1000	125	3,21	0,97	3,246	<b>0,012*</b>	1 < 4
	2- 1001-2000	210	3,50	1,01			
	3- 2001-3000	228	3,43	0,88			
	4- 3001-4000	174	3,60	1,00			
	5- 4000+	163	3,44	0,98			
<b>Toplam Sağlık Arama Dav..</b>	1- 500-1000	125	3,02	0,64	3,423	<b>0,09*</b>	1 < 5
	2- 1001-2000	210	3,05	0,68			
	3- 2001-3000	228	3,11	0,62			
	4- 3001-4000	174	3,21	0,71			
	5- 4000+	163	3,24	0,62			

n=900 \*P<0,05



Çizel 3.37’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların gelir durumu ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutlarına ait varyans analiz verilmiştir. Analiz sonucuna göre gelir durumu ile online arama davranışı ve geleneksel arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi değişkenlerden olduğunu tespit etmek için scheffe testi yapılmıştır. Gelir durumu 1001 tl ile 2000 tl arasında olanların, geliri 3001-4000 tl ve 4000 tl üzerinde olanlara göre online arama davranışını daha düşük çıkmıştır. Yine gelir durumu 2001-3000 tl arasında olanların ortalaması 4000 tl üzerinde olanlara göre daha düşük online arama yaptıkları tespit edilmiştir. Gelir durumu 500-1000 tl olanların geleneksel arama davranışı ortalaması gelir durumu 3001 ve 4000 tl arasında olanlara göre daha düşük çıkmıştır.

Genel olarak bakıldığında gelir durumu ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit edebilmek için scheffe testi yapılmıştır. Gelir durumu 500-1000 tl arasında olanların sağlık arama davranışı ortalaması gelir durumu 4000 tl ve üzerinde olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.38. Araştırmaya dâhil olanların çalışma durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız grupta t testi analizi.

	Çalışma Durumu	n	ort	ss	t	p
<b>Online Arama Dav.</b>	Çalışıyor	484	2,55	0,98	-2,379	<b>0,018*</b>
	Çalışmıyor	416	2,70	0,90		
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Çalışıyor	484	3,88	0,90	1,919	0,055
	Çalışmıyor	416	3,77	0,86		
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Çalışıyor	484	3,46	1,00	0,415	0,678
	Çalışmıyor	416	3,44	0,93		
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Çalışıyor	484	3,11	0,66	-0,904	0,366
	Çalışmıyor	416	3,15	0,65		

n=900 \* $P<0,05$

Çizelge 3.38’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların çalışma durumu ile sağlık davranışı alt boyutları ortalamaları arasında bağımsız grupta t testi analiz yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, çalışma durumu ile online arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışanların online arama davranışı ortalaması çalışmayanlara göre daha düşük çıkmıştır.

Araştırmaya dâhil olanların çalışma durumu ile profesyonel arama, geleneksel arama ve genel olarak sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.39. Araştırmaya dâhil olanların aile yapısı ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Aile yapısı	n	ort	ss	t	p
<b>Online Arama Dav.</b>	Çekirdek Aile	754	2,6028	,94543	-1,092	0,275
	Geniş Aile	146	2,6963	,95786		
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Çekirdek Aile	754	3,8497	,87365	1,785	0,075
	Geniş Aile	146	3,7078	,90794		
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Çekirdek Aile	754	3,4602	,96644	0,692	0,489
	Geniş Aile	146	3,3995	,98853		
<b>Toplam Sağlık Arama Dav..</b>	Çekirdek Aile	754	3,1289	,65300	0,258	0,948
	Geniş Aile	146	3,1250	,68929		

Çizelge 3.39'da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların aile yapısı ile sağlık arama davranışı alt boyutları ortalaması arasında bağımsız gruplarda t testi analiz yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre aile yapısı ile online sağlık arama, profesyonel sağlık arama ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.40. Araştırmaya dâhil olanların kronik hastalık durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Kronik Hastalık	n	ort	ss	t	p
<b>Online Arama Dav.</b>	Var	250	2,44	0,98	-3,476	<b>0,001*</b>
	Yok	650	2,69	0,93		
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Var	250	3,87	0,85	0,845	0,398
	Yok	650	3,81	0,89		
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Var	250	3,36	1,05	-1,787	0,074
	Yok	650	3,49	0,93		
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Var	250	3,03	0,68	-2,871	<b>0,04*</b>
	Yok	650	3,17	0,65		

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.40'da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların kronik hastalığa sahip olma olma durumu ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutları ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonularına göre kronik hastalık olma durumu ile online sağlık arama davranışı ortalaması

arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olanların ortalaması olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır.

Kronik hastalık durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p<0,05$ ).

Genel olarak bakıldığında kronik hastalığa sahip olma durumu ile sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olmayanların sağlık arama davranışı ortalaması olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.41. Araştırmaya dâhil olanların ailede kronik hastalık durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi analizi.

Ailenizde Kronik Hastalığı		n	ort	ss	t	p
Online Arama Dav.	Var	405	2,56	0,93	-1,529	0,127
	Yok	495	2,66	0,96		
Profesyonel Arama Dav.	Var	405	3,82	0,89	-0,162	0,871
	Yok	495	3,83	0,87		
Geleneksel Arama Dav.	Var	405	3,46	0,98	0,341	0,733
	Yok	495	3,44	0,96		
Toplam Sağlık Arama Dav.	Var	405	3,10	0,65	-1,028	0,304
	Yok	495	3,15	0,67		

Çizelge 3.41’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların ailesinde kronik rahatsızlık olma durumu ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre ailede kronik rahatsızlık olma durumu ile online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.42. Araştırmaya dâhil olanların sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Sürekli Kullanılan İlaç	n	ort	ss	t	p																														
<b>Online Arama Dav.</b>	Var	255	2,38	0,95	-4,800	<b>0,000*</b>																														
	Yok	645	2,71	0,93			<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Var	255	3,84	0,91	0,353	0,724	Yok	645	3,82	0,87	<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Var	255	3,31	1,03	-2,660	<b>0,008*</b>	Yok	645	3,51	0,94	<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Var	255	2,98	0,66	-4,352	<b>0,000 *</b>	Yok
<b>Profesyonel Arama Dav.</b>	Var	255	3,84	0,91	0,353	0,724																														
	Yok	645	3,82	0,87			<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Var	255	3,31	1,03	-2,660	<b>0,008*</b>	Yok	645	3,51	0,94	<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Var	255	2,98	0,66	-4,352	<b>0,000 *</b>	Yok	645	3,19	0,65								
<b>Geleneksel Arama Dav.</b>	Var	255	3,31	1,03	-2,660	<b>0,008*</b>																														
	Yok	645	3,51	0,94			<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Var	255	2,98	0,66	-4,352	<b>0,000 *</b>	Yok	645	3,19	0,65																			
<b>Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	Var	255	2,98	0,66	-4,352	<b>0,000 *</b>																														
	Yok	645	3,19	0,65																																

n=900 \*P<0,05

Çizelge 3.42’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık arama davranışı ölçeğinin alt boyutları ortalaması arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sürekli ilaç kullanma durumu ile online sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullanmayanların online arama davranışı ortalaması ilaç kullanmayanlara göre dah yüksek çıkmıştır.

Sürekli ilaç kullanma durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullanmayanların ortalaması kullananlara göre daha yüksektir.

Genel olarak bakıldığında sağlık arama davranışı ortalaması ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İlaç kullanmayanların ortalaması kullananlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Çizelge 3.43. Araştırmaya dâhil olanların hekime başvuru sayısı ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

	1	2	3	4
<b>1- Hekime Başvuru Sayısı</b>				
<b>2-Online Arama Dav.</b>	r	-,068*		
	p	,040		
<b>3-Profesyonel Arama Dav.</b>	r	,071*	,152**	
	p	,032	,000	
<b>4-Geleneksel Arama Dav.</b>	r	,032	,239**	,146**
	p	,340	,000	,000
<b>5- Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	r	-,014	,858**	,497**
	p	,683	,000	,000

\*\*p<0,01 \*p<0,05 n=900

Çizelge 3.43’de görüldüğü üzere katılımcıların bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Hekime başvuru sayısı ile online sağlık arama davranışı arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ,  $r=-0,068$ ). Online arama davranışı arttıkça hekime başvuru sayısı azalmaktadır.

Hekime başvuru sayısı ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük ilişki vardır ( $p<0,05$ ,  $r=0,071$ ). Hekime başvuru sayısı arttıkça profesyonel sağlık arama davranışı da artmaktadır. Geleneksel sağlık arama davranışı ile hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Genel olarak bakıldığında sağlık arama davranışı ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

### 3.3 Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Alt Boyutları İle Sağlık Okuryazarlığı, Özyeterlilik, Sağlık Algısı ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.44. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1- Toplam Sağlık Arama Dav..</b>								
<b>2-Online Arama Dav.</b>	r ,858**							
	p ,000							
<b>3-Profesyonel Arama Dav.</b>	r ,497**	,152**						
	p ,000	,000						
<b>4-Geleneksel Arama Dav.</b>	r ,589**	,239**	,146**					
	p ,000	,000	,000					
<b>5- Bilgiye Erişim</b>	r ,335**	,357**	,104**	,116**				
	p ,000	,000	,002	,000				
<b>6-Bilgiyi Anlama</b>	r ,391**	,441**	,073*	,135**	,613**			
	p ,000	,000	,029	,000	,000			
<b>7-Bilgiyi Değerlendirme</b>	r ,359**	,358**	,183**	,110**	,570**	,666**		
	p ,000	,000	,000	,001	,000	,000		
<b>8-Bilgiyi Kullanma</b>	r ,206**	,125**	,289**	,052	,390**	,376**	,576*	
	p ,000	,000	,000	,116	,000	,000	,000	
<b>9-Sağlık Okuryazarlık</b>	r ,409**	,414**	,187**	,132**	,787**	,856**	,887*	,682**
	p ,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

\*\*p<0,01 \*p<0,05 n=900

Çizelge 3.44’de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlık arama davranışı alt boyutları ile sağlık okuryazarlık alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Online sağlık arama davranışı ile bilgiye erişim ( $r=0,357$ ), bilgiyi anlama ( $r=0,441$ ), bilgiyi değerlendirme ( $r=0,358$ ) ve bilgiyi kullanma ( $r=0,125$ ) arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$ )

Profesyonel sağlık arama davranışı ile bilgiye erişim ( $r=0,104$ ), bilgiyi anlama ( $r=0,73$ ), bilgiyi değerlendirme ( $r=0,183$ ) ve bilgiyi kullanma ( $r=0,289$ ) arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ).

Geleneksel sağlık arama davranışı ile bilgiye erişim ( $r=0,116$ ), bilgiyi anlama ( $r=0,135$ ) ve bilgiyi değerlendirme ( $r=0,110$ ) arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). Geleneksel arama ile bilgiyi kullanma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.45. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ile öz yeterlilik alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1- Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	r								
<b>2-Online Arama Dav.</b>	r	,858**							
	p	,000							
<b>3-Profesyonel Arama Dav.</b>	r	,497**	,152**						
	p	,000	,000						
<b>4-Geleneksel Arama Dav.</b>	r	,589**	,239**	,146**					
	p	,000	,000	,000					
<b>5-Davranışa Başlama</b>	r	,032	-,030	,080*	,072*				
	p	,337	,375	,016	,030				
<b>6-Davranışa Sürdürme</b>	r	,019	-,024	,023	,079*	,697**			
	p	,560	,470	,493	,017	,000			
<b>7-Davranışa Tamamlama</b>	r	,208**	,150**	,153**	,135**	,248**	,286**		
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
<b>8-Engellerle Mücadele</b>	r	,139**	,117**	,118**	,042	,067*	,065	,522**	
	p	,000	,000	,000	,209	,045	,051	,000	
<b>9-Öz Yeterlilik</b>	r	,113**	,044	,115**	,116**	,837**	,834**	,638**	,400**
	p	,001	,184	,001	,001	,000	,000	,000	,000

\*\* $p<0,01$  \* $p<0,05$   $n=900$

Çizelge 3.45’de görüldüğü üzere sağlık okuryazarlık alt boyutları ile öz yeterlilik alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre online sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik alt boyutlarından, davranışa başlama ve davranışı sürdürme boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Online sağlık arama davranışı ile davranışı tamamlama ( $r=0,150$ ) ve engellerle mücadele ( $r=0,117$ ) arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). Genel olarak bakıldığında öz yeterlilik ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Profesyonel sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik alt boyutlarından, davranışı sürdürme alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir

( $p>0,05$ ). Öz yeterlilik alt boyutlarından, davranışa başlama ( $r=0,80$ ), davranışı tamamlama ( $r=153$ ) ve engellerle mücadele ( $0,118$ ) arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$   $p<0,005$ ). Genel olarak bakıldığında profesyonel arama davranışı ile öz yeterlilik arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Geleneksel sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik alt boyutlarından, davranışa başlama ( $r=0,072$ ), davranışı sürdürme ( $r=0,079$ ) ve davranışı tamamlama ( $r=0,135$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$   $p<0,005$ ). Profesyonel sağlık arama davranışı ile engellerle mücadele arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Genel olarak bakıldığında öz yeterlilik ile geleneksel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Çizelge 3.46. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ile sağlık algısı alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1- Toplam Sağlık Arama Dav.</b>	r							
<b>2-Online Arama Dav.</b>	r	,858**						
	p	,000						
<b>3-Profesyonel Arama Dav.</b>	r	,497**	,152**					
	p	,000	,000					
<b>4-Geleneksel Arama Dav.</b>	r	,589**	,239**	,146**				
	p	,000	,000	,000				
<b>5- Kontrol Merkezi</b>	r	,035	,023	,025	,026			
	p	,296	,483	,455	,428			
<b>6-Kesinlik</b>	r	-,011	,013	-,025	-,033	,286**		
	p	,731	,703	,445	,324	,000		
<b>7-Sağlık Önem</b>	r	,251**	,156**	,279**	,124**	,099**	,046	
	p	,000	,000	,000	,000	,003	,168	
<b>8-Öz farkındalık</b>	r	,238**	,204**	,133**	,128**	,239**	,093**	,468**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000
<b>9-Sağlık Algısı</b>	r	,155**	,119**	,128**	,072*	,758**	,634**	,522**
	p	,000	,000	,000	,031	,000	,000	,000

\*\* $p<0,01$  \* $p<0,05$   $n=900$

Çizelge 3.46'da görüldüğü üzere sağlık arama davranışı alt boyutları ile sağlık algısı alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Online sağlık arama davranışı ile sağlık algısı alt boyutlarından, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları



arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Sağlık arama davranışı ile sağlığa verilen önem ( $r=0,156$ ) ve öz farkındalık ( $r=0,204$ ) arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). Genel olarak bakıldığında sağlık algısı ile online sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,01$   $r=0,119$ ).

Profesyonel sağlık arama davranışı ile sağlık algısı boyutlarından kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Profesyonel sağlık arama davranışı ile sağlığa verilen önem ( $r=279$ ) ve öz farkındalık ( $r=133$ ) arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ).

Geleneksel sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik alt boyutlarından, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ). Geleneksel sağlık arama davranışı ile sağlığa verilen önem ( $r=0,124$ ) ve öz farkındalık ( $r=0,128$ ) arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Geleneksel sağlık arama davranışı ile sağlık algısı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır ( $p<0,05$   $r=0,072$ ).

Çizelge 3.47. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

	1	2	3	4	5	6	
<b>1- Toplam Sağlık Arama Dav.</b>							
<b>2-Online Arama Dav.</b>	r	,858**					
	p	,000					
<b>3-Profesyonel Arama Dav.</b>	r	,497**	,152**				
	p	,000	,000				
<b>4-Geleneksel Arama Dav.</b>	r	,589**	,239**	,146**			
	p	,000	,000	,000			
<b>5-Ruhsal Durum</b>	r	,017	-,029	,016	,089**		
	p	,602	,393	,636	,008		
<b>6-Ciddi Durum</b>	r	-,065	-,093**	-,036	,037	,546**	
	p	,050	,005	,278	,268	,000	
<b>7-Sağlık Kaygısı</b>	r	-,006	-,051	,001	,082*	,966**	,744**
	p	,852	,124	,965	,014	0,000	,000

\*\* $p<0,01$  \* $p<0,05$   $n=900$

Çizelge 3.47'de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı alt boyutları sağlık kaygısı alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Online sağlık arama davranışı ile ruhsal durum arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

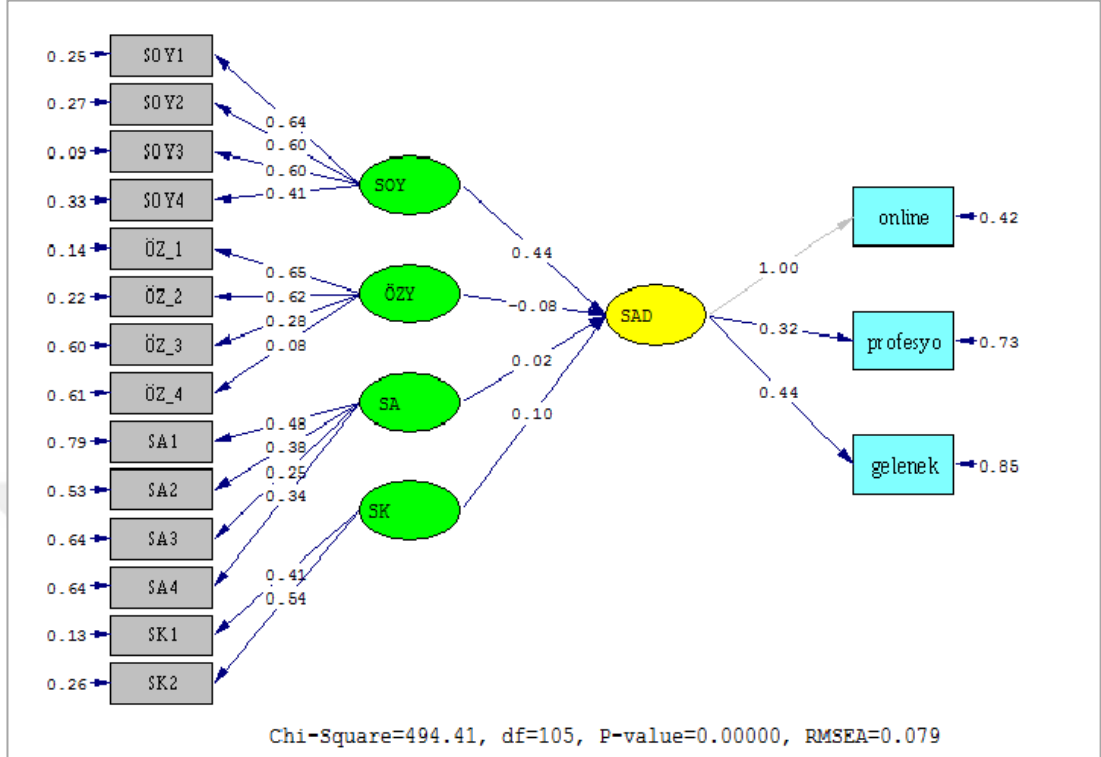
Online sağlık arama davranışı ile ciddi durum arasında negatif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,01$  ( $r = -0,093$ ). Genel olarak bakıldığında sağlık kaygısı ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0,05$ ).

Profesyonel sağlık arama davranışı ile sağlık algısı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ).

Geleneksel sağlık arama davranışı ile ruhsal durum arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,01$   $r = 0,089$ ). Geleneksel sağlık arama davranışı ile ciddi durum arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ). Genel olarak bakıldığında sağlık kaygısı ile geleneksel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,01$   $r = 0,082$ ).



### 3.4. Sağlık Arama Davranışı Etki Eden Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular



Şekil 3.1. Yapsal eşitlik modeli model-1 (SOY= Sağlık okuryazarlık, ÖZY= Öz yeterlilik, SA Sağlık Algısı, SK= Sağlık kaygısı, SAD= Sağlık arama davranışı).

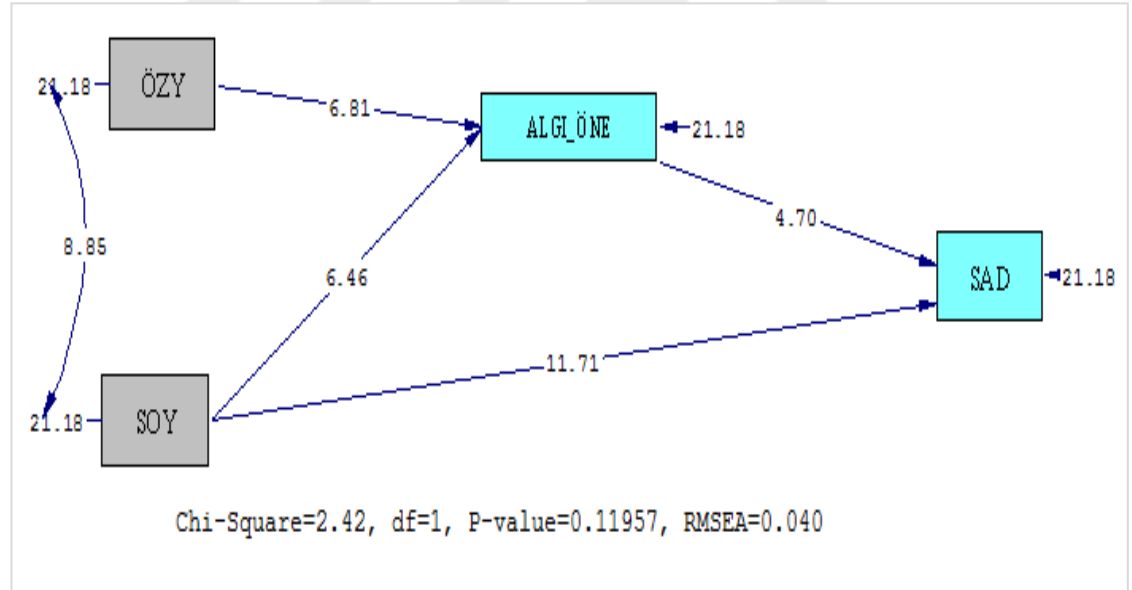
Şekil 3.1’de sağlık arama davranışını etkilediği düşünülen faktörlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı, sağlık kaygısına ait model verilmiştir. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık kaygısı sağlık arama davranışını etkilemektedir ( $t=6,14$ ;  $t=2,78$ ). Öz yeterlilik ve sağlık algısının sağlık arama davranışı üzerinde etkisi yoktur ( $t=0,65$ ;  $t=0,12$ ). Fakat bu dört ölçeğin sağlık arama davranışını birlikte etkilediği gözlemlenmiştir. Bu modele ait uyum iyiliği indeksleri çizelge 3.48’de verilmiştir.

Çizelge 3.48. Sağlık arama davranışını etkileyen etmenler (Model-1 uyum iyiliği indeksleri).

Uyum İyiliği İstatistikleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model Değerleri
1. Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)	$0 \leq X^2/df \leq 3$	$3 \leq X^2/df \leq 5$	4,70
3.Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,079
4. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	<b>0,92</b>
5. Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,92
6.Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.88
7. Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.91
8.Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)			0.048

Kaynak: (Schermele-Engel-Moosbrugger 2003).

Çizelge 3.48’de sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden sağlık okuryazarlık, özyeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısına ait uyum iyiliği indeksleri verilmiştir. Bu sonuçlara göre Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)=4,70; RMSEA=0,079; CFI=0,92; GFI=0,92; AGFI=0,88; NFI=0,91 ve RMR=0,048 olarak belirlenmiştir. Bu durumda Hipotez 1 kabul edilmiştir.



Şekil 3.2. Yapsal eşitlik modeli model-2 (ÖZY= Öz yeterlilik, SOY= Sağlık okuryazarlık, SA\_ÖNE= Sağlık Algısı (sağlığa önem verme), SAD= Sağlık arama davranışı).

Şekil 3.2’de sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık algısının önemine ait model verilmiştir. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi ile öz yeterlilik düzeyi birlikte bireyin sağlığa verdiği önemi etkilemektedir ( $t= 6,81$ ;  $t=6,46$ ). Bu etkileme sonucu

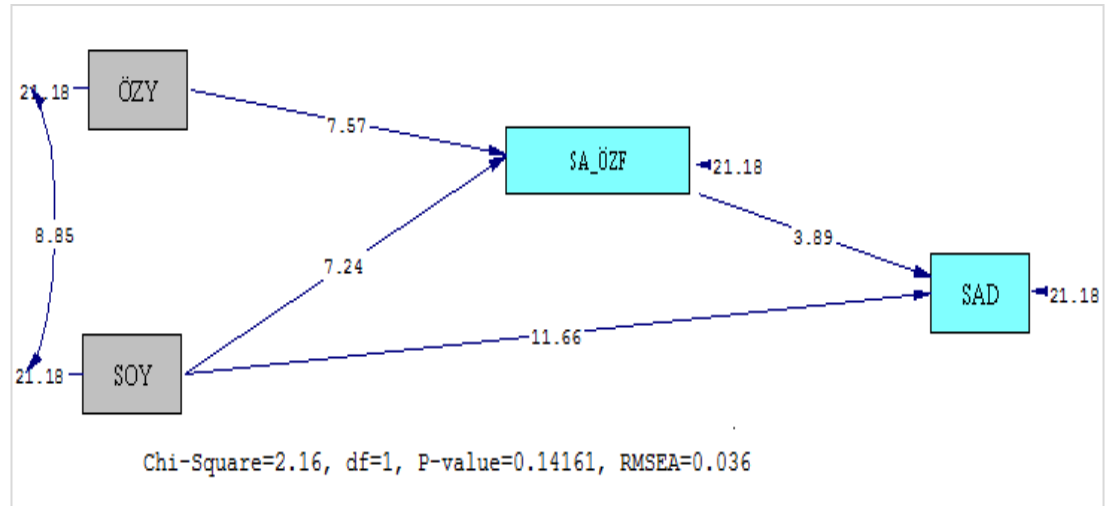
bireylerin sağlığa verdiği önem artmakta olup bu artış sağlık arama davranışını pozitif etkilemektedir ( $t=4.70$ ) Bu modele ait uyum iyiliği indeksleri çizelge 3.49'da verilmiştir.

Çizelge 3.49. Sağlık arama davranışını etkileyen etmenler (Model-2 uyum iyiliği indeksleri).

Uyum İyiliği İstatistikleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model Değerleri
1. Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)	$0 \leq X^2/df \leq 3$	$3 \leq X^2/df \leq 5$	2,42
3.Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,040
4. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0,996
5. Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,93
6.Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.99
7. Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.994
8.Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)			0.014

Kaynak: Schermelleh-Engel-Moosbrugger (2003).

Çizelge 3.49'da sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık algısının önemine ait uyum iyiliği sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)=2,42; RMSEA=0,040; CFI=0,996; GFI=0,93; AGFI=0,99; NFI=0,994 ve RMR=0,014 olarak belirlenmiştir. Bu durumda Hipotez 2 kabul edilmiştir.



Şekil 3.3. Yapsal eşitlik modeli model-3, (ÖZY= Öz yeterlilik, SOY= Sağlık okuryazarlık, SA\_ÖZF= Sağlık Algısı (sağlık öz farkındalık), SAD= Sağlık arama davranışı).

Şekil 3.3'de sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık algısının farkındalığına ait model verilmiştir.

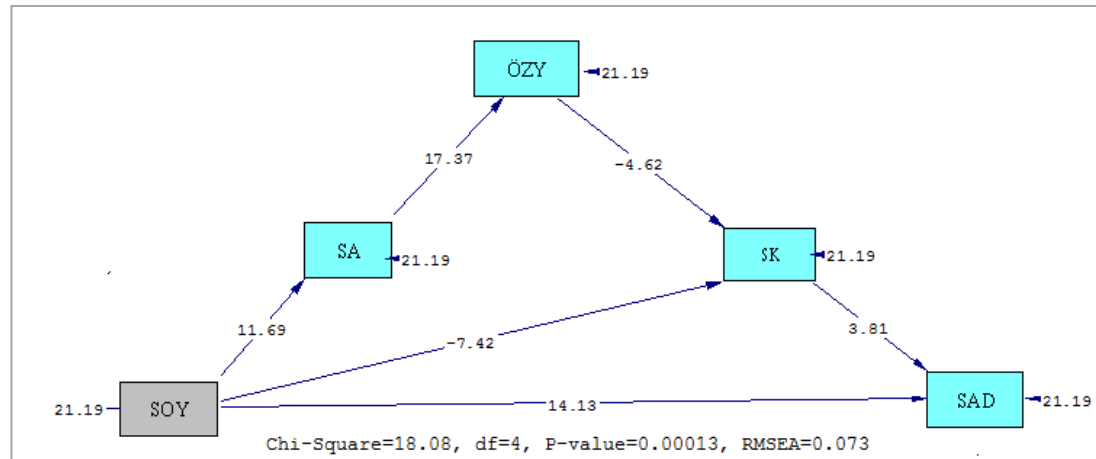
Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi ile öz yeterlilik düzeyi birlikte bireyin sağlık farkındalığını etkilemektedir ( $t=7,57$ ;  $t=7,24$ ) Bu etkileme sonucu bireylerin sağlık farkındalığı artmakta olup bu artış sağlık arama davranışını pozitif etkilemektedir ( $t=3,89$ ). Bu modele ait uyum iyiliği indeksleri çizelge 3.50’de verilmiştir.

Çizelge 3.50. Sağlık arama davranışını etkileyen etmenler (Model-3 uyum iyiliği indeksleri).

Uyum İyiliği İstatistikleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model Değerleri
1. Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)	$0 \leq X^2/df \leq 3$	$3 \leq X^2/df \leq 5$	2,16
3.Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,036
4. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0,997
5. Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,94
6.Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0,99
7. Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,995
8.Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)			0.013

Kaynak: (Schermelleh-Engel-Moosbrugger 2003).

Çizelge 3.50’de sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık algısının farkındalığına ait uyum iyiliği sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)=2,16; RMSEA=0,036; CFI=0,997; GFI=0,94; AGFI=0,99; NFI=0,995 ve RMR=0,013 olarak belirlenmiştir. Bu durumda Hipotez 3 kabul edilmiştir.



Şekil 3.4. Yapsal eşitlik modeli model-4, (ÖZY= Öz yeterlilik, SOY= Sağlık okuryazarlık, SA = Sağlık Algısı SAD= Sağlık arama davranışı SK= Sağlık kaygısı).

Şekil 3.4'te sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık kaygısı ve sağlık algısının farkındalığına ait model verilmiştir. Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık algısına etki etmektedir ( $t=11.69$ ). Sağlık algısı bireyin öz yeterliliğine etki etmektedir ( $t=17.37$ ). Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı bireyin kaygı düzeyini negatif etkilemektedir ( $t= -4,62$ ;  $t= -7,42$ ). Sağlık kaygısı ise bireyin arama davranışını etkilemektedir ( $t= 3,81$ ). Bu modele ait uyum iyiliği indeksleri çizelge 3.51'de verilmiştir.

Çizelge 3.51. Sağlık arama davranışını etkileyen etmenler (Model-4 uyum iyiliği indeksleri).

Uyum İyiliği İstatistikleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model Değerleri
1. Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)	$0 \leq X^2/df \leq 3$	$3 \leq X^2/df \leq 5$	4,52
3.Ortalama Hata Karekök Değeri (RMSEA)	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,073
4. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0,97
5. Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,99
6.Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0,96
7. Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (NFI)	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,97
8.Kök Artık kareler Ortalaması (RMR)			0.013

Kaynak: (Schermelleh-Engel-Moosbrugger 2003).

Çizelge 3.51'de görüldüğü üzere, sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerden sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık algısının farkındalığına ait uyum iyiliği sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre Ki-Kare ( $X^2$ ) /Serbestlik Derecesi (df)=4,52; RMSEA=0,073; CFI=0,97; GFI=0,99; AGFI=0,96; NFI=0,97 ve RMR=0,013 olarak belirlenmiştir. Bu durumda Hipotez 4 ve 5 kabul edilmiştir.

## 4. TARTIŞMA

Bireyler herhangi bir rahatsızlık veya hastalık durumunda bu problemlerini gidermek için bir arayış içine girebilirler. Bireylerin bu hastalıklarını veya rahatsızlıklarını algılama biçimi, bu arayışı etkileyebilir. Hastalıklarını algılama biçimini de sosyo-demografik, kültürel ve ekonomik gibi birçok faktörden etkilemektedir. Bu araştırmada, kişilerin öz yeterliliklerinin, sağlık okuryazarlıklarının, sağlık kaygılarının ve sağlık algılarının sağlık arama davranışı üzerindeki etkileri incelenmiştir.

### 4.1. Araştırmanın Demografik Bulgularına Ait Tartışma

Araştırmaya katılanların %53,8'i erkek %46,2'si kadın olup %58'i evlidir. Katılımcıların %32,3'ü 18-25 yaş aralığında, %14,2'si 26-35 yaş aralığında, %16'sı 36-45 yaş aralığında, %21,1'i 46-55 aralığında ve %16,3'ü 56 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakacak olursak %2'si okuryazar değil, %24,4'ü ilkokul, %16,3'ü lise, %9,8'i önlisans, %44,1'i lisans, %3,3 ise lisansüstü mezundur. Katılımcıların %53,8'i çalışıyor. Gelir durumuna bakıldığında; % 13,9'u 500-1000 arası, %23,3'ü 1001-2000 arası, %25,3'ü 2001-3000 arası, %19,3'ü 3001-4000 arası ve %18,1'i ise 4000 üzeri gelire sahiptir. Katılımcıların %83,8'i çekirdek aile, %16,2'si geniş ailedir. %84,7'si ailesiyle yaşıyor, %1'i akrabalarıyla, %11,7'si arkadaşlarıyla, %2,7'si ise yalnız yaşamaktadır.

Katılımcıların %27,8'i kronik bir hastalığa sahip olup, ailelerinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %45'dir. Kronik rahatsızlık tüm dünyada artmaktadır. Dünya'da ve Türkiye'de ölümlerin çoğunluğu kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi başlıca kronik hastalıklardan ölmekte olup bu sayı tüm ölümlerin %71'ni oluşturmaktadır (TÜSEB 2019). Türkiye İstatistik Enstitüsü (TUİK) tarafından ilan edilen 2017 verilerine göre Türkiye'de 20 yaş ve üzeri yetişkin nüfus içinde 8.5 milyon kişinin diyabet, 15.8 milyon kişinin hipertansiyon ve 17.5 milyon kişinin obezite gibi kronik hastalıklar nedeniyle çeşitli sağlık sorunlarına maruz kaldığı görülmektedir (TÜSEB 2019). Kronik hastalıkların yaş ilerledikçe arttığı görülmektedir (Bilir 2006, Öner 2014, Kurt ve ark, Sözen ve ark 2014). Bu araştırmada kronik hastalık ile yaş arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kronik



hastalığı olanların % 31'i, 46-55 yaş aralığında olup, % 36'sı ise 56 yaş ve üstündedir. Cinsiyet ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların %58'i kadın iken, %42'si erkektir. Yıldırım (2002) tarafından yapılan araştırmada kronik hastalığı olan 104 kişiden %25'i erkek %75 kadındır. Araştırma sonucuna göre, öğrenim durumu ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların %4,8 okuryazar değil, %44,4'ü ilkokul mezunu, %22'si lise mezunu %8,4'ü önlisans mezunu, %17,6'sı lisans mezunu, %2,8'i ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi ilerledikçe kronik hastalık oranının azaldığı gözlemlenmektedir. Yıldırım (2002) yaptığı araştırmada kronik hastalığı olanların %60 ilkokul mezunu %40 ise lise ve üstü mezunlardan oluştuğu sonucuna ulaşmıştır.

Yaş ilerledikçe hastalıklara bağlı olarak sürekli ilaç kullanma durumuda artmaktadır. Bu araştırmada yaşa bağlı olarak sürekli ilaç kullanma oranının da arttığı tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda, yaşlı bireyde kronik sağlık sorunları nedeniyle reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanımı diğer yaş gruplarına göre oldukça fazla olduğu tespit edilmiştir (Dişciğil ve ark 2006, Esengen ve ark 2000). Cinsiyet ile sürekli ilaç kullanma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kadınların ilaç kullanma oranının erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada sürekli ilaç kullanan kadınların oranı %54,1 iken erkeklerde bu oran %45,9'dur. Danimarka'da yapılan bir araştırmada kadınların erkeklerden daha fazla ilaç kullandıkları tespit edilmiştir (Andersen ve ark 2009). Medeni durum ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullananların %75,7'si evli %24,3'ü bekârdır. Sürekli ilaç kullananlar içerisinde evli olanlar daha fazladır. Araştırmaya dâhil olanların öğrenim durumu ile sürekli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sürekli ilaç kullananların %3,9'u okuyazar değil, %43,5'i ilkokul mezunu, %22,4'ü lise mezunu, %8,2'si önlisans mezunu, %19,6'sı lisans mezunu ve %2,4'ü lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi ilerledikçe sürekli ilaç kullanma oranı azalmaktadır. Esin ve ark (2007) tarafından yetişkinler üzerinde yapılan araştırmada ilkokul mezunlarının daha fazla ilaç tükettikleri sonucuna ulaşmıştır. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda eğitim düzeyinin yükselmesi, bireylerin daha akılcı bir şekilde ilaç tüketmesini sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların, evli olanların, yaşı büyük olanların bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde; İlhan ve ark (2006) yaptığı araştırmada, sağlık ocağına başvuranların %67,5'ini kadınların oluşturduğu sonucuna ulaşmıştır. Kadınların daha fazla hasta olması, daha kaygılı olması ve kadına özgü hastalıkların daha fazla olmasından dolayı daha fazla sağlık hizmeti talep etmektedirler. Daha fazla hekime başvuru yapan bir diğer grup ileri yaştakilerdir. Yaş ilerledikçe hastalıklar artmakta ve buna bağlı olarak sağlık hizmeti talep edilmektedir. Rosenber ve Hanlon (1996) tarafından yapılan araştırmada 65 yaş ve üzeri kişilerin, 15-64 yaş aralığındakilere göre daha fazla hekime başvurduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada da buna benzer sonuç çıkmıştır.

Araştırmada yaş ile sağlık durumunu değerlendirme arasında negatif düzeyde düşük ilişki tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe sağlık durumuna verilen puan düşmüştür. Yaş ilerledikçe, yaşa bağlı olarak kronik hastalıklar artmakta ve sağlık durumu kötüleşmektedir (Öner 2014). Kadınların sağlık durumuna verdiği puan erkeklere göre daha düşüktür. Kadınların %39,7'si sağlık durumu için 10 puan verirken erkekler için bu oran %60,3'tür. Literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Abacıgil ve ark (2016) tarafından 470 kişi üzerinde yapılan araştırmada, kadınların %4,7'si sağlık durumuna mükemmel derken, erkeklerin %8,5'i mükemmel olduğunu belirtmişlerdir. Uzantı (1999) tarafından yapılan araştırmada, genel sağlık durumu için olumsuz cevap verenlerin %55,5'i kadın %36'sı erkektir. Erengin (1997) tarafından yapılan araştırmada, sağlık durumu için olumsuz cevap verenlerin %41,9'u kadın %21,2'si erkektir. Gilmore ve ark. (2002) kadınların erkeklere göre 3.5 kat daha fazla olumsuz sağlık algısına sahip olduklarını saptamışlardır. Kadınların daha hassas yapıda olması ve daha fazla hastalanması sağlığı hakkında olumsuz cevap vermesini etkilediği düşünülmektedir. Sağlık durumuna yüksek puan verenlerin çoğunluğu bekârdır. Araştırmada evli olanların sağlık durumuna, bekâr olanlara göre daha düşük puan verdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Evli olanların genel itibari yaşı ilerlemiş olması ve evliliğin verdiği bir takım sorumluluk ve stresin olması olumsuz sağlık algısını etkileyebilmektedir. Genel sağlık durumu ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında negatif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir. Genel sağlık durumuna düşük puan verenlerin, bir

yıl içerisinde hekime başvuru sayısında arttığı gözlemlenmiştir. Sağlık durumu kötüleştikçe hekime başvuru sayısı artmaktadır. Sağlık durumunun ciddiyeti profesyonel sağlık arama davranışını etkilemektedir. Özellikle de bireylerin sağlık hizmetine erişiminin kolay olması bu talebi daha da arttırmaktadır.

#### **4.2. Araştırmanın Demografik Verileri İle Ölçeklerin Analizlerine Ait Tartışma**

Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kadınların sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlık ve sağlık kaygısı ortalaması erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Literatürde kadınların daha fazla sağlık arama davranışı sergilediği ve kadınların sağlık okuryazarlığının erkeklere göre daha yüksek çıktığı görülmektedir (Nina ve ark 1996, Shieh ve ark 2009). Bu durum kadınların hamilelik sürecinde ve çocuğun yetiştirilme sürecinde daha çok sağlık hizmeti talep etmesine bağlanabilir. Ayrıca kadınların erkeklere göre daha kaygılı ve hassas olması sağlık arama davranışını ve sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Mercier ve ark (1998) kaygı bozukluğu olan 165 kişi üzerindeki yaptığı araştırmada kadınların erkeklere göre daha kaygılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin sağlıklı olup olmadığını anlamak için sağlık algısı kavramı kullanılmaktadır. Cinsiyet ile sağlık algısı arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Fakat ortalama olarak kadınların ortalaması erkeklere göre biraz daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde kadınların erkeklere göre daha olumsuz sağlık algısına sahip olduğu görülmektedir (Ahmed ve ark 2005, Özcebe 2003). Bunun nedeni erkeklerin sağlık durumundaki en ufak olumsuzluğu görmezden gelip ertelemesi, kadınların ise bu durumu daha dikkate alıp değerlendirme yapmasına bağlanabilir.

Cinsiyet ile öz yeterlilik ortalaması arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Öz yeterlilik bireylerin belirli bir sonucu ortaya çıkarabilmek için gerekli olan davranışları başarılı bir şekilde yerine getirme inancındır. Bu inancın cinsiyete göre değişmemesi beklen durumdur. Literatür incelendiğinde, bu durumu destekleyen sonuçlar mevcuttur (Britner 2008, Coşkun ve Ilgar 2004, Doni ve ark 2009, Keskin ve Orgun 2006). Literatürde erkeklerin daha fazla öz yeterliliğinin olduğunu belirten

araştırmalar da vardır (Aypay 2010, Brink ark 2012, Morowatisharifabad ve ark 2006). Bu farklılığın çıkması yapılan araştırmanın örneklemine göre değişebilir.

Katılımcıların yaşı ile sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındakilerin sağlık arama davranışı 56 yaş ve zerindekilere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu araştırmadan farklı olarak yaşlı bireylerin daha fazla sağlık arama davranışını gösterdiğini görmekteyiz (Khraim ve Carey 2009). Yaşlı bireyler daha çok profesyonel aramayı tercih ettikleri için sağlık arama davranışının genel ortalaması daha düşük çıktığı düşünülmektedir. 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlık düzeyi 56 yaş ve zerindekilere göre daha yüksek çıkmıştır. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar görülmektedir. Durusu-Tanrıöver ve ark (2014) tarafından yapılan araştırmada ise, bireylerin yaşı ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğü sonucunu tespit edilmiştir. Akbolat ve ark (2016) Sakarya ilinde yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık oranının düştüğü ortaya konmuştur. Yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, yaşa bağlı olarak bedensel ruhsal ve sosyal yönden yaşadıkları problemlere bağlanabilir. Yaşlı bireyler kayıt formunu doldurmada, reçeteleri okuma ve anlamad, gerekli testleri ve yönlendirmeleri takip etmekte zorlanmaktadır. Ayrıca hekimlerle olan iletişimde güçlük çekmesi ve anlayamaması yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düşük olmasına neden olmaktadır.

Yaş ile öz-yeterlilik ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Brink ve ark (2012) tarafından yapılan araştırmada benzer sonuç tespit edilmiştir. Buna karşın, Aypay (2010) tarafından yapılan araştırmada öz yeterliliğin yaşa bağlı olduğu sonucunu tespit edilmiştir. Aypay, orta yaştaki bireylerin öz yeterlilikleri daha yüksek olduğu tespit etmiştir. Bizim araştırmada farklılığın olmamasının sebebi genç katılımcıların araştırmada daha fazla olmasına bağlanabilir.

Yaş ile sağlık kaygısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Fakat 56 yaş ve üstü aralığındakilerin kaygı ortamları diğerlerine göre biraz daha fazla çıkmıştır. Yaşın ilerlemesi birçok hastalığı da beraberinde getirmesi, yaşlı bireylerin kaygılarının daha da artmasına neden olmaktadır.

Medeni durum ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlık kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Güven (2016) tarafından yapılan araştırmada medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonuç araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Medeni durum ile sağlık algısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonuçtan farklı olarak, Gülesen (1995) yaptığı araştırmada evli bireylerin sağlık algılarının bekârlara göre daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Medeni durumu ile öz yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Evli olanların puan ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Evli olmak bireylere daha fazla sorumluluk yüklediği için, kişilerin öz yeterliliklerinin yüksek olması bu duruma bağlanabilir.

Katılımcıların eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanların sağlık okuryazarlığı ilkokul, lise, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının ortalamasından daha düşüktür. Yine ilkokul mezunlarının sağlık okuryazarlığı lise, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının sağlık okuryazarlığından daha düşüktür. Eğitim düzeyi bireyin eleştirel düşünme ve problem çözme yeteneğini etkilemektedir. Bunu yanında eğitimli kişiler sorumluluk sahibi olması, etkili iletişim kurabilmesi ve daha üretken olması, bireylerin sağlık arama davranışını ve sağlık okuryazarlığını etkilediği düşünülmektedir. Schillinger ve ark (2002) tarafınan diyabet hastaları üzerinde yapılan araştırmada, eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Güven (2016) yaptığı araştırmada eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı sonucuna ulaşmıştır. Cho ve arkadaşları (2008) eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Literatürdeki çalışmalara araştırmanın sonucu destekler niteliktedir.

Eğitim düzeyi ile öz yeterlilik, sağlık algısı, sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanların öz yeterlilikleri ve sağlık algısı lisans ve lisansüstü mezunlarından daha düşüktür. Aynı zamanda okuryazar olmayanların kaygı düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması bireyin kendi sağlığı hakkındaki farkındalığı arttırdığı ve sağlığı hakkında bilgi sahibi olması kaygı düzeyini azalttığı düşünülmektedir.

Literatürde yapılan araştırmalar bulguları destekler niteliktedir. Mapelli (1993) alışmasında sağlığını kötü olarak algılayanların başında ilkokul mezunlarının geldiği saptanmıştır. Yanık Tekin ve Erol (2016) tarafından 230 diyabetli hasta üzerinde yaptığı araştırmada, okuyazar olmayanların öz yeterliliklerinin lissst mezunlarına göre daha düşük çıkmıştır.

Katılımcıların alışma durumu ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Çalışma durumu ile öz yeterlilik ve sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışanların z yeterlilikleri çalışmayanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. alışmayanların ise sağlık kaygı ortalamaları, çalışanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Literatürde çalışmayanların kaygı ve streslerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Klangaard 2011, Maddocks 2012).

Gelir durumu ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık kaygısı ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Gelir durumu 500-1000 tl arasında olanların sağlık arama davranışı, gelir durumu 4000 tl ve üzerinde olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 500-1000 tl olanların sağlık okuryazarlık oranları, gelir durumu 3001-4000 tl arasında olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 1001-2000 tl arasında olanların sağlık okuryazarlık oranları, 3001-4000 tl ve 4000 tl üzeri olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. 3001-4000 tl olanların sağlık okuryazarlığı ise 4000 tl ve üzeri geliri sahip olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir düzeyi bireyin yaşamını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Gelirin artması insanlara daha kalite bir yaşam standardı sunmakta ve bireyin sağlıklı yaşam biçimine verdiği önemini daha da arttırmaktadır. Ekonomik seviyesi yüksek olan bireylerin eğitimi seviyesinin de yüksek olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bireyin; sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma yetisinin de daha aktiftir. Silk ve ark (2010) yaptığı çalışmada da insanların gelir düzeyleri yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür. Avcı (2013) tarafından yapılan araştırmada gelir ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Güven (2016) tarafından yapılan araştırmada kişi başına düşen hanehalkı geliri arttığı sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşmıştır. Literatürdeki bu araştırmalar çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Gelir durumu 2001-3000 tl arasında olanların öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalaması, gelir durumu 3001-4000 tl ile 4000 tl ve üzeri olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Öz yeterliliği yüksek olan bireyler genelde gelir seviyesi yüksek olan bireylerdir (Vardarlı 2005, Yardımcı 2007, Biçer 2009, Aydın 2011, Tekin Yanık ve Erol 2016). Bu bireyler sağlıklı olup olmadığını daha iyi takip edip, ona göre harekete geçmektedirler. Daha zor koşullarda çalışan ve sağlığını ikinci plana erteleyen kişilerin sağlık algısı daha düşük olacaktır. Gülesen (1995) tarafından yapılan araştırmada gelir durumu ile sağlık algısı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlığını öteleyen insanlar daha sonra ağır hastalıklara yakalanma riski daha fazla olacaktır. Buna bağlı olarak ağır hastalığa yakalanma korkusu insanlarda sağlık kaygısı oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada gelir durumu 1001-2000 tl arasında olanların kaygı ortalaması, 2001-3000 tl ve 3001-4000 tl arasında olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kronik hastalığı olma durumu ile sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır. Kronik hastalığı olmayanların sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık ortalaması, olanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Bir hastalık teşhisi konulduktan sonra kişiler ilk olarak hastalığı reddetme eğilimine girerler. Bu evrede bireyler sağlık hizmeti talep etmez ve arama davranışı yapmazlar. Hastalığı kabullendikten sonraki evrede kişiler hem daha çok sağlık hizmeti talep edecek ve hastalığı ile ilgili çare arama davranışına yönelecek buna bağlı olarak okuryazarlık düzeyide yükselecektir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; kronik hastalığı olan bireylerin sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık ortalamasının düşük çıkması, birinci evredeki hastaların sergiledikleri davranış sonuçları ile uyumludur. Literatür incelendiğinde ise, elde edilen araştırma sonuçları bu bulguları destekler niteliktedir (Kaya 2017, Çimen ve Bayık Temel 2017). Bu durumun aksine, Güven (2016) tarafından yapılan araştırmada kronik hastalık ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir.

Kronik hastalığı olup olmama ile öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Kronik hastalığı olanların sağlık algısının düşük olması, öz yeterlilik algılarını da etkilemektedir. Mapelli (1993) tarafından yapılan araştırmada kronik hastalığı olan kişilerin olumsuz sağlık

algularının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Olumsuz sağlık algısının olması bireyin kaygı düzeyini de etkilemektedir. Bu araştırmada kronik hastalık ile sağlık kaygı durumu arasında ise anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kronik hasta olanların kaygı ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Lame ve ark (2005), Fishbain ve ark (1997) tarafından yapılan araştırmalar, çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, sürekli ilaç kullanmayanların sağlık kaygı düzeyi düşük, sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç sürekli ilaç kullanmayanların öz bakımlarının daha iyi olması ve daha sağlıklı olmasına bağlanabilir. Çimen ve Bayık Temel (2017) tarafından 550 kişi ile yapılan araştırmada sürekli ilaç kullanmayanların sağlık okuryazarlık oranları daha yüksek olduğu sonucu tespit edilmiştir.

Sürekli ilaç kullanma durumu ile öz yeterlilik ve sağlık algısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Bireyin sürekli ilaç kullanması genelde kronik bir hastalıkla ilişkilendirilebilir. Kronik hastalığı olan kişiler olumsuz sağlık algısı görülür. Fakat bu çalışmadan elde bulgularda ilişki tespit edilememiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile hekime başvuru sayısı arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürde benzer sonuçlar çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düştükçe gereksiz yere sağlık hizmetlerine başvurunun arttırdığı tespit edilmiştir (Kickbusch 2011, Baker ark 1998, Akbulut 2015). Cho ve ark (2008) 489 hasta üzerinde yaptığı araştırmada, sağlık okuyazarlığının acil sağlık hizmetlerine başvuruda etkisinin olduğu, okuyazarlık düzeyi arttıkça başvuru sayısının azaldığını tespit etmişlerdir. Sağlık kaygısı ile hekime başvuru sayısı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre hekime başvuru sayısı ile öz yeterlilik ve sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gözlemlenmiştir. Bireylerin hekime başvuru sayısının artması sağlık algısını değiştirmedeği gibi bireyin öz yeterliliğine de etki etmemektedir. Literatürde sağlık algısı ve öz yeterliliği düşük olan insanların



hekime daha fazla gideceği (Öztürk 2005) düşünülse de bu araştırmada herhangi bir etkinin olmadığı görülmektedir.

Araştırma sonucuna göre cinsiyet ile online arama ve geleneksel arama ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Her iki sağlık arama davranışı yönteminde de kadınların ortalamaları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Genel olarak baktığımızda kadınların sağlık arama davranışı ortalaması erkeklerden daha yüksektir. Literatürde yapılan araştırmalarda kadınların geleneksel arama davranışına ek olarak online sağlık arama davranışının, erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir (Rice 2006, Baker ve ark 2003, Ybarra ve Suman 2006). Kadınların sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem vermeleri, annelik özellikleri ve kadınlara özgü hastalıkların olması sağlık arama davranışını arttırmaktadır (Mutlu ve Işık 2012).

Bireylerin yaşının artmasıyla birlikte birçok hastalıkta artmaktadır. Bu hastalıklarla mücadele etmek için bireyler çare arama davranışına girişmektedirler. Bu arama davranışı genç yaşlarda online olarak, ilerleyen yaşlarda ise profesyonel ve geleneksel arama davranışı olarak sergilenmektedir. Araştırma sonucuna göre yaş ilerledikçe online arama davranışı azalmaktadır. Eğitim seviyesi düşük ve yaşlı kişilerin online arama davranışı daha düşüktür (Cotton ve Grupta 2004). Araştırma sonucuna göre, yaş ile online arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. 18-25 ve 26-35 yaş aralığındakilerin online arama davranışı ortalaması, 46-55 ve 56 ve üstü yaş aralığındakilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 36-45 ve 46-55 yaş aralığındakilerinde online arama davranışı 56 ve üstü yaş aralığındakilerden daha yüksektir. Cotton ve Grupta (2004) tarafından 170 kişi üzerinde yapılan araştırmada, yaşı büyük olanların yaşı küçük olanlara göre daha az online sağlık hizmeti kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşı ile profesyonel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş aralığındakilerin profesyonel arama davranışı ortalaması, 36-45 yaş aralığındakilerin ortalamalarından daha düşük çıkmıştır. Yaş ilerledikçe sağlık hizmetlerine talep artmaktadır (Folland ve ark 2007). Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş aralığındakilerin geleneksel arama davranışı ortalaması, 26-35 yaş aralığındakilerin ortalamalarından daha düşük çıkmıştır.

Katılımcıların medeni durumu online sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bekar olanların online sağlık arama davranışı ortalaması evli olanlara göre daha fazla çıkmıştır. Medeni durum ile profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Evli olanların profesyonel arama davranışı ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bireyler evlendikten sonra, yaşam biçiminin değişmesi, hamilelik, doğum gibi faktörler sağlık hizmeti almasını etkilemektedir (Şenol ve ark 2010). Medeni durum ile geleneksel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Fakat evli olanların geleneksel arama davranışı ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sonuç olarak evli olanların bekâr olanlara göre, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı yüksek çıkarken online arama davranışı düşük çıkmıştır. Bekâr olan bireyler sağlıkları için harekete geçme potansiyeli evli olanlara göre daha düşüktür. Daha kolay sağlık arama davranışı olan, online sağlık arama davranışı tercih etmeleri buna bağlanabilir.

Eğitim düzeyinin yükselmesi kişilerin daha bilinçli bir şekilde sağlıklarını takip etmesine ve koruyucu hizmetleri almasına neden olmaktadır (Şenol ve ark 2010). Katılımcıların eğitim durumu ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanların ve ilkokul mezunlarının online arama davranışı ortalaması; lise, önlisans, lisans ve lisansüstü eğitim alanların ortalamasından daha düşük çıkmıştır. Eğitim durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Lise mezunlarının profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması lisans mezunlarının ortalamasından daha düşüktür. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler, hekime başvuru yapmadan önce internet üzerinden hastalıkları ile ilgili bilgi edinerek hekime başvuru yapmaktadırlar. Online bilgi edinen bireylerin, hekimlerden beklentileri yükselmekte ve bu bireylerde sağlık hizmetlerine katılım oranı da artmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde ise, bu durum sadece hekime başvuru ile sınırlı kalmakta ve online arama davranışı daha sınırlı olmaktadır. Eğitim düzeyinin, geleneksel sağlık arama davranışı üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Çünkü kişiler, geleneksel arama davranışını online/profesyonel arama davranışına alternatif olarak görmektedir. Nitekim bu araştırmada, eğitim durumu ile geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Gelir durumu düşük olan bireyler, ciddi bir hastalığı olmadıkça sağlığı ile ilgili çok fazla harekete geçmemekte, öncelikli ihtiyaçlarına yönelmektedir. Bu ihtiyaçları kolaylıkla karşılayan bireyler ise, daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimseyip, herhangi bir rahatsızlık durumunda birinin onu yönlendirmesine gerek kalmadan, çare arama davranışına yönelmektedir. Bu çalışmada, gelir durumu yüksek olan bireylerin, online ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması, düşük olanlara göre daha fazla çıkmıştır. Düşük gelirli bireyler daha az arama davranışında bulunmaktadır (Tembon 1996). Bu araştırmada, gelir durumu ile online arama davranışı ve geleneksel arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Gelir durumu 1001 tl ile 2000 tl arasında olanların, geliri 3001-4000 tl ve 4000 tl üzerinde olanlara göre online arama davranışını daha düşük çıkmıştır. Yine gelir durumu 2001-3000 tl arasında olanların ortalaması 4000 tl üzerinde olanlara göre daha düşük online arama yaptıkları tespit edilmiştir. Gelir durumu 500-1000 tl olanların geleneksel arama davranışı ortalaması gelir durumu 3001 ve 4000 tl arasında olanlara göre daha düşük çıkmıştır.

Kronik hastalığı olan kişilere hekim rutin bir tedavi planı uygulamakta ve olağan dışı bir durum yaşanmadığı sürece bu plan hayatı boyunca devam etmektedir. Bu süreçte kişilerin hangi ilacı kullanacağı, hangi tedavi yöntemlerinin izleneceği önceden belirlenmekte, hastalığıyla ilgili online sağlık arama davranışına ihtiyaç kalmamaktadır. Bireyler bu tedavi planlarına uyduğu sürece daha kaliteli bir yaşam sürebilirler. Bu çıkarımlarla paralel olarak bu çalışmada, kronik hastalığı olanların online sağlık arama davranışı ortalaması, olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır. Kronik hastalık durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Kronik hastalığı olan kişiler genel itibari ile sürekli ilaç kullanmaktadırlar. Bu çalışmada sürekli ilaç kullanma durumu ile online ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullanmayanların online ve geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması ilaç kullananlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Hekime başvuru sayısı ile online sağlık arama davranışı arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardır. Online arama davranışı arttıkça hekime

başvuru sayısı azalmaktadır. Bu sonuç iki nedene bağlanabilir. İlk olarak online sağlık arama davranışında bulunan kişiler, sağlığı ile ilgili bilgi araştırması yaptıktan sonra hekime başvurmaya gerek duymayabilirler. İkinci neden ise online sağlık arama davranışı kişide korku, endişe ve kaygı artışı yaratabilir (Xiao et al. 2014). Buna bağlı olarak bireyler, hekime başvuru yaptığında oluşabilecek negatif sonuçlardan korktukları için arama davranışını durdurlar. Hekime başvuru sayısı ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük ilişki vardır. Hekime başvuru sayısı arttıkça profesyonel sağlık arama davranışıda artmaktadır. Profesyonel sağlık arama davranışı kişinin doğrudan sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvurma durumudur. Hekimlerde bu hizmet sürecinin bir parçasıdır. Geleneksel sağlık arama davranışı ile hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

#### **4.3 Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Alt Boyutları İle Sağlık Okuryazarlığı, Özyeterlilik, Sağlık Algısı ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarının Analizlerine Ait Tartışma**

Sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlık arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki tespit edilmiştir. Online arama davranışı ve profesyonel sağlık arama davranışı arttıkça; bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma da artmaktadır. Geleneksel sağlık arama davranışı arttıkça; bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirmenin arttığı gözlemlenmiştir. Sun ve ark (2013) sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları üzerinde doğrudan etkili olduğunu ve bunun da genel sağlık durumunu etkilediğini belirtmişlerdir.

Sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir. Online sağlık arama davranışı ile davranışı tamamlama ve engellerle mücadele arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir. Davranışa başlama ve sürdürme ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Profesyonel sağlık arama davranışı ile davranışa başlama, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Geleneksel sağlık arama davranışı ile davranışa başlama, davranışı sürdürme ve davranışı tamamlama arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda öz yeterlilik genel olarak sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir.

Online sağlık arama davranışı ile sağlık algısı alt boyutlarından, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Sağlık arama davranışı ile sağlığa verilen önem ve öz farkındalık arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlık algısı ile online sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Profesyonel sağlık arama davranışı ile sağlık algısı boyutlarından kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Profesyonel sağlık arama davranışı ile sağlığa verilen önem ve öz farkındalık arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir.

Geleneksel sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik alt boyutlarından, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Geleneksel sağlık arama davranışı ile sağlığa verilen önem ve öz farkındalık arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Geleneksel sağlık arama davranışı ile sağlık algısı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki vardır. Genel olarak bakıldığında sağlık algısı ile sağlık arama davranışı arasında düşük düzeyde bir ilişki vardır.

Online sağlık arama davranışı ile ruhsal olarak kaygılanma arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Fakat ciddi bir durum ile online sağlık arama davranışı arasında negatif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir. Sağlık durumunun ciddiyeti arttıka online sağlık arama davranışı da azaldığı gözlemlenmiştir. Genel olarak bakıldığında sağlık kaygısı ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Profesyonel sağlık arama davranışı ile ciddi ve ruhsal kaygı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Geleneksel sağlık arama davranışı ile ciddi durum arasında anlamlı bir fark tespit edilememiş fakat ruhsal durum arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir.

#### **4.4. Sağlık Arama Davranışı Etki Eden Faktörlerin Yapısal Eşit Modeli İle Değerlendirilmesine İlişkin Tartışma**

Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısının birlikte sağlık arama davranışını etkilediği tespit edilmiştir. Literatürde bu kavramları birlikte alan çalışmalar mevcut değil, fakat ayrı ayrı değerlendirildiğinde bu kavramlar sağlık arama davranışına etki ettiği gözlemlenmektedir (Fors ve ark. 2015, Pagan ve ark 2012, Cho ve ark 2008, Berg ve ark 2005, Karapıçak ve ark 2012).

Sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik karşılıklı birbirini pozitif yönde etkilemektedir. Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlık birlikte sağlığa verilen önemi pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık algısına verilen önemde, sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık okuyazarlık ve özyeterliliğin sağlık arama davranışını etkilemesinde sağlık algısının aracılık etkisi vardır. Sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilikteki bir birim artış, sağlığa verilen önemi bir birim arttırmaktadır. Bu artış kişinin sağlık arama davranışına pozitif etki etmektedir. Aydın ve Aba (2019) tarafından anneler üzerinde yapılan araştırmada, sağlık okuyazarlığı ile öz yeterlilikleri arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Doğum sonrası kadınlarda, öz-yeterlilik fiziksel aktivitesi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere Peyman ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada, öz-yeterlilik ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tekin Yanık ve Erol (2016) tarafından 230 diyabetli hasta üzerindeki araştırmada, öz yeterliliğin sağlığa verilen önemi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Öztürk (2005) tarafından 350 kişi üzerinde yapılan araştırmada, sağlığa verilen önemin, sağlık arama davranışına etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlık birlikte öz farkındalığı pozitif yönde etkilemektedir. Öz farkındalıkta, sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlık ve sağlık algısındaki bir birim artış öz farkındalığı bir birim arttırmaktadır. Bu artış kişinin sağlık arama davranışına pozitif etki etmektedir. Sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilik sağlık arama davranışını etkilemesinde öz farkındalığın aracılık etkisi vardır.

Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık algısına etki etmektedir ( $t=11.69$ ). Sağlık algısı bireyin öz yeterliliğine etki etmektedir ( $t=17.37$ ). Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık kaygı düzeyini negatif yönde etkilemektedir ( $t= -4,62$ ;  $t= -7,42$ ). Sağlık kaygısı ise bireyin arama davranışını etkilemektedir ( $t= 3,81$ ).

Sağlık okuryazarlığındaki bir birim artış sağlık algısını arttırmakta, sağlık algısındaki bir birim artış öz yeterliliği arttırmakta, öz yeterlilikteki bir birim artış sağlık kaygısını azaltmakta ve sağlık kaygısındaki bir birim azalış ise sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı direk olarak sağlık

kaygısını azaltmakta ve bu kaygının azalması sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların %27,8'i kronik bir hastalığa sahip olup, ailelerinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %45'dir. Kronik rahatsızlığı olanların %58'i kadın iken, %42'si erkektir. Kronik hastalığı olanların % 31'i, 46-55 yaş aralığında olup, % 36'sı ise 56 yaş ve üstündedir. Yaş ilerledikçe kronik rahatsızlık artmaktadır. Kronik hastalığı olanların %4,8 okuryazar değil, %44,4'ü ilkokul mezunu, %22'si lise mezunu %8,4'ü önlisans mezunu, %17,6'sı lisans mezunu, %2,8'i ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi ilerledikçe kronik hastalık oranının azaldığı gözlemlenmektedir.
- Araştırmaya katılanların %28,3'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Yaş ilerledikçe hastalıklara bağlı olarak sürekli ilaç kullanma durumuda artmaktadır. Kadınların (%54,1) sürekli ilaç kullanma oranı erkeklerden (%45,9) daha fazladır. Sürekli ilaç kullananların %75,7'si evli, %24,3'ü bekârdır. Sürekli ilaç kullananların %3,9'u okuyazar değil, %43,5'i ilkokul mezunu, %22,4'ü lise mezunu, %8,2'si önlisans mezunu, %19,6'sı lisans mezunu ve %2,4'ü lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli ilaç kullanma oranı azalmaktadır.
- Araştırmada kadınların, evli olanların ve yaşı büyük olanların bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Yaş ilerledikçe sağlık durumuna verilen puan düşmüştür. Yaş ilerledikçe yaşa bağlı olarak kronik hastalıklar artmakta ve sağlık durumu kötüleşmektedir.
- Kadınların sağlık durumuna verdiği puan erkeklere göre daha düşüktür. Kadınların %39,7'si sağlık durumu için 10 puan verirken, erkekler için bu oran %60,3'tür. Sağlık durumuna yüksek puan verenlerin çoğunluğu bekârdır. Sağlık durumuna 10 puan verenlerin %44,8'i evli, %55,2'si bekârdır.



- Genel sađlık durumuna dűşűk puan verenlerin, bir yıl içerisinde hekime bařvuru sayısında arttıđı gűzlemlenmiřtir. Sađlık durumu kűtűleřtike hekime bařvuru sayısı artmaktadır.
- Kadınların erkeklere gűre; sağlık arama davranışının, sağlık kaygılarının ve sağlık okuryazarlık oranının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Sağlık algısı ve űz yeterliliklerin erkeklerle birbirine yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Genç ve orta yaştaki bireylerin sağlık arama davranışı, yaşlı bireylere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Yař ile űz yeterlilik, sağlık algısı ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında fark tespit edilememiştir.
- Evli bireylerin űz yeterliliklerin bekűrlara gűre daha yűksek olduđu; fakat sađlık arama davranıřı, sađlık algısı ve sađlık kaygısı ortalamasının deđiřmediđi gűzlemlenmiřtir.
- Eđitim dűzyinin sađlık okuryazarlıđını ve sađlık arama davranıřını etkilediđi tespit edilmiřtir. Eđitim dűzeyi ilerledikçe, sađlık okuryazarlıđın ve sađlık arama davranıřının arttıđı tespit edilmiřtir. Okuryazar olmayanların sađlık algısı daha dűřűk çıkmıřtır. Okuryazar olmayanların daha fazla kaygılı olduđu ve űz yeterliliklerinin daha dűřűk olduđu sonucuna ulařılmıřtır.
- Bireylerin alışma durumunun sağlık arama davranışını, sağlık okuryazarlığını ve sağlık algısını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışanların űz yeterliliklerinin daha yűksek olduğu ve sağlık kaygılarının daha dűřűk olduğu tespit edilmiştir.
- Bireylerin gelir durumları sağlık arama davranışını, sağlık okuryazarlığını, űz yeterliliğini, sağlık kaygısını ve sağlık algısını etkilediği tespit edilmiştir. Gelir dűzeyi arttığı; sağlık arama davranışının, sağlık okuryazarlığının, űz yeterliliğinin ve sağlık algısının arttığı tespit edilmiştir. Gelir dűzeyinin artması sağlık kaygısını azaltmakta olduğu gűzlemlenmiřtir.
- Kronik bir hastalığı olmayanların sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlığı kronik hastalığı olanlara gűre daha yűksek çıkmıştır. Kronik

bir hastalığın olması veya olmaması öz yeterliliği ve sağlık algısını etkilemektedir. Kronik bir hastalığı olanların sağlık kaygı ortalamaları olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır.

- Ailede kronik bir hastalık olması sağlık arama davranışını, sağlık okuryazarlığı, öz yeterliliği, sağlık algısını ve sağlık kaygısını etkilemektedir.
- Sürekli ilaç kullanmayanların sağlık kaygısı daha düşük, sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlığı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık algısı ortalaması arasında bir fark tespit edilememiştir.
- Bireylerin bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının artması hekime başvuru oranını azaltmaktadır. Hekime başvuru sayısı ile sağlık kaygısı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Kaygı arttıkça hekime başvuruda artmaktadır. Hekime başvuru sayısı ile sağlık arama davranışı, öz yeterlilik ve sağlığı algılama biçimi arasında ilişki tespit edilememiştir.
- Kadınların online ve geleneksel sağlık arama davranışının erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Eğitim seviyesi düşük ve yaşlı kişilerin online sağlık arama davranışı daha düşüktür. Yaş ilerledikçe profesyonel sağlık arama davranışı daha da artmaktadır. 18-25 yaş aralığındakilerin geleneksel sağlık arama davranışı 26-35 yaş aralığındakilere göre daha düşük çıkmıştır.
- Bekar olanların online sağlık arama davranışı evli olanlara göre daha fazla çıkmıştır. Evli olanların ise profesyonel sağlık arama davranışı ortalaması bekârlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum ile geleneksel sağlık arama davranışı ortalaması arasında fark tespit edilememiştir.
- Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık arama davranışında artmaktadır. eğitim düzeyi arttıkça online ve profesyonel sağlık arama davranışı artmaktadır. Eğitim durumu geleneksel sağlık arama davranışını etkilememektedir.

- Gelir durumu arttıkça sağlık arama davranışı artmaktadır. Gelir durumu arttıkça online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı artmaktadır.
- Sürekli ilaç kullananların online ve geleneksel sağlık arama davranışı kullanmayanlara göre daha düşük çıkmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır.
- Hekime başvuru oranı arttıkça online sağlık arama davranışı azalmaktadır. Hekime başvuru sayısı arttıkça profesyonel sağlık arama davranışında artmaktadır. Hekime başvuru sayısı geleneksel sağlık arama davranışını etkilememektedir.
- Sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık arama davranışında artmaktadır. Sağlık arama davranışı arttıkça sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanmada artmaktadır. Geleneksel sağlık arama davranışının artması yine sağlık bilgisine erişimi, sağlık bilgisini anlamayı ve değerlendirmeyi de arttırmaktadır.
- Sağlık arama davranışı ile öz yeterlilik arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Online sağlık arama davranışı kişinin engellerle mücadelesini arttırmaktadır. Profesyonel arama davranışı arttıkça kişinin davranışa başlaması, davranışı tamamlaması ve engellerle mücadele etmesi de artmaktadır. Geleneksel sağlık arama davranışının artması, kişinin davranışa başlamasını, sürdürmesini ve tamamlamasını da arttırmaktadır.
- Sağlık arama davranışı arttıkça sağlığa verilen önem ve öz farkındalığıda arttırmaktadır. Online ve geleneksel sağlık arama davranışı arttıkça bireylerin sağlık algıları da artmaktadır. Sağlığa verilen önem ve öz farkındalık arttıkça profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı da artmaktadır.
- Hastalığın ciddiyeti arttıkça online sağlık arama davranışı azalmaktadır. Ruhsal olarak bir kaygı durumuna kapılma ile geleneksel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir.

- Sağlık okuryazarlığı, öz yeterlilik sağlık algısı ve sağlık kaygısı birlikte sağlık okuryazarlığı etkilemektedir.
- Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik karşılıklı birbirini etkilemektedir. Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı birlikte sağlığa verilen önemi pozitif yönlü etkilemektedir. Bireylerin sağlığa verilen öneminin artması ise sağlık arama davranışını etkilemektedir. Öz yeterliliğin ve sağlık okuryazarlığın sağlık arama davranışına etkisinde sağlığa verilen önemin aracılık etkisi vardır.
- Bireyin sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik birbirini karşılık olarak pozitif yönde etkilemektedir. Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı bireyin öz farkındalığını arttırmaktadır. Öz farkındalığın artması da sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir. Kısacası sağlık okuryazarlığı ve öz yeterliliğin sağlık arama davranışını etkilemede öz farkındalığın aracılık etkisi vardır.
- Araştırmaya dâhil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık algısına etki etmektedir. Sağlık algısı bireyin öz yeterliliğine etki etmektedir. Öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık kaygı düzeyini negatif yönde etkilemektedir. Sağlık kaygısı ise bireyin arama davranışını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığındaki bir birim artış sağlık algısını ve öz yeterliliği arttırmakta olup sağlık kaygısını azaltmaktadır. Bireyin öz yeterliliğinin ve sağlık okuryazarlığının yüksek olması, bireyin sağlık kaygısını azaltır ve bu kaygının azalması ise sağlık arama davranışına pozitif etki eder.

## 5.2. Öneriler

- Yaş ilerledikçe kronik hastalık artmakta ve eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalık azalmaktadır. Kronik hastalıklar sağlık hizmetleri harcamalarında büyük paya sahiptir. Bireylerin eğitim düzeyi yükselirse hem kronik hastalıklar hemde sağlık hizmetlerindeki maliyet yükü azalacaktır. Bu noktada eğitim seviyesinin yükseltilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır. Eğitim seviyesinin yükselmesi ayrıca sürekli ilaç kullanım oranını da azaltmaktadır.
- Sürekli ilaç kullanım oranı yaş ilerledikçe artmakta olup, kadınların ilaç kullanım oranı erkeklere göre yüksektir. Sürekli ilaç kullanma

noktasında daha bilinçli bir şekilde, akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi gerekmektedir. Kadınların daha çok sağlık hizmeti talep etmesinden dolayı verilen eğitimlerin daha çok kadınlar üzerine odaklanması gerekir.

- Bireylerin sağlık okuryazarlığını, sağlık arama davranışını, öz yeterliğini, sağlık algısını ve sağlık kaygılarını eğitimin etkilediği tespit edilmiştir. Sağlık okuyazarlık düzeyini, sağlık algısını ve özyeterlilikleri arttırmak amacıyla Sağlık Bakanlığına ve Milli Eğitim Bakanlığına büyük görev düşmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan kişilerin daha fazla kaygılı ve öz yeterlilikleri daha düşük olması sonucunda daha çok sağlık hizmeti talep edecektir. Gereksiz sağlık hizmeti talebinin azaltılması ve hastaların, bilinçli arama davranışı sergilemesinde eğitim büyük bir paya sahiptir. Hastaların bilinç düzeylerinin artırılması için politika düzenleyicilere ve hizmeti sunanlara büyük görev düşmektedir. Bu bağlamda politika düzenleyicilerinin; sağlık okuryazarlığı ile ilgili, uluslararası kuruluşlarla çalışmalar yürütmek, anne çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bilgilendirme çalışmaları yapmak, toplumun ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsemesi ve kontrol yeteneklerinin artırılmasına yönelik farkındalık oluşturmak, sağlık davranışını teşvik etmek için ulusal, yerel ve uluslararası düzeylerde işbirlikleri geliştirmek, yapılan faaliyetleri desteklemek ve bu alanda yapılan eğitimlere katkı sağlamak temel görevlerinden bazılarıdır.
- Bireylerin gelir düzeyi arttıkça sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı, öz yeterliliği, sağlık algısı artmış ve sağlık kaygısı azalmıştır. Bu sonuçlar ülkelerin refah seviyesinin sağlık hizmetleri üzerindeki önemini ortaya çıkarmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi yukarda belirtilen değişkenleri olumlu veya olumsuz bir şekilde dolaylı olarak etkilemektedir. Bu sonuçlar politika yapıcılara makro düzeyde politika yapmanın önemini vurgulamaktadır. Politika yapıcılar gelirin daha adaletli bir şekilde dağılımı için politika oluşturmalı ve bireylerin refah seviyesini yükseltmelidir. Ulusal ve

uluslararası kuruluşlarla işbirliği yaparak, ticareti geliştirerek, toplumun üretim süreçlerine katılımını sağlayarak makro politika hedefi çizilmelidir.

- Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık arama davranışı, sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır. Bu sonuç çalışma yapılan örneklemin hasta katılım ve aktiflik düzeyinde düşük olduğunun da dolaylı olarak bir göstergesidir. Kronik hastalıklarda hasta katılımı kişinin hem yaşam kalitesini hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemesini etkilemektedir. Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları yalnızca kişilerin bireysel sağlığı için önemli olmayıp aynı zamanda sağlık sistemlerinin etkinliği için de büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde kronik hastalığın yönetimi ile ilgili daha aktif çalışılması ve bireylerin aktif katılımını arttıracak politikaların yapılması önerilmektedir.
- Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça bir yıl içerisinde hekime başvuru oranı azalmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler gereksiz yere sağlık hizmeti talep etmeyip maliyet yükünü azaltacaklardır. Bu durum sonucunda sağlık hizmetine gerçekten ihtiyaç duyan bireylerin önündeki engeller ortadan kalkmış olacaktır. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti talebi için belirleyici bir faktör olup, hükümetlerin bu yöndeki politikalara ağırlık vermesi önerilmektedir. Eğitim düzeyi düşük bireyler için özel yöntemler uygulanmalı ve broşür ile basit görsel materyal geliştirilmelidir. Ayrıca yerel yönetimler, Hizmet sunanlar (Hekim, diş hekimi, hemşire, ebe vb), sivil toplum kuruluşları, medya ve üniversiteler ile iş birliği yaparak hareket edilmelidir.
- Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler, sağlık durumu ile ilgili herhangi bir sıkıntı yaşadıklarında daha çok sağlık arama davranışına yönelmektedir. Herhangi bir rahatsızlık hissedildiğinde sağlık arama davranışında bulunulmaması, kişide var olabilecek sağlık sorunlarının dahada ilerlemesine neden olabilir. Hastalığın ileri aşamasında ise

harcanan maliyet artacak kazanılan fayda azalacaktır. Genel sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler elde etmek isteyen toplumlar, bireylerin sağlık hizmetine katılımını destekleyici politikalar üretmelidir. Eğitim seviyesini yükseltmek için öncelikle aile bu konunun önemi anlatılmalıdır. Özellikle daha fazla sağlık arama davranışında bulunan kadınların eğitimi için ailelerle görüşülmeli ve onlara destek verilmelidir.

- Bireylerin sağlık okuryazarlığı, öz yeterliliği, sağlık algısı ve sağlık kaygısı, sağlık arama davranışını etkilemektedir. Sağlık okuyazarlığı ve öz yeterlilik bireylerin sağlığa verdiği önemi ve öz farkındalığını arttırmakta olup, bu durumda sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlık, sağlık algısını pozitif etkilemekte ve öz yeterliliği arttırmaktadır. Özyeterlilik ise sağlık kaygısını negatif yönde etkilemektedir. Öz yeterlilik arttıkça sağlık kaygısı azalmaktadır. Bireylerin öz yeterliliği ve sağlık okuryazarlığının artırılması için makro düzeyde uluslararası kuruluşların, sivil toplum kuruluşlarının sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirici hizmetlere yönelik politikalar oluşturması önerilmektedir. Mikro düzeyde ise, kişilerin kendi sağlıklarını yönetmede aktif bir rol üstlenebilmesi, sağlık durumu ile ilgili gerekli beceri, bilgi ve güveni kazanabilmesi, kendi durumları ile ilgili hem kararlara katılma hem de bilinçli tercihler yapması ile mümkündür. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmesi, hizmet sağlayıcılarla işbirliği yapıp, sağlıklarını korumada önemli bir rol üstlenebileceklerinin bilincinde olmaları önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

- Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, 2016. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Editör: Pınar Okyay ve Filiz Abacıgil, bölüm: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025 Baskı: 1, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, 21-41.
- ABD 2004. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, D.C., National Academies Press. Institute of Medicine.
- Abel T, 2007. Cultural Capital in Health Promotion. In Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. Eds: McQueen, DV, Kickbusch I, Springer, New York. p. 43-73.
- Acevedo-Garcia D, 2000. Residential Segregation And The Epidemiology Of Infectious Diseases. Soc. Sci. Med. 51, 1143–1161.
- ACSQHC 2013. Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality, Consultation Paper, Sydney. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F, 2013. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı İle Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 55, 3, 181-187.
- Adak N, 2016. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları, Sağlık Sosyolojisi, Özben, M., Ed., Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Erzurum, 1-15
- Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, 2013. Functional Health Literacy Mediates The Relationship Between Socio-Economic Status, Perceptions And Lifestyle Behaviors Related To Cancer Risk In An Australian Population, 91, 2, 206-212.
- Adler N, Boyce T, Chesney M, Cohen S, Folkman S, Kahn R, Syme L, 1994 Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. American Psychologist, 49, 15-24.
- Agheli L, Emamgholipour S, 2015. Determinants of life expectancy at birth in Iran: a modified Grossman health production function. Eur Online J Nat Soc Sci, 4, 2, 427–37.
- Agyemang C, van Hooijdonk C, Wendel-Vos W, Lindeman E, Stronks K, Droomers M, 2007. The association of neighbourhood psychosocial stressors and self-rated health in Amsterdam, the Netherlands. J Epidemiol Community Health, 61,12, 1042–9.
- Ağaçdiken S, Özdelikara A, Mumcu Boğa N 2017. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6, 2, 11 – 21.
- Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N, 2005. Self-Rated Health in Pakistan: Results Of A National Health Survey, BMC Public Health, 5-51.
- Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H, 2016. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma TAF Preventive Medicine Bulletin TAF Prev Med Bull 15, 4, 354-362.
- Akbulut Y, 2015. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi, In: Sağlık Okuryazarlığı, Ed: Yıldırım F, Keser A, Yayın no:3, Ankara, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, 113-32.
- Akdur R, 1998. Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler, Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, 11.
- Akman M, 2015. Sağlık Arama Davranışı Türk Aile Hekim Dergisi. 19,2, 53-54.
- Akpınar D, 2012. Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnancına, Bilgi Düzeyine ve Diyabet Yönetimine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Erzurum.
- Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM, 2017. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6,2, 11 – 21.



- Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. 2012 Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.
- Altındiş S, Baran İnci M, Gürkan Aslan F, Altındiş M, 2018. Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi Sakarya Tıp Dergisi, 8, 2, 359-370.
- Altsitsiadis E, Undheim T, De Vries E, Hinrichs B, Stockfleth E, Trakatelli M. 2012. Health literacy, sunscreen and sunbed use: an uneasy association. Br J Dermatol, 167, 2, 14-21.
- Al-Windi A, 2005. The Relations Between Symptoms, Somatic And Psychiatric Conditions, Life Satisfaction And Perceived Health. A Primary Care Based Study, Health And Quality Of Life Outcomes, 3,28, 1-9.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, 2018. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4th Ed., Text Rev.). Washington, DC: Author.
- Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr et al. 2014. AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol, 64, 139-228.
- Andersen A, Holstein BE, Due P, Hansen EH, 2009. Medicine Use For Headache In Adolescence Predicts Medicine Use For Headache In Young Adulthood. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 18, 619-23.
- Aras Z, Bayık Temel A, 2017. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. F.N. Hem. Dergisi, 25,2, 85-94.
- Arber S, Cooper H, 1999. Gender Differences In Health In Later Life: The New Paradox? Social Science and Medicine, 48, 61-76.
- Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S, 2007. Hastalık Algısı Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri. 10, 192-200.
- Ashraf H, Tonnesen P, Holst Pedersen J, Dirksen A, Thorsen H, Dossing M, 2009. Effect Of CT Screening On Smoking Habits At 1-Year Follow-Up In The Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST). Thorax, 64,5, 388-392.
- Ashworth HW, 1963. An Experiment In Presymptomatic Diagnosis. J. R. Coll. Gen. Pract. 6, 71.
- Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M, 2010. Health Anxiety: Current Perspectives And Future Directions. Current Psychiatry Reports, 12, 306-312. <http://Dx.Doi.Org/10.1007/S11920-010-0123-9>
- Asmundson, G.J.G, Taylor S, Carleton R.N, Weeks J.W, Hadjistavropoulos H.D, 2012. Should Health Anxiety Be Carved At The Joint? A Look At The Health Anxiety Construct Using Factor Mixture Modeling In A Non-Clinical Sample. Journal of Anxiety Disorders, 26, 246-251.
- Avcı E, 2013. Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Saptama, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C, 2011. Sağlık Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenirlik Ve Geçerlilik Çalışması. 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya.
- Aydiner B.B, 2011. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Amaçlarının Alt Boyutlarının Genel Öz-Yeterlik Yaşam Doyumu ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın D, Aba YA, 2019. Sağlık Okuryazarlığı ve Emzirme Öz-Yeterliliği İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,12,1, 31-39.

- Aydoğar M, 2018. Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hastaların Sağlık İnançına, Öz Etkililik Algısına Ve Karar Verme Düzeyine Etkisi: Bakım Etiği Boyutuyla” T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 21.
- Aypay A, 2010. Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 11,2, 113- 131.
- Ayrancı Ü, 2005. Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14,5,113.
- Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T, 2012. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from, 1998 – 2011.
- Bahar A, Savaş HA, Bahar G, 2010. Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 3, 216-222.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, 1998. Health Literacy And The Risk Of Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine, 13, p.791- 98.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J, 2007. Health Literacy And Mortality Among Elderly Persons. Arch Intern Med, 167,14, 1503-1509.
- Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK, 2003. Use Of The Internet And E-Mail For Health Care Information, JAMA, 289, 2400-2406.
- Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, Rehm J, 2009. Alcohol As A Risk Factor For Type 2 Diabetes: A Systematic Review And Meta-Analysis. Diabetes care, 32,11, 2123-32. doi: 10.2337/dc09-0227.
- Baloğlu B, 2006. Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açışıyla Sağlık ve Hastalık, İstanbul: Der Yayınları.
- Bandura A, 1986. Social Foundation Of Thought And Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. 2016. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. Int J Behav Med, 23,5, 595-605.
- Barnes P M, Bloom B, Nahin R. 2007. Yetişkinler Ve Çocuklar Arasında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı: Amerika Birleşik Devletleri. CDC Ulusal Sağlık İstatistikleri Raporu.
- Barsky A. J, Ettner S L, Horsky J, Bates D. W. 2001. Resource Utilization Of Patients With Hypochondriacal Health Anxiety And Somatization. Medical Care, 39, 705–715.
- Bass, SB, ve ark, 2006. Relationship Of Internet Health Information Use With Patient Behavior And Self-Efficacy: Experiences Of Newly Diagnosed Cancer Patients Who Contact The National Cancer Institute's Cancer Information Service. Journal of Health Communication, 11,2, 219-236.
- Batlaş Z, Batlaş A, 1996. Stres ve Baş Etme Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baum A, Grunberg N.E, 1991. Gender, Stress And Health. Health Psychology 10,2, 80-85.
- Baumgartner SE, Hartmann T, 2011. The Role Of Health Anxiety In Online Health Information Search. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 14,10, 613-8.
- Baumgartner SE, Hartmann T, 2011. The Role Of Health Anxiety In Online Health Information Search Cyberpsychology. Behavior and Social Networking, 14,10, 613–618.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD 2002. Physician-Patient Communication İn The Primary Care Office: A Systematic Review. J Am Board Fam Pract 15, 25-38.
- Bek N, 2008. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız.1.Basım Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730.
- Belloc NB, Breslow L. 1972. Relationship Of Physical Health Status And Health Practices.” Preventive Medicine, 1,3, 409-421.
- Bendelow G. 1993. Pain Perceptions, Emotions And Gender. Sociology Of Health And Illness. 15,3, pp 273-94.

- Berg GV, Hedelin B, Sarvimaki A, 2005. A Holistic Approach To The Promotion Of Older Hospital Patients' Health. *International Nursing Review*, 52,1, 73-80.
- Berkman L, Kawachi I, 2000. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
- Berkman L. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesinde Sosyal İlişkilerin Rolü. *Psikosomatik Tıp*, 57,3, 245-254.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M, 2011. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence 212 Report/Technology Assessment No. 199. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Betz CL, Ruccione K, Meeske K, Smith K, Chang N, 2008. Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. *Pediatric Nursing*, 34,3, p.231-39.
- Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L, 2014. Mass Index And Risk Of 22 Specific Cancers: A Population-Based Cohort Study of 5.24 million UK adults. *Lancet* 384-755.
- Biçer E, 2009. Parçalanmış ve Tam Aileye Sahip Ergenlerin Atılgnlık Ve Sosyal Yetkinlik Beklenti Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bilir N, 2006. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları Toplum Hekimliği Bülteni, 25, 3, 1-6.
- Bircher J, 2005. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Med Health Care Philos*, 8,3, 335-41.
- Biröl L, 1997. Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, İzmir.
- Biröl L, 2005. Hemşirelik Süreci. İzmir Etki Matbaacılık, 7. Baskı. 16-18.
- BMJ, 2018. *British Medical Journal Alcohol Problems*. Publications, London. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2927> (Published 01 August 2018) Cite this as: BMJ 362, 2927.
- Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M, 2000. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51,9, 1343-1350.
- Bolsoy N, Sevil Ü, 2006. Sağlık- Hastalık ve Kültür Etkileşimi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9, 3, 78-87.
- Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Cannon EA, Fishman PA, Carrell D, Reid RJ, Thompson RS, 2008. Health Care Utilization And Costs Associated With Childhood Abuse. *J Gen Intern Med*, 23, 294-299.
- Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA, 1997. Whitehall II (Prospektif Kohort) Çalışmasında Düşük İş Kontrolü Ve Koroner Kalp Hastalığı Riski. *İngiliz Tıp Dergisi*, 314, 558-565.
- Bouwman, Machtelt et al, 2010. Doctor Google'ending The Diagnostic Odyssey İn Lysosomal Storage Disorders: Parents Using İnternet Search Engines As An Efficient Diagnostic Strategy İn Rare Diseases. *Archives Of Disease İn Childhood*, Archdischild,171, 827.
- Bozkurt F, 2014. Sağlıklı Yaşam Pazarlamasında, Kişisel Değerlerle Sağlığın Tanımının Sağlıklı Yaşam Tarzı Üzerindeki Etkisi ve Bir Araştırma. Marmara Niversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora tezi.
- Brennan Ramirez LK, Baker EA, Metzler M, 2008. Promoting Health Equity: A Resource To Help Communities Address Social Determinants Of Health. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

- Brink E, Alsen P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C, 2012. General Self- Efficacy and Health-Related Quality of Life After Myocardial Infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 17,3, 346-355.
- Broom A, 2005. Virtually Healthy: The Impact Of İnternet Use On Disease Experience And The Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research*, 15,3, 325-345.
- Browne K, 2014. Sosyolojiye Giriş, Çev. İ. Kaya, Say Yayınları, İstanbul 492.
- Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E, 2015. Sağlık Davranışı Modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5,1, 28-34.
- Burdurlu H.S Karadeniz F, 2003. Gıdalarda Diyet Lifinin Önemi. *Gıda Mühendisliği Dergisi*, 7,15, 18-25.
- Bury M, 1998. Postmodernity and Health. *Modernity, Medicine and Health*, Ed. Graham Scambler ve Paul Higgs, London: Routledge.
- Büyüköztürk Ş, 2007. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F, 2010. Bilimsel Araştırma Yöntemleri 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Byrne BM, 2010. Testing For The Factorial Validity of a Theoretical Construct. *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications, and Programming*. 2nd ed. New York: Routledge; p.74-82
- Cassady Joslyn D, Charles H, Hugh MM, Scott A.S, John S, Myfanwy C, Karl JM, 2006. Beyond Compliance: Environmental Health Problem Solving, İnteragency Collaboration, And Risk Assessment To Prevent Waterborne Disease Outbreaks. *J Epidemiol Community Health*, 60, 672–674.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2017. What Are The Risk Factors For Lung Cancer? Atlanta: Centers For Disease Control And Prevention, Division Of Cancer Prevention And Control, Centers For Disease Control And Prevention. [http://www.cdc.gov/cancer/lung/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm), Accessed date.
- Ceylan S, 2017. Kadın Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarına Sağlık İnanç Düzeylerinin Etkisi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi s.19.
- Champion VL, Skinner CS, 2008. The Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, And Practice*. 4nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass; p. 45-62.
- Chang SH, Crogan NL, Wung SF, 2007. The Self-Care Self-Efficacy Enhancement Program For Chinese Nursing Home Elders. *Geriatric Nursing*, 28,1, 31-36.
- Cho YLK, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS, 2008. Effects Of Health Literacy On Health Status And Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Soc Sci Med*, 66, 1809-1816.
- Cho YI, Lee S.YD, Arozullah AM, Crittenden KS, 2008. Effects Of Health Literacy On Health Status And Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816.
- Chung JE, 2013. Patient-Provider Discussion Of Online Health İnformation: Results From The 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*,18, 6, 627-648.
- Cirhinlioğlu Z, 2014. Sağlık Sosyolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık 6. basım.
- Cline RJW, Haynes KM, 2001. Consumer Health İnformation Seeking On The İnternet: The State Of The Art, *Health Education Research*,16, 671- 692.
- Cline RJW, Penner LA, Harper FWK, Foster TS, Ruckdeschel JC, Albrech TL, 2007. The Roles Of Patients' İnternet Use For Cancer İnformation And Socioeconomic Status İn Oncologist–Patient Communication, *Journal Of Oncology Practice*, 3, 167-171.

- Cockerham WC, Dingwall R, Quah S, 2014. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Colliver JD, Mallin H, 1986. State An National Trends İn Alcohol-Related Mortality, 1975–1982. Alcohol Health Res. World 10, 60–64.
- Conner M, Norman P, 2015. In: Predicting and Changing Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models, third ed. Open University Press, Maidenhead.
- Conner M, Norman P, 1995. Predicting Health Behaviour. Open University Press, Buckingham.
- Conner M, Norman P, 2005. In: Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models, second ed. Open University Press, Maidenhead.
- Conner MT, 2001. Health behaviors. In: Smelser, N.J., Baltes, P.B. (Eds.), The International Encyclopedia of the Social & Behavioural Sciences. vol. 10. Elsevier Science, Oxford, pp. 6506–6512.
- Cornally N, McCarthy G, 2011. Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. Br J Community Nurs, 16, 90-98.
- Coşkun S, Ilgar Z, 2004. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Deneyimi Çalışmalarının Adayların Öz Yeterlik Algılarına Etkisi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 6-9 Temmuz, İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Malatya.
- Cotton SR, Gupta SS, 2004. Characteristics Of Online And Offline Health Information Seekers And Factors That Discriminate Between Them. Soc. Sci. Med, 59, 1795-1806.
- Coulter A. Ellins J, 2007. Effectiveness Of Strategies For Informing, Educating, And Involving Patients. British Medical Journal, 335, 24-27.
- Çınarlı İ. 2008. Sağlık İletişimi ve Medya, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım s.10.
- Çimen Z, Bayık Temel A, 2017. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33, 3, 105-127.
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş, 2010. SosyalBilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem.Net. p.275-85.
- Dağlı GH, 2006. Türkiye’ de Sağlık Sektörünün Yapısı. Ankara Üniversitesi, YYLT, Ankara, SBE, s. 12.
- Deaton A 2006. Global Patterns Of Income And Health: Facts, Interpretations And Policies, NBER Working Paper Series, 12735.
- Dennerstein L, Feldman S, Murdaugh C, Rossouw J, Tennstedt S, 1997 XIV. Dünyadaki Gerontoloji Kongresi Bildirileri: 2000'in Ötesindeki Yaşlanma: Tek Dünya Bir Gelecek. Adelaide: Uluslararası Gerontoloji Derneği. Yaşlanmada Cinsiyet ve Sağlık Sorunları, 29–32.
- Denton M, Prus S, Walters V, 2004. Gender Differences İn Health: A Canadian Study O The Psychosocial, Structural And Behavioral Determinants Of Health. Soc Sci Med, 58,12, 585-600.
- Diez Roux AV, 2001. Investigating Neighborhood And Area Effects On Health. Am. J. Public Health, 91, 11, 1783–1789.
- Diez Roux AV, Mair C, 2010. Neighbourhoods and Health (Annals of the New York Academy of Sciences. Issue: The Biology of Disadvantage), Annals of the New York Academy of Sciences, ISSN 00778923.
- Dişciğil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya Oklay A, 2006. Toplum İçinde Yaşayan Ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi. Türk Geriatri Dergisi, 9, 3, 117-121.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I, 1994. Mortality İn Relation To Smoking: 40 Years’ Observations On Male British Doctors. Br. Med. J. 309, 901-911.
- Doni N, Şimşek Z, Gürses G, Özer M, 2009. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4,2, 21-34.

- Dunn HL, 1959. High Level Wellness for Man and Society. American Journal of Public Health, 49, 6, 787-790.
- Dunn JR, 2000. Housing And Health Inequalities: Review And Prospects For Research. Hous. Stud, 15, 341-366.
- Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE, 2014. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Eicher K, Wieser S, Bruegger U, 2009. The Costs Of Limited Health Literacy: A Systematic Review. International Journal Of Public Health, 54,5, 313-324.
- Eisenberg JM, 1997. People With Low Income, [Http://Www.healthypeople.gov/data/progrvw/Pdfs/Proglowincm.pdf](http://www.healthypeople.gov/data/progrvw/Pdfs/Proglowincm.pdf).
- Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin M.N, İbrikçi S, 1994. Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. Hemşirelik Bült, 8, 32, 28-36.
- Erengin KH, Dedeoğlu N, 1997. Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık. Toplum ve Hekim, 12,77, 11-15.
- Erengin H, Dedeoğlu N, 1997. Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu Algılanan Sağlık, Toplum ve Hekim, 12, 77, 11-16.
- Ergül Ş, 2005. Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8, 2, 99-100.
- Eric JC, 1976. The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship, Lippincott, New York.
- Erkmen O, 2010. Gıda Kaynaklı Tehlikeler ve Güvenli Gıda Üretimi” Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 53, 220-235.
- Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal-Gökçe Y, Yücel M, 2000. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonsiyonel -Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 3,1, 6-10.
- Esin MN, Bulduk S, Dural Ç, Şenolan G, Temel E, 2007. Erişkin Bireylerin İlaç Kullanma İle İlgili Davranışları. İstanbul Üniversitesi Florance Nightale Hemşirelik Dergisi,15, 139-45.
- Esin N, 1997. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Evans GW, Wells NM, Moch A, 2003. Housing And Mental Health: A Review Of The Evidence And A Methodological And Conceptual Critique. J. Soc, 59, 475-500.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults, 1993. Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high cholesterol in adults. J. Am. Med. Assoc. 269, 3015-3023.
- Fava GA, Ruini C, Tomba E, Wise TN, 2012. The Biopsychosocial Factor. Psychother Psychosom, 81, 1-4.
- Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M, 2008. Frequent Attenders İn Primary Care: Impact Of Medical, Psychiatric And Psychosomatic Diagnoses. Psychother Psychosom 77, 306-314.
- Field D, 1976. The Social Definition of İllness, An İntroduction to Medical Sociology, Edit. David Tuckett, London, Tavistock Publications, p.334-335.
- Field A. 2005. Discovering Statistics Using SPSS. London: SAGE Yayınları.
- Filiz E, 2018. Sağlık Politikası. Bölüm: Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme. Editör: Dilaver Tengilimoğlu. Nobel yayıncılık 1.baskı Ekim.

- Fine LJ, Philogene GS, Gramling R, Coups EJ, Sinha S, 2004. Prevalence Of Multiple Chronic Disease Risk Factors. 2001 National Health Interview Survey. *Am. J. Prev. Med.* 27, 18-24.
- Fink P, Ornbol E, Christensen KS, 2010. The Outcome Of Health Anxiety İn Primary Care. A Two-Year Follow-Up Study On Health Care Costs And Self-Rated Health. *PLoS One*, 5, 9873.
- Finney, S. J, 2010. Factor Analysis: Exploratory And Confirmatory. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *The Reviewer's Guide To Quantitative Methods İn The Social Sciences*, New York: Routledge, pp. 93-114.
- Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS, 1997. Chronic Painassociated Depression: Antecedent Or Consequence Of Chronic Pain? A Review. *Clin J Pain*, 13, 2, 116-137.
- Folland, S, Goodman AC, Stano M, 2007. *The Economics Of Health And Health Care*. (Fifth Edition). New Jersey: Pearson Prentice Hall. S.195.
- Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E, 2015. The Cardiac Self-Efficacy Scale, A Useful Tool With Potential To Evaluate Person-Centred Care. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14, 536-543.
- Fraenkel JR, Wallen NE, 2008. *How To Design And Evaluate Research İn Education* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Freedman V, Martin L, 1999. The Role Of Education İn Explaining And Forecasting Trends İn Functional Limitations Among Older Americans. *Demography*, 36,4, 461-73.
- Friedman GD, Dales LG, Ury HK, 1979. Mortality İn Middle-Aged Smokers And Non-Smokers. *N. Engl. J. Med*, 300, 213-217.
- Friend, MA, 2010. *Fundamentals Of Occupational Safety And Health* (5th Ed). Lanham, Md: Government Institutes.
- Fu H, Feng D, Tang S, He Z, Xiang Y, Wu T, et al, 2017. Prevalence of Tobacco Smoking and Determinants of Success in Quitting Smoking among Patients with Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study in Rural Western China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,14, 2, 167.
- Gallagher S, Doherty DT, 2009. Searching For Health İnformation Online: Characteristics Of Online Health Seekers. *J Evid Based Med*, 2, 2, 99-106.
- Garcy AM, Vagerö D, 2012. The Lenght Of Unemployment Predicts Mortality, Differently İn Men An Women And By Cause Of Death:A Six Year Mortality Follow Up Of Swedish, 1992-1996 recession. *Soc Sci Med*, 74,12, 1911-20.
- Giddens A, 2000. *Sosyoloji*, Ayraç Yay., Ankara, s. 226.
- Gillis AJ, 1993. Determinants Of A Health - Promoting Lifestyle: An Integrative Reviev. *Journal Of Advanced Nursing*, 18,3, 345-353.
- Gilmore BC, McKee M, Rose R, 2002. Determinants Of And İnequalities İn Self Perceived Health İn Ukraine. *Soc Sci Med*, 55, 12, 2177-88.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, 2008. *Health Behavior And Health Education: Theory, Research, And Practice* (4th Ed). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al, 2014. Heart Disease And Stroke Statistics-2014 Update: A Report From The American Heart Association. *Circulation*,129, 280-292.
- Good CM, 1987. *Etnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press.
- Gözüm S, Aksakay S, 1999. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik Ve Geçerliliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2,1, 21-34.
- Gözüm S, Çapık C, 2014. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7, 3, 230-237.

- Grant Valerie V, Stewart Sherry HM, Cynthia D, 2009. Coping-Anxiety And Coping-Depression Motives Predict Different Daily Mood-Drinking Relationships. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 2, 226-237.
- Greaves L, 1999. CIHR 2000, Sex, Gender and Women's Health. (Vancouver: British Columbia Centre for Excellence for Women's Health).
- Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F, 2011. Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları *Klinik Psikiyatri*,14, 131-142.
- Gülesen Ö, 1995. Çalışma Tipleri. İçinde: Çağdaş Epidemiyoloji. Uludağ Üniversitesi Basımevi, 43-79.
- Günel M, 2007. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, p.3.
- Güven A, 2016. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Halbert LD, 1959. High Level Wellness for Man and Society. *American Journal of Public Health*, 49, 6, 788.
- Hardey M, 1999. Doctor In The House: Internet As A Source Of Health Knowledge And A Challenge To Expertise. *Sociology Of Health And Illness*, 21, 820-835.
- Hart J, Björgvinsson T, 2010. Health Anxiety And Hypochondriasis: Description And Treatment Issues Highlighted Through A Case Illustration. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 74,2, 122-140.
- Hausmann Muela S, Muela Ribera J, Toomer E, Peeters Grietens K, 2012. The Pass-Model: A Model For Guiding Health-Seeking Behavior And Access To Care Research. *Malaria Reports*, 2, 1.
- Hausmann-Muela S, Muela Ribera J, Nyamongo I, 2003. Health-Seeking Behaviour And The Health System Response. DCPD Working Paper No, 14.
- Hawe P, Schiell A, 2000. Social Capital And Health Promotion: A Review. *Soc. Sci. Med*, 51, 6, 871-885.
- Hayran O, Sur H, 1998. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Çevik Matbası (haziran 1998). Savaş cilt evi, Nobel Kitapevleri, s 16-17.
- Health Literacy Connection 2016. What Influences Health Literacy? Erişim Tarihi: 12/03/2016. <http://www.healthliteracyconnection.ca/influences.aspx>.
- Hjelm K, Atwine F, 2011. Health-Care Seeking Among Persons With Diabetes In Uganda: An Interview Study. *BMC Int Health Hum Rights*, 11, 11.
- HON, 1999. Health on the Net Foundation, HON's fourth survey on the use of the Internet for medical and health purposes. Available on the World Wide Web at: [www.hon.ch/Survey/ResumeApr99.html](http://www.hon.ch/Survey/ResumeApr99.html).
- Hooper D, Coughlan J, Mullen MR, 2008. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 1, 53-60.
- House J, Robbins C, Metzner H, 1982. Sosyal İlişkilerin Ve Aktivitelerin Mortalite İle İlişkisi: Tecumseh Toplum Sağlığı Çalışmasından İleriye Dönük Kanıtlar. *Amerikan Epidemiyoloji Dergisi*, 116, 123-140.
- House JS, Landis KR, 1988. Umbeson D. Social Relationships And Health. *Science*, 241,4865, 540-5.
- Howden-Chapman P, 2002. Housing And Inequalities In Health. *Epidemiol. Community Health*, 56, 645-646.
- Howell DA, Smith AG, Roman E, 2008. Help-Seeking Behaviour In Patients With Lymphoma. *Eur J Cancer Care*,17, 394-403.
- Hoyman HS, 1975. Rethinking An Ecologic-System Model Of Man'S Health, Disease, Aging, Death. *The Journal Of School Health*, 15,9, 509-518.



- Hu LT, 1999. Bentler PM. Cutoff Criteria For Fit Indexes In Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*. 6, 1, 1-55.
- Hunt K, Annadale E, 1999. Relocating Gender And Morbidity: Examining Men's And Women's Health In Contemporary Western Societies. *Introduction To Special Issue On Gender And Health. Social Science & Medicine*, 48, 1-5.
- Iacobucci D, 2010. *Structural Equations Modeling: Fit Indices, Sample Size, And Advanced Topics*. *J Cons Psychol*, 20, 1, 90-8.
- IBSR, 2012. *Independent Uk Panel On Breast Cancer Screening. The Benefits And Harms Of Breast Cancer Screening: An Independent Review*. *The Lancet*, 380, 1778-86.
- Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E, 2008. Measuring Functional, Communicative, And Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31, 874-9.
- Işık K, 1994. Konut Koşullarının İnsan Sağlığı Üzerine Etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 1, 1, 68-71.
- İlhan M, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S, 2006. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar Toplum Hekimliği Bülteni, 25, 33 -4.
- Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D, 2012. Tobacco Smoking Among People Living With A Psychotic Illness: The Second Australian Survey Of Psychosis, *Aust. N Z J Psychiatry*, 46,9, 851-863.
- Janzen JM, 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press
- Johnson PH, Kittleson MJ, 2003. A Qualitative Exploration Of Health Behaviors And The Associated Factor Among University Students From Different Cultures. *The International Electronic Journal Of Health Education*, 6, 14-25.
- Jones GR, 1983. Psychological Orientation And The Process Of Organizational Socialization: An Interactionist Perspective. *Academy Of Management Review*, 8, 464-474.
- Kadioğlu H, Yıldız A, 2012. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32, 47-53.
- Kanj M, Mitic W, 2009. *Promoting Health And Development: Closing The Implementation Gap*. 7.Global Conference On Health Promotion Nairobi, Kenya.
- Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Ünsal ÇZ, Hayırlıdağ M, 2015. Örnek Büken N. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği İle Yönetmelik Taslağı'nın Karşılaştırılması *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2, 2, 117-26.
- Karapıçak ÖK, Arslan S, Utku Ç, 2012. Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1,1, 43-51.
- Karasek R, Theorell T, 1990. *Sağlıklı Çalışma*. New York: Temel Kitaplar; 1990.
- Karayağız Muslu G, Başbakkal Z, 2013. Planlı Davranış Teorisi ve Emzirme Davranışı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 25,1, 28-40.
- Kasl SV, Cobb S, 1966. Health Behavior, Illness Behavior, And Sick-Role Behavior: I. Health And Illness Behavior. *Archives Of Environmental Health*, 12, 2, 246-266.
- Kawachi B, Kennedy BP, 1997. Sağlıkın Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: Sağlık ve Sosyal Uyum: Neden Gelir Eşitsizliğine Dikkat Etmelisiniz? *İngiliz Tıp Dergisi*, 314, 1037-1040.
- Kawachi I, Berkman L, 2000. *Sosyal Uyum, Sosyal Sermaye Ve Sağlık*. In: Berkman L, Kawachi I, Editörler. *Sosyal Epidemiyoloji*. New York: Oxford Üniversitesi Yayınevi.
- Kawachi I, Subramanian S.V, Kim D, 2008. *Social Capital and Health*. Springer, New York.

- Kaya M, 2017. Kişilerin Sağlık Okuryazarlıkları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Değerlendirilmesi; Kırıkkale Örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisan Tezi.
- Kelleway EK, 1998. Assessing Model Fit. Using Lisrel For Structural Equation Modeling. 3 ed. USA Sage Publications, p.23-40.
- Kellner R, 1986. Somatization and Hypochondriasis. New York, Praeger, 1986
- Keskin GÜ, Orgun F, 2006. Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7, 92-96.
- Khraim FM, Carey MG, 2009. Predictors Of Prehospital Delay Among Patients With Acute Myocardial Infarction. Patient Educ Couns, 75, 155–161.
- Kıyılıoğlu L, Dönmez A, 2016. HIV/AIDS'e Yol Açan Riskli Cinsel Davranışla İlişkili Psikososyal ve Kültürel Etmenler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8, 4, 367-379.
- Kızılcıkel S, 1996. Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, İzmir, Saray Kitabevleri, 80-81.
- Kickbusch I, 2011. Health Literacy: An Essential skill for the Twenty -First Century. Health Education, 2,108, p.101-04.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, 2013. World Health Organization, Health Literacy the Solid Facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, p.13.
- Kim JH, Noh J, Choi JW, Park EC, 2017. Association Of Education And Smoking Status On Risk Of Diabetes Mellitus: A Population-Based Nationwide Crosssectional Study. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 14, 6, 655.
- Kim Y, Leventhol B, Koh Y, Hubbard A, Boyce W, 2006. School Bullying And Youth Violence: Causes Or Consequences Of Psychopathologic Behavior? Arch. Gen Psychiatry, 63, 1035-1041.
- Kim J, 2010. Neighbourhood Disadvantage And Mental Health: The Role Of Neighbourhood Disorder And Social Relationships. Soc. Sci. Res, 39, 2, 260–271.
- Kim S, Southwell B, 2010. Driven To The Internet? Satisfaction With Physicianpatient Communication As A Predictor Of Consumers' Online Information Seeking. Conference Papers ~ International Communication Association.
- Klångard SK, 2011. Unemployment As A Psycho-Social Stressor During Economic Recession, Well-Being In Employed Vs. Unemployed Workers In Iceland. Web Adresi: [http://skemman.is/stream/get/1946/7442/19884/1/BS\\_thesis\\_2011.pdf](http://skemman.is/stream/get/1946/7442/19884/1/BS_thesis_2011.pdf) (Erişim Tarihi: 05.01.2014) s.39.
- Kroeger A, 1983. Anthropological And Socio-Medical Health Care Research In Developing Countries. Social Science & Medicine, 17, 147-161.
- Kung HC, Hoyert DL, Xu JQ, Murphy SL, 2008. Deaths: Final Data For 2005. National Vital Statistics Reports, 56,10.
- Kuo FY, Chu TH, Hsu MH, Hsieh HS, 2004. An Investigation Of Effort–Accuracy Trade-Off And The Impact Of Self-Efficiency On Web Searching Behaviors. Decision Support Systems, 37, 3, 331-342.
- Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z, 2010. Yaşlıların Sorunları Ve Yaşam Memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi, 24,2, 32-34.
- Küçük E, 2011. Planlanmış Davranış Teorisi Çerçevesinde Mali Müşavir (Smmm) Olma Niyetinin Altında Yatan Faktörlerin Analizi. Zkü Sosyal Bilimler Dergisi, 7, 14, 145- 162.
- Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef M, Patijn J, 2005. Quality Of Life In Chronic Pain Is More Associated With Beliefs About Pain, Than With Pain Intensity. Eur J Pain, 9, 15-24.

- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH, 2000. Smoking And Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study, *JAMA*, 284, 20, 2606-2610.
- Larson JL, 1991. *The Measurement of health. Concepts and Indicators.*, Greenwood Press, US, p.1.
- Larson JS, 1991. *The Measurement of Health: Concepts and Indicators.* Greenwood Publishing Group, 1-7.
- Larsson D, Halleröd B, 2008, Poverty, Welfare Problems and Social Exclusion. *International Journal Of Social Welfare*, 17, 15-25.
- Leganger A, Kraft P, 2003. Control Constructs: Do They Mediate The Relation Between Educational Attainment And Health Behaviour? *J Health Psychol*, 8, 361-72.
- Lenhart A, Rainie L, Lewis O, 2000. Teenage life online: the rise of the instant-message generation and the Internet's impact on friendships and family relations, Pew Internet and American Life Project, Available on the World Wide Web at: <http://www.pewinternet.org/PPF/r/36/reportdisplay.asp>.
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz D, 1980. The Common Sense Representation Of Illness Danger; In Rachman S (Ed): *Medical Psychology*, 2. New York, Pergamon Press, p. 7-30
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, 2010. American Heart Association Strategic Planning Task Force And Statistics Committee. Defining And Setting National Goals For Cardiovascular Health Promotion And Disease Reduction: The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 And Beyond. *Circulation*, 121,4, 586-613.
- Locker D, 1983. *Disability and Disaduanrage: The Consequences of Chronic Illness.* Tavistock, London.
- Lorenc T, Clayton S, Neary D, Whitehead M, Petticrew M, Thomson H, Cummins S, Sowden A, Renton A, 2012. Crime, Fear Of Crime, Environment, And Mental Health And Wellbeing: Mapping Review Of Theories And Causal Pathways. *Health Place* 18, 757-765.
- Lowrey W, Anderson WB, 2006. The Impact Of Internet Use On The Public Perception Of Physicians: A Perspective From The Sociology Of Professions Literature. *Health Communication*, 19, 2, 125-131.
- Lucock MP, Morley S, 1996. The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 137-150.
- Luszczynska A, Schwarzer R, 2004. Planning And Self-Efficacy In The Adoption And Maintenance Of Breast Self-Examination: A Longitudinal Study On Self-Regulatory Cognitions. *Psychology And Health*, 18, 93-108.
- Lynch JW, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, Wolfson M, 2004. Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review, *Milbank Quarterly*, 82,1, 5-99.
- Lynch KS, 1997. Cumulative Impact Of Sustained Economic Hardship On Physical, Cognitive, Psychological, And Social Functioning. *new England Journal Of Medicine*, 337, 26, 1889-1895.
- Macintyre S, 1993. Gender Differences In The Perceptions Of Common Cold Symptoms. *Soc. Sci. Med.* 36, 15.
- Macintyre S, Annandale E, Ecob R, Ford G, Hunt K, Jamieson B, Maciver S, West P, Wyke S, 1989. The West Of Scotland Twenty-07 Study: Health In The Community. In *Readings For A New Public Health* (Edited By Martin C. J. And Mcqueen D. V.), 56-74.
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S, 2002. Place Effects On Health: How Can We Conceptualise, Operationalise And Measure Them? *Social Sci. Med.* 55, 125-139.
- Macintyre S, Hunt K, Sweeting H, 1996. Gender Differences In Health: Are Things Really As Simple As They Seem? *Social Science And Medicine*, 42,4, 617-24.

- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JJM, 1997. Batı Avrupa'da Morbidite ve Mortalitede Sağlık Sosyoekonomik Eşitsizliklerinde Sosyo-ekonomik Eşitsizlikler Üzerine Çalışma Grubu. *Lancet*, 349, 9066, 1655-9.
- Maddocks HL, 2012. Underemployment, Unemployment, and Mental Health, The School of Graduate and Postdoctoral Studies, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Canada, The University of Western Ontario, p.74.
- Magnusson RS, 2009. Rethinking Global Health Challenges: Towards A "Global Compact" For Reducing The Burden Of Chronic Disease. *Public Health*, 123, 265-74.
- Mahadevan R, 2013. Health Literacy Fact Sheets. Center For Health Care Strategies, USA, Erişim Tarihi: 25/01/2016. <http://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets>.
- Manderson L, 1999. Social Meaning And Sexual Bodies: Gender, Sexuality And Barriers To Women's Health Care. *Gender And Health*. Pollard, T. ve Hyatt S. B. (Ed.). UK: Cambridge University Press, 75-93.
- Mapelli V, 1993. Health Needs. Demand For Health Services And Expenditure Across Social Groups In Italy. An Empirical Investigation. *Soc Sci Med*, 36,8, 99-1009.
- Marinker M, 1975 Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*, 1, 81-4.
- Marmot 2005. Social determinants of health inequalities *Lancet*, 365, 1099-1104.
- Marsh HW, Grayson D, 1995. Latent Variable Models Of Multitrait-Multimethod Data. In R. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues And Applications*, Thousand Oaks, CA: Sage, 177-198.
- Matud MP, 2016. Gender And Health Submitted: April 21st 2016 Reviewed: August 29th 2016 Published: February 1st 2017.
- Maville JA, Huerta C.G, 2002. Health Promotion in Nursing, USA. Delmar, 1-17.
- McDonough P, Walters V, Strohschein L, 2002. Chronic Stress And The Social Patterning Of Women's Health In Canada. *Social Science And Medicine*, 54, 5, 767-82.
- Melli G, Carraresi C, Poli A, Bailey R, 2016. The Role Of Metacognitive Beliefs In Health Anxiety / Personality And Individual Differences, 89, 80-85.
- Mercier C, Peladeau N, Tempier R, 1998. Age, Gender And Quality of life. *Community mental Health Journal*, 34,5, 487-500.
- Miner J.B, 2005. *Organizational Behavior 1*. Armonk, N.Y: M.E. Sharpe.
- Morowatisharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, Ruchi GB, Ehrampoush MH, 2006. Selfefficacy And Health Promotion Behaviors Of Older Adults In Iran. *Social Behavior And Personality*, 34,7, 759-768.
- Munro BH, 2005. *Statistical Methods For Health Care Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.351-76.
- Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JM, 2012. Cyberchondriasis: Fact Or Fiction? A Preliminary Examination Of The Relationship Between Health Anxiety And Searching For Health Information On The Internet. *Journal Of Anxiety Disorders*, 26,1, 189-196.
- Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG, 2012. Cyberchondriasis: Fact Or Fiction? A Preliminary Examination Of The Relationship Between Health Anxiety And Searching For Health Information On The Internet. *Journal Of Anxiety Disorders*, 26, 1, 189-196.
- Mutlu A, Işık AK, 2012. Sağlık Ekonomisine Giriş (Üçüncü basım). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 85.
- Nakao M, Shinozaki Y, Ahern DK, Barsky AJ, 2011. Anxiety As A Predictor Of Improvements In Somatic Symptoms And Health Anxiety Associated With Cognitive-Behavioral Intervention In Hypochondriasis. *Psychother Psychosom*, 80, 151-158.

- Nazlı A, 2007. Tıbbi Yardım Aramada Etkili Bir Sosyal Olgu: Danışma Sistemi, Sağlık ve Toplum Dergisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayınları, 17, 1, 9-16.
- Nettleton S, 1995. The Sociology Of Health and Illness, Polity Press, Cambridge.
- Nina SP, Ruth MP, Joanne RN, David WB, Mark VW, 1996. Shame And Health Literacy: The Unspoken Connection, Patient Education And Counseling, 27, 33-39.
- Noar SM, Chabot M, Zimmerman RS, 2008. Applying Health Behavior Theory To Multiple Behavior Change: Considerations And Approaches” Preventive Medicine, 46, 275–280.
- Norman P, Conner M, 2017. Health Behavior” Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology y <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05143-9>.
- Nutbeam D, 2000. Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. Health Promot Int, 15, 259-67.
- OHCHR, 2018. Of The International Covenant On Economic, Social And Cultural Rights. <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>
- Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP, 2012. Lower Health Literacy Is Associated With Poorer Health Status And Outcomes In Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Gen Intern Med, 1-8.
- OMS, 2016. Gender And Health. Available From: <http://DZÄwwwžeurožwhožintÄenÄhealthÖtopicsÄhealthÖdeterminantsÄgenderÄgende>.
- Oskay Ü, 1993. Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar. Sosyoloji Dergisi, E. Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, 4, 97.
- Osle MU, Christensen U, Lund R, Gamborg M, Goldfredsen N, Prescott E, 2003. High Local Unemployment And Increased Mortality In Danish Adults. Result From A Prospective Multilevel Study. Occup Environ, 60,11,16.
- Osterberg L, Blaschke T, 2005. Adherence To Medication. N Engl J Med,353, 487-497.
- Öcel H, 2002. Takım Sporü Yapan Oyuncularda Kolektif Yeterlilik Öz Yeterlilik İle Başarı Algı Ve Beklentileri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Öner C, 2014. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics,5, 3,16-17.
- Öz F, 2004. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara. İmaj iç ve Dış Ticaret A.Ş. 11-33.
- Özbesler C, 2013. Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2, 12-6.
- Özcebe H, 2003. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesi 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi, Geriatri 6,1, 22-26.
- Özdemir U, 2000. Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Aydınlar Matbaa, Ankara 102.
- Özen S, 1994. Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri, Sosyoloji Dergisi, E.Ü Edebiyat Fakültesi Yayınları, 5, 112-129.
- Özer K, 2001. Fiziksel Uygunluk. 1.Basım Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 119.
- Özkorumak E, Güleç H, Kose S, Borckardt J, Sayar K, 2006. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? Klinik Psikiyatri Dergisi, 9, 4, 161-169.
- Öztürk M, 2005. Isparta İlinde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihü Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13, 179-186.
- Öztürk MO, 1997. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 17-18.
- Parker RM, Ratzan SC, Lurie N, 2003. Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. Health Affairs, 22, 4, 147–153.

- Parsons T, 1951. *The Social System*. Glencoe, The Free Press.
- Pender NJ, Wolker NS, Sechrist RK, Strombop FM, 1990. Predicting Health-Promoting Lifestyle In The Workplace. *Nursing Research*, 39, 6, 326-332.
- Pennebaker JW, 1982. *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer.
- Perrig-Chiello P, Darbellay F, 2004. La Santé Et Le Bien-Être: Aspects Différentiels Et Développementaux [Health And Well-Being: Differential And Developmental Aspects]. In P. Perrig-Chiello, & H. B. Stähelin (Eds.), *La Santé, Cycle De Vie, Société Et Environnement* [Health, Life Cycle And Environment, 1–15. Lausanne: Réalités Sociales.
- Persell SD, Osborn CY, Richard R, Skripkauskas S, Wolf MS, 2007. Limited Health Literacy Is A Barrier To Medication Reconciliation In Ambulatory Care. *Gen Intern Med*, 22,11, 1523-1526.
- Petrie JK, Weinman J, 2006. Why Illness Perceptions Matter. *Clin Med*, 6, 6, 536–539.
- Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaeily H, 2016. Assessment Of The Effect Of A Health Literacy Educational Program For Health Personnel On Promoting Self-Efficacy Among Patients With Chronic Diseases. *Health System Research*, 12, 3, 350-357.
- Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG, 1996. *Sosyal Destek ve Aile El Kitabı*. New York: Plenum Press.
- Pineiro B, Simmons VN, Palmer AM, Correa JB, Brandon TH, 2015. Smoking Cessation Interventions Within The Context Of Low-Dose Computed Tomography Lung Cancer Screening: A Systematic Review. *Lung Cancer*, 98, 91-98.
- Plotnikoff RC, 2004. Age, Gender, And Urban–Rural Differences In The Correlates Of Physical Activity, *Preventive Medicine*, 39, 1115-1125.
- Poel FT, Baumgartner SE, Hartmann T, Tanis M, 2016. The Curious Case Of Cyberchondria: A Longitudinal Study On The Reciprocal Relationship Between Health Anxiety And Online Health Information Seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 32-40.
- Poortinga W, 2007. The Prevalence And Clustering Of Four Major Lifestyle Risk Factors In An English Adult Population. *Prev. Med*, 44, 124-128.
- Pritchett L, Summers LH, 1996. Wealthier is Healthier. *Journal of Human Resources*, 31, 4, 841-68.
- Pronk NP, Anderson LH, Crain AL, et al, 2004. Meeting Recommendations For Multiple Healthy Lifestyle Factors. Prevalence, Clustering, And Predictors Among Adolescent, Adult, And Senior Health Plan Members. *Am. J. Prev. Med*, 27, 25–33.
- Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO, 2000. Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193.
- Rehm JI, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, Roerecke M, 2010. Alcohol As A Risk Factor For Liver Cirrhosis: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Drug Alcohol Rev*, 29,4, 437-45.
- Resmi Gazete, 2014 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 27.10.2014; Sayı: 29158
- Ribisl KM, Winkleby MA, Fortmann SP, Flora JA. 1998. The Interplay Of Socioeconomic Status And Ethnicity On Hispanic And White Men's Cardiovascular Disease Risk And Health Communication Patterns. *Health Educ Res*,13, 407-17.
- Rice RE, 2006. Influence, Usage And Outcomes Of Internet Health Information Searching: Multivariate Results From The Pew Surveys. *Int. J. Med. Inform*, 75, 8–28.
- Ricketts TC, Goldsmith LJ, 2005. Access In Health Services Research: The Battle Of The Frameworks. *Nursing Outlook*, 53, 6, 274–280.
- Rimal, RN, 2000. Closing The Knowledge – Behavior Gap In Health Promotion: The Mediating Role Of Self-Efficacy. *Health Communication*, 12,3, 219-237.

- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M, 2004. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press.
- Robinson J, Elkan R, 1996. Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York.
- Rodgers GB, 1979. Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. *Population Studies*, 33, 343-51.
- Rodney C, 1978. *Sociology of Medicine*, Mc Braw Hill Book Company.
- Rosenberg MW, Hanlon NT, 1996. Acces And Utilization; A Continumm Of Health Services Environments. *Social Science And Medicine*, 43, 975-983.
- Rosenberg T, Kendall O, Blanchard J, Martel S, Wakelin C, Fast M, 1997. Shigellosis On Indian Reserves İn Manitoba, Canada: İts Relationship To Crowded Housing, Lack Of Running Water, And İnadequate Sewage Disposal. *Am. J. Publ. Health*, 87, 1547-1551.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH, 1988. Scoial Learning Theory And The Health Belief Model. *Health Education Behaviour*, 15, 2, 175-183.
- Ross C, Wu C, 1996. Education, Age, And The Cumulative Advantage İn Health *Journal Of Health And Social Behavior*, 37, 104-120.
- Ross CE, Mirowsky J, 1995. Does Unemployment Affect Health? *J Health Soc Behav*, 36,3, 230-43.
- Roumie CL, 2012. The Doughnut Hole: İt's About Medication Adherence. *Ann Intern Med*, 156, 834-835.
- Sağlık Bakanlığı, 2011. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. Ankara, Deniz Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı, 2016. TÜİK Hayat Tabloları. Haber Bülten (27 Eylül 2017 tarh ve 24640 sayılı) <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>.
- Salkovskis PM, Warwick HMC, Deale AC, 2003. Cognitive-Behavioral Treatment For Severe And Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment And Crisis Intervention*, 3, 353-367.
- Sampson RJ, 2012. *Great American City: Chicago And The Enduring Neighbourhood Effect*. The University Of Chicago Press, Chicago.
- Sarı Ö, Atılgan KG, 2012. Sağlık Sosyolojisi, Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar. *Karatay Akademi Yayınları* 1, p.19.
- Scambler G, Scambler A, 1984. The İllness İceberg And Aspects Of Consulting Behaviour. In: J.H.R. Fitzpatrick, S. Newman, G. Scambler And J. Thompson (Ed.) *The Experience Of İllness*. London: Tavistock Publications.
- Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H, 2003. Evaluating The Fit Of Structural Equation Models: Tests Of Significance And Descriptive Goodness-Of-Fit Measures Of Psychological Research Online, 8, 2, 23-74.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, 2002. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *Amerikan Medical Association*, 288, 4, 475-482.
- Schoeni RF, House JS, Kaplan GA, Pollack H. *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy As Health Policy*. New York: Russell Sage; 2008.
- Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J, 2006. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99,6, 323-38.
- Schultz R, AC J, 2003. *Management Of Hospitals And Health Services*, Beard Books, Washington, D.C, p.18.
- Schumacher PE, Lomax RG, 1996. *A Beginners Guide To Structural Equation Modeling*. Nahvah, NJ: Lawrance Erlbaum, 34-56.

- Schwartz KL, ve ark. 2006. Family Medicine Patients' Use Of The Internet For Health Information: A Metronet Study. *Journal Of American Board Of Family Medicine: JABFM*, 19,1, 39-45.
- Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW, 2002. Health Literacy And Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees In A Managed Care Organization. *Medical care*, 40, 395-404.
- Secginli S, Nahcivan NO, 2004. Reliability And Validity Of The Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women. *Cancer Nursing*, 27, 4, 287-294.
- Senanayake P, 2000. Gri Bir Dünyada Kadın ve Üreme Sağlığı. *Int J Gynaecol Obstet*, 70, 59-67.
- Sezgin D, 2015. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık Ve Tibbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi / Journal Of Sociological Research*, 18, 1, 153-186.
- Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, Cohen NM, Wale CJ, Thomson AG, 1981. British Regional Heart Survey: Cardiovascular Risk Factors In Middle-Aged Men In 24 Towns. *Br. Med. J.* 283, 179-186.
- Sharf BF, 1997. Communicating Breast Cancer On-Line: Support And Empowerment On The Internet. *Women And Health*, 26, 65-84.
- Shaw M, 2004. Housing And Public Health. *Annu. Rev. Publ. Health*, 25, 397-418.
- Shehrin Shaila M, Mohammad I, Hanifi SMA. 2009. Health Seeking Behaviour. Editor: Abbas Bhuiya, Capter 6: Health For The Rural Masses Insights From Chakaria. Capter 6: Healthseeking Behaviour. First published February. ISBN-978-984-551-305-0
- Sherlock S, 1982. Alcohol And Disease. *Br. Med. Bull.* 38 (whole issue).
- Shuyler KS, Knight KM, 2003. What Are Patients Seeking When They Turn to the Internet? Qualitative Content Analysis of Questions Asked by Visitors to an Orthopaedics Web Site, *Journal of Medical Internet Research*, 5, 24.
- Shieh C, Halstead JA, 2009. Understanding The Impact Of Health Literacy On Women's Health, *Journal Of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 38, 601-612.
- Sigerist H, 1960. The Special Position Of The Sick; In Roemer MI, Henry E (Eds): *Sigerist On The Sociology Of Medicine*. New York, MD Publications, 9-22.
- Silk KJ, Horodyski MA, Rienzo M, Mercer L, Olson B, Aldrich R, 2010. Strategies To Increase Health Literacy In The Infant Feeding Series (TIFS): A Six-Lesson Curriculum For Low-Income Mothers Health Promotion Practice. *Society For Public Health Education*, 11, 2, 226-234.
- Simonds SK, 1974. Health Education As Social Policy. *Health Education Monograph*, 2,1, 1-10.
- Singh K, Brown RJ, 2014. Health-Related Internet Habits And Health Anxiety In University Students. *Anxiety, Stress, And Coping*, 27,5, 542-554.
- Sirri L, Fava GA, Sonino N, 2013. The Unifying Concept of Illness Behavior. *Psychother Psychosom*, 82, 74-81.
- Sirri L, Grandi S, Fava GA, 2008. The Illness Attitude Scales. A Clinimetric Index For Assessing Hypochondriacal Fears And Beliefs. *Psychother Psychosom*, 77, 337-350.
- Siu AL, Force USPST, 2016. Screening For Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals Of Internal Medicine*, 164, 279-96.
- Smith LK, Pope C, Botha JL 2005. Patients' Helpseeking Experiences And Delay In Cancer Presentation: A Qualitative Synthesis. *Lancet*, 366, 825-831.
- Sözen F, 2014. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi s.4
- Stafford M, Chandola T, Marmot M, 2007. Association Between Fear Of Crime And Mental Health And Physical Functioning. *Am. J. Public Health*, 97,11, 2076-2081.



- Starcevic V, Aboujaoude E, 2015. Cyberchondria, Cyberbullying, Cybersuicide, Cybersex: New Psychopathologies For The 21st Century? *World Psychiatry*, 14,1, 97–100.
- Starcevic V, Berle D, 2013. Cyberchondria: Towards A Better Understanding Of Excessive Health-Related Internet Use. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 13,2, 205-213.
- Steiger JH, 2000. Point Estimation, Hypothesis Testing, And Interval Estimation Using The RMSEA: Some Comments And A Reply To Hayduk And Glaser. *Structural Equation Modeling*, 7, 2, 149-62.
- Stevens CA, 2006. Being Healthy: Voices Of Adolescent Women Who Are Parenting, *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, 11,1, 28-40.
- Strax P, 1984. Mass Screening For Control Of Breast Cancer. *Cancer*, 53, 665–670.
- Stulhofer A, Graham CA, Bozicevic I, Kufrin K, Ajdukovic A, 2009. An Assessment Of HIV/STI Vulnerability And Related Sexual Risktaking In A Nationally Representative Sample Of Young Croatian Adults. *Arch Sex Behav*, 38, 209-225.
- Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, Xie R, Chang C, 2013. Determinants Of Health Literacy And Health Behavior Regarding Infectious Respiratory Diseases: A Pathway Model. *BMC Public Health*, 13, 261-68.
- Sur H, 2014. Kalite Mi İstiyorsunuz? Alın Size Kullanıcı Odaklılık Ve Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*, 19, 16-19.
- Swanson B, 2000. Medical Social Worker And Psychiatric Social Worker. In *Careers In Health Care*. (4 Th Ed.), Lincolnwood, Il, Vgm Career Horizons.
- Şen MA, Ceylan A, Kurt M.E, Palancı Y, Adın C, 2017. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*, 44,1, 1-11.
- Şenol V, Çetinkaya F, Balcı E, 2010. Factors Associated With Health Services Utilization By The General Population In The Center Of Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30,2, 721-730.
- Şimşek ÖF, 2007. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks, p.4-22.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011 Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı. Bakanlık Yayın No: 814, Ankara, 10.
- Tabachnick BG, Fidell LS, 2007. *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Pearson Education, Inc. / Allyn and Bacon.
- Taşkaya S, 2014. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi s.43.
- Tayar M, Korkmaz NH, 2007. Beslenme Sağlıklı Yaşam 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayın.
- Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfield S, Newbould J, Rennie T, 2006. A Review Of The Use Of The Health Belief Model (HBM), The Theory Of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the TransTheoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence, 1-215.
- Taylor KL, Cox L.S, Zincke N, Mehta L, McGuire C, Gelmann E, 2007. Lung Cancer Screening As A Teachable Moment For Smoking Cessation. *Lung Cancer*, 56,1, 125-134.
- Tecim E, 2018. Sağlık Sosyolojisi. Çizgi Kitapevi Yayınları:819 Sosyoloji Divan kitaplığı Şubat 2018 Isbn: 978-605-196-109-5.
- Tekin A, 2007. Ağılık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 30.

- Tekin Yanık Y, Erol Ö, 2016. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19, 3, 166-174.
- Tembon AC, 1996. Health Care Provider Choice: The North West Province Of Cameroon. International Journal Of Health Planning And Management, 11,1, 53-67.
- Tengilimoğlu D, 2009. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara, 35-49.
- Terris M, 1975. Approaches To An Epidemiology Of Health. Am J Public Health, 65,10, 1037-1045.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons M.L, Chaitman B.R, White H.D et al. 2012. Third Universal Definition Of Myocardial Infarction. Circulation, 126, 2020-2035
- Tokudo Y, Doba N, Butler J, Passche-Orlow M, 2009. Health Literacy And Physical And Psychological Wellbeing In Japanese Adults. Patient Education And Counseling, 75, 411-17.
- Tomanbay İ, 1992. Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut. 1. Baskı, Doruk Yayınları, Ankara, 105.
- Tragakes E, Vienonen M, 1998. Key Issues In Rationing And Priority Setting For Health Care Services. WHO, Regional Office For Europe, Health Care Systems, Health Services Management.
- Travers V, 2007. Sağlık Eşitsizliği Araştırmasında Sosyoekonomik Durumun Ölçülmesi. J Natl Med Assoc, 99,9, 1013-23.
- Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W, 2002. Correlates Of Adults' Participation In Physical Activity: Review And Update. Med Sci Sports Exerc, 34, 1996-2001.
- Turati F, Galeone C, Rota M, Pelucchi C, Negri E, Bagnardi V, Corrao G, Boffetta P, La Vecchia C, 2014. Alcohol And Liver Cancer: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Prospective Studies. Ann Oncol, 25,8, 1526-35.
- Turnbull E, Priaulxa J, van Ravesteyn TN, Heinävaara S, Siljander CI, Senore C, Segnand C, Vokóe FZ, Hagymásyf J, Jarmg K, Veerus P, Harry J, Koning B, McKee M, 2018. A Health Systems Approach To Identifying Barriers To Breast Cancer Screening Programmes. Methodology And Application In Six European Countries A Health Systems. Health Policy, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.003>.
- Turner B, 1995. Medical Power and Social Knowledge. London: Ssage Pug, 27-36.
- Türk Dil Kurumu, 2011. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- TÜSEB, 2019. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, <https://www.tuseb.gov.tr>
- Tüylüoğlu Ş, Tekin M, 2009. Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri, ÇÜ İİBF Dergisi, 13,1, 1-31.
- UNESCO, 2004. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. Paris: Education Sector.
- Upton D, Thirlaway K, 2014. Promoting Healthy Behaviour: A Practical Guide. 2nd ed., New York: Roudledge, 76.
- US Department of Health and Human Services, 1988. The Surgeon General's Report on Nutrition and Health. US Government Printing Office, Washington, DC.
- Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A, Rowlands G, 2010. Psychosocial Correlates Of Health Literacy Among Older Patients With Coronary Heart Disease. J Health Commun, 15, 788-804.
- Uz H, 1997. Sağlık Hizmetleri Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği, Ed.; Hayran, O., Sur, H., Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 65-73.
- Uzantı A, 1999. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova-İzmir.
- Ünalın E, 2014. Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 12.

- Van der Aalst CM, van den Bergh KA, Willemsen MC, de Koning HJ, van Klaveren RJ, 2010. Lung Cancer Screening And Smoking Abstinence: 2 Year Followup Data From The Dutch-Belgian Randomised Controlled Lung Cancer Screening Trial. *Thorax*, 65, 7, 600-605.
- Van Osch L, Lechner L, Reubsat A, De Nooijer J, De Vries H, 2007. Passive Cancer Detection And Medical Help Seeking For Cancer Symptoms: (In)Adequate Behavior And Psychosocial Determinants. *Eur J Cancer Prev*, 16, 266-274.
- Vardarlı G, 2005. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Öz-Yeterlik Düzeylerinin Yordanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Vedsted P, Christensen M.B, 2005. Frequent Attenders In General Practice Care: A Literature Review With Special Reference To Methodological Considerations. *Public Health*, 119, 118-137.
- Verbrugge LM, 1985. Gender And Health: An Update On Hypothesis And Evidence. *Journal Of Health And Social Behaviour* 26, 156-182.
- Vergi Y, 2018 Besin Etiketlerinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 10
- Vernon, SW, Laville EA, Jackson GL, 1990. Participation In Breast Screening Programs: A Review. *Soc. Sci. Med*, 30, 1107-1118.
- Vieira AL, 2011. Preparation Of The Analysis. *Interactive LISREL In Practice*. 1st ed. London: Springer, p.13-4.
- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J, 2007. İngiliz Yetişkinlerin Ulusal Bir Örneğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlığı Geliştirme Davranışı. *Epidemiyoloji ve Toplum Sağlığı Dergisi*, 61, 12.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, 2000. Income Inequality And Health: What Does The Literature Tell Us? *Annual Review of Public Health*, 21, 543-67.
- Walker A, Walker C, 1997. Britain Divided: The Growth Of Social Exclusion In The 1980s And 1990, Child Poverty Action Group, London.
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER, 2017. *Measurement in Nursing and Health Research*. Springer Publishing Company, LLC 11 West 42nd Street New York, NY 10036. New ISBN: 978-0-8261-7061-3
- Wang J, Wang X, 2012 *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: Methods And Applications*. West Sussex: John Wiley & Sons, p.5-9.
- Wanyeki I, Olson S, Brassard P, Menzies D, Ross N, Behr M, et al, 2006. Dwellings, Crowding, And Tuberculosis In Montreal. *Soc. Sci. Med*. 63, 501-511.
- Wardle J, 1995. Cholesterol And Psychological Well-Being. *J. Psychosomatic Res*, 39, 549-562.
- Warwick HMC, 1989. A Cognitive-Behavioural Approach To Hypochondriasis And Health Anxiety. *Journal Of Psychometric Research*, 33, 705-711.
- WHO, 2008. Closing The Gap In A Generation: Health Equity Through Action On The Social Determinants Of Health. Final Report Of The Commission On Social Determinants Of Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2011 World Conference on Social Determinants of Health. Rio political declaration on social determinants of health. World Health Organization; 2011.
- WHO, 2018. Dünya Sağlık Örgütü. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: Anahtar Kavramlar. URL:[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html).
- WHO, 2018. World Health Organization [http://www.who.int/substance\\_abuse/pub](http://www.who.int/substance_abuse/pub).
- WHO, 2016. Strategy For Integrating Gender Analysis And Actions Into The Work Of Available from: <http://www.who.int/1-25>.

- WHO, 2016. World Health Statistics 2016 Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals. Ginebra: World Health Organization.
- Wilkins R, Marmot M, 2003. The Social Determinants Of Health: The Solid Facts. 2nd Ed. Copenhagen: WHO Regional Office Of Europe.
- Wilkinson RG, 1996. Sağlıksız Toplumlar: Eşitsizliğin Etkileri. Londra: Routledge.
- Wilkinson RG, 1997. Socioeconomic Determinants Of Health: Health Inequalities: Relative Or Absolute Material Standards? British Medical Journal, 314, 591-595.
- Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, 2011. Benefits Of Modest Weight Loss In Improving Cardiovascular Risk Factors In Overweight And Obese Individuals With Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2011, 34, 1481-6.
- Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G, 2007. Literacy, Self-Efficacy, And HIV Medication Adherence. Patient. Educ Couns, 65, 253-60.
- Wolf MS, Gazmararian J.A, Baker D.W, 2005. Health Literacy And Functional Health Status Among Older Adults. Arch Intern Med, 165,1946-1952.
- Xiao N, Sharman R, Rao HR, Upadhyaya S, 2014. Factors Influencing Online Health Information Search: An Empirical Analysis Of A National Cancer-Related Survey. Decision Support Systems 57, 417-427.
- Yardımcı F.K, 2007. İlköğretim Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ile Öz Yeterlik İlişkisi ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Ybarra ML, Suman M, 2006. Help Seeking Behavior And The Internet: A National Survey. Int. J. Med. Inform, 75, 29-41, 2006 doi:10.1016/j.ijmedinf.2005.07.029.
- Yen IH, Moss N, 1999. Unbundling Education: A Critical Discussion Of What Education Confers And How It Lowers Risk For Disease And Death. Ann N Y Acad Sci, 896, 350-1.
- Yen IH, Kaplan GA, 1999. Poverty Area Residence And Changes In Depression And Perceived Health Status: Evidence From The Alameda County, International Journal of Epidemiology, 28, 1, 90-94.
- Yıldırım Y, 2002. Bolu İl Merkezindeki Erişkimlerde Kronik Hastalık Prevalansı ve Kronik Hastalıkla Yaşama Durumlarının Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Yılmaz Ş, 2011. Tunceli İli Ovacık İlçesinde Yaşayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma ve Memnuniyet Düzeyinin Ölçülmesi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, 7.
- Yılmaz V, Çelik HE, 2003. LISREL ile Yapısal Eşitlik Modellemesi-I. Ankara: Pegem Akademi; 2009. p.53-61. Psychological Research Online, 8, 2, 23-74.
- Young-Wolff KC, Kendler KS, Sintov ND, Prescott CA, 2009. Mood-Related Drinking Motives Mediate The Familial Association Between Major Depression And Alcohol Dependence” Alcoholism: Clinical And Experimental Research Vol. 33, 8, 1476-1486.
- Zahr NM, Kaufman KL, Harper CG, 2011. Clinical And Pathological Features Of Alcohol-Related Brain Damage. Nat Rev Neurol, 7, 5, 284-94.
- Zaybak A, Fadiloğlu Ç, 2004. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı Ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20, 1, 71-95.
- Ziersch A, 2011. Neighbourhood ‘Social Infrastructure’ For Health: The Role Of Social Capital, Fear Of Crime And Area Reputation. In: Nriagu, J.O. (Ed.), Encyclopaedia of Environmental Health. Elsevier, Burlington, 72-78.
- Zülfikar H, 2014. Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları F.N. Hem. Derg, 22, 1, 46-52.

## EK-A: Anket Formu

Genel Bilgiler:	
1. Cinsiyetiniz?	1) Erkek 2) Kadın
2. Yaşınız?.....	
3. Medeni durumu	1) Evli 2) Bekar 3) boşanmış 4) Ayrı yaşıyor
4. Öğrenim durumunuz?	1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3)Lise 4) Ön-lisans 5) Lisans 6) Lisansüstü
5. Mesleğiniz?.....	
6. Ailenizin aylık gelir durumu?	1) 500-1000 2) 1001-2000 c) 2001-3000 d) 3001-4000 e) 4000 ve üzeri
7. Ailenizin yapısı?	1- Çekirdek aile 2- Geniş aile
8. Son bir yıl içinde kaç defa hekime başvuru yaptınız?.....	
9. Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb)	1) var 2) yok
10. Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı?	1) var 2) yok
11. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	1) var 2) yok
12. Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız? 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10	
13. Kimlerle aynı evde barındığınızı belirtiniz? 1- Ailemle 2- Akrabalarımle 3-Arkadaşlarımla 4- Yalnız yaşıyorum	

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>Faktör1: Online sağlık arama</b>					
1.Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım.					
2.Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim.					
3.Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.					
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.					
5. Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim.					
6.Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.					
<b>Faktör2: Profesyonel sağlık arama</b>					
7. Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım.					
8.Hastalığımla ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.					
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.					
<b>Faktör3: Geleneksel sağlık arama</b>					
10. Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.					
11. Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					
12. Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					

Sağlık Okuryazarlığı	1- Hiç yeteneğim yok/ olanaksız/ yeteneğim yok 2- Çok zorluk çekiyorum 3- Biraz zorluk çekiyorum 4- Az zorluk çekiyorum 5- Hiç zorluk çekmiyorum	Hiç yeteneğim yok	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
1	Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2	Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3	Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4	Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5	Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
6	İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7	Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8	Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri					
9	Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10	Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11	Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12	Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
13	Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14	Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15	Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16	Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17	Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18	Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19	Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20	Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21	Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor					
22	Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23	Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor					
24	Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25	Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

SAĞLIK KAYGISI ÖLÇEĞİ			
Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi dair içine alacak şekilde işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin.			
1	(a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem. (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim. (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim. (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.	2	(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/acı hissedirim. (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim. (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim. (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3	(a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir. (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum. (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım. (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.	4	(a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır. (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim. (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam. (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara hiç karşı koymuyorum.
5	(a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur. (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır. (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır. (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.	6	(a) Kendimi hasta olarak hayal etmem. (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir. (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir. (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7	(a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem. (b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım. (c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım. (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.	8	(a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım. (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim. (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim. (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9	(a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem. (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm. (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm. (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.	10	(a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim. (b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim. (c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim. (d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11	(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm. (b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm. (c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm. (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.	12	(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem. (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm. (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm. (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13	(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanırım. (b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım. (c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğu zaman zorlanırım. (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.	14	(a) Ailem ve dostlarım sağlığım ile yeterince ilgilenmediğimi söyler. (b) Ailem ve dostlarım sağlığım ile normal düzeyde ilgilenmediğimi söyler. (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler. (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.
Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.			
15	(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim. (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim. (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım. (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk almazdım.	16	(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu. (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu. (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu. (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17	(a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı. (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı. (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı. (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.	18	(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim. (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum biraz zedelenmiş hissederdim. (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim. (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

SAĞLIK ALGISI	1- Hiç katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Kesinlikle katılıyorum	Hiç	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle	
		katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	katılıyorum	
1	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır	1	2	3	4	5
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5



Özyeterlilik	1- Beni hiç tanımlamıyor 2- Beni biraz tanımlıyor 3- Kararsızım 4- Beni iyi tanımlıyor 5- Beni çok iyi tanımlıyor	Beni hiç	Beni biraz	Kararsızım	Beni iyi	Beni çok iyi
		tanımlamıyor	tanımlıyor		tanımlıyor	tanımlıyor
1	Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2	Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3	Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4	Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5	İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6	Zorluklarla karşılaşmaktan kaçırırım.	1	2	3	4	5
7	Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8	Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9	Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim	1	2	3	4	5
10	Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11	Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12	Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçırırım.	1	2	3	4	5
13	Başarısızlık beni daha çok teşvik eder	1	2	3	4	5
14	Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem	1	2	3	4	5
15	Ben kendime güvenen bir insanım	1	2	3	4	5
16	Kolaylıkla vazgeçerim	1	2	3	4	5
17	Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18	Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19	Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20	Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim	1	2	3	4	5
21	Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem	1	2	3	4	5
22	Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem	1	2	3	4	5
23	Arkadaşlarımla, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

## EK-B: Etik Kurul Onayı



Number: 682

**SELÇUK UNIVERSITY**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
Ethics Committee for Non-Interventional Clinical  
Investigations



Date: 26/04 2018

### RESEARCH PROJECT EVALUATION FORM

Meeting date: 25.04.2018  
Meeting number: 04  
Project number: 682  
Decision number: 2018/122

The research project proposal titled "Factors affecting health seeking behavior: a study based on structural equation modeling" and numbered "682" which is a researcher Associate professor Yunus Emre Öztürk member of the faculty of health sciences faculty of our university, was examined by taking into account the justification, purpose, approach and methods and it was found appropriate from an ethical point of view.

Associate professor Kezban TEPELİ (Ethics  
Committee Chair)

Professor Ramazan AKI (Member)

Professor Belgin AKIN (Member)

**NOT ATTENDED**

Professor Şebnem ASLAN (Member)

Associate professor Sema YILMAZ (Member)

Professor Nazan AKTAŞ (Member)

**NOT ATTENDED**

Associate professor Deniz TANYER (Member)

**NOT ATTENDED**

Associate professor Fatma TAŞ ARSLAN  
(member)

**NOT ATTENDED**

Associate professor Özlem KARAKUŞ (Member)

Assistant professor Emel FİLİZ (Member)

Assistant professor Hacer Alan DİKMEN (Member)

Assistant professor Muhammet Ali CEBİRBAY  
(Member)

Assistant professor Ebru BAYRAK (Member)

Assistant professor Devlet ALAKOÇ PİRPIR  
(Member)

Assistant professor Fatma ÖZLEM YILMAZ  
(Member)

Assistant professor Doğa BAŞER (member)



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

Sayı: 682

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Tarih: 26.04.2018

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME  
FORMU

Toplantı tarihi: 25.04.2018  
Toplantı no: 04  
Proje no: 682  
Karar no: 2018/122

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK'ün "Sağlık Arama Davranışı Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma" adlı çalışması görüşüldü. Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Başkan)

Doç. Dr. Özlem KARAKUŞ (Üye)

Prof. Dr. Ramazan ARI (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Emel FİLİZ (Üye)

Prof. Dr. Belgin AKIN (Üye)  
KATILMADI

Yrd. Doç. Dr. Hacer Alan DİKMEN (Üye)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Muhammet Ali CEBİRBAY (Üye)

Doç. Dr. Sema YILMAZ (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Ebru BAYRAK (Üye)

Doç. Dr. Nazan AKTAŞ (Üye)  
KATILMADI

Yrd. Doç. Dr. Devlet ALAKOÇ PIRPIR (Üye)

Doç. Dr. Deniz TANYER (Üye)  
KATILMADI

Yrd. Doç. Dr. Fatma ÖZLEM YILMAZ (Üye)

Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Üye)  
KATILMADI

Yrd. Doç. Dr. Doğa BAŞER (Üye)

## EK -C: Ölçeklerin İzni

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

### Ölçek izni

Gelen Kutusu x

**RAMAZAN KIRAÇ** <ramazan46k@gmail.com>

11:13 (2 saat önce) ☆

Alıcı: sgozum\_25\_sgozum

Sayın hocam merhabalar,

Ben Selçuk Üniversitesinde araştırma görevlisi Ramazan Kiraç, "Sağlık Arama Davranışı" üzerine tez yazmak istiyorum. Bu araştırma için geliştirmiş olduğunuz "Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğini" kullanmak için, sizden izin istiyorum. çok teşekkür ederim.

**Sebahat GOZUM**

13:22 (48 dakika önce) ☆

Alıcı: bana

İlgili çalışma ektedir. İyi çalışmalar

*Prof.Dr.Sebahat Gözüm*

*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı*

*Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı*

*Antalya*

**Kimden:** RAMAZAN KIRAÇ [[ramazan46k@gmail.com](mailto:ramazan46k@gmail.com)]

**Gönderildi:** 10 Nisan 2018 Salı 11:13

**Kime:** [sgozum\\_25@hotmail.com](mailto:sgozum_25@hotmail.com); Sebahat GOZUM

**Konu:** Ölçek İzni

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (1)  
Yıldızlı  
Önemli  
Gönderilmiş Postalar  
Taslıklar (20)  
Kategoriler  
Sosyal  
Tanıtımlar (3)  
Güncellemeler (2)  
Forumlar

Junk

okul idari



RAMAZAN



2 Davet

çigdem geçmen, Şura Alan

ölçek izni

Gelen Kutusu x

**RAMAZAN KIRAÇ** <ramazan46k@gmail.com>

Alıcı: hasibek

Sayın hocam merhabalar,  
Ben Selçuk Üniversitesinde araştırma görevlisi Ramazan Kıraç, "Sağlık Arama  
" Sağlık Algısı Ölçeğini " kullanmak için, sizden izin istiyorum. çok teşekkür ec



**hasibe kadioğlu**

Alıcı: bana

Sayın Kıraç,

Ölçeği kullanabilirsiniz.  
Çalışmanızda başarılar dilerim.

10 Nisan 2018 12:11 tarihinde RAMAZAN KIRAÇ <[ramazan46k@gmail.com](mailto:ramazan46k@gmail.com)> ya



#### SAGLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Anağde sağlık algısı ölçme aracıdır. Değerlendirme: 10-100 puan arasıdır. Bu ölçek sadece 10  
kullanma ile ilgili değerlendirme için kullanılmalıdır. Değerlendirme sonuçları aşağıdaki gibidir.

1=Hiçlikle katılmıyorum 2=Katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5=Hiçlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

11.04.2018

Ölçek izni - ramazan46k@gmail.com - Gmail

Gmail

Diğer

1.001 ileti dizimden 4

E-POSTA YAZ

Ölçek izni

Gelen Kutusu x

Gelen Kutusu (3)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

İhtisablar (20)

Kategoriler

Sosyal

Tanıtmalar (3)

Öncelikliler

Forumlar

Junk

İhtisabları

RAMAZAN

2 Davet

göndermiş, Şura Alan

RAMAZAN KIRAÇ <ramazan46k@gmail.com>

10 Nis (1 gün önce) ☆

Alın: soaydemir

Sayın hocam merhabalar,

Ben Selçuk Üniversitesinde araştırma görevlisi Ramazan Kırac, "Sağlık Arama Davranış" üzerine tez yazmak istiyorum. Bu araştırma için, geliştirmiş olduğunuz "Sağlık kaygısı Ölçeğini" kullanmak için, sizden izin istiyorum. çok teşekkür ederim.

Ömer Aydemir

06:40 (9 saat önce) ☆

Alın: bana

Sayın Ramazan Kırac

Tez çalışmanızda Sağlık Anksiyetesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Kolaylıklar diliyorum.

Ömer Aydemir

RAMAZAN KIRAÇ <ramazan46k@gmail.com> şunları yazdı (10 Nis 2018 15:23):



10.04.2018

Ölçek izni - ramazan46k@gmail.com - Gmail

Gmail

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu  
Yıldızlı  
Önemli  
Gönderilmiş Postalar  
Talemler (18)  
Kategoriler  
Sosyal  
Yanıtlar (3)  
Öncelikliler  
Formlar

Junk  
Küçük kutu

RAMAZAN +  
2 Davet  
gönderilmiş, Şura Alan

Diğer

1.040 teli dizinden t.

Ölçek izni

Gelen Kutusu x

RAMAZAN KIRAÇ <ramazan46k@gmail.com>

10:36 (1 saat önce) ☆

Alıcı: ayla.bayik

Sayın hocam merhabalar,

Ben Selçuk Üniversitesinde araştırma görevlisi Ramazan Kırac, "Sağlık Arama Davranışı" üzerine tez yazmak istiyorum. Bu araştırma için sizin geliştirmiş olduğunuz "Sağlık okuyazarlık ölçeğini" kullanmak için sizden izin istiyorum. çok teşekkür ederim.

Ayla Bayık Temel

12:10 (0 dakika önce) ☆

Alıcı: bana

Sayın Ramazan Kırac

Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Okuyazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. çalışmalarınızda başarılar dilerim. makaleye Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017,25(2):85-94 sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali makalede açık verilmiştir.

Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

10 Nisan 2018 10:36 tarihinde RAMAZAN KIRAÇ <ramazan46k@gmail.com> yazdı:

## **EK-D: Bilgilendirilmiş Onam**

Değerli Katılımcı, Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Doktora Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, “İnsanların sağlık arama davranışına etki eden, “sağlık kaygı düzeyleri, sağlık algısı, sağlık okur-yazarlığı, öz yeterlilik ve sağlık hizmetini kullanım düzeyleri” gibi etmenlerin ne derece etkili olduğunu yapısal-eşitlik modeli çerçevesinde değerlendirmektir.” Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelindedir. Ölçeklerin tamamlanması yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Sizin dürüst ve içten cevaplar vermeniz geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından önemlidir. Çalışmada sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece çalışma kapsamında değerlendirilecektir; elde edilecek sadece bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplamayabilirsiniz. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız varsa cevaplanacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Ramazan Kırac (Eposta: ramazan46k@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Gösterdiğiniz ilgi ve yardım için şimdiden teşekkür ederim.



## 8. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Ramazan KIRAÇ 1 Aralık 1988 tarihinde Kahramanmaraş Göksun'da dünyaya gelmiştir. İlkokulu Kanlıkavak İlköğretim Okulunda, liseyi Kanlıkavak Musa Ayar Çok Programlı Lisesinde okumuştur. 2008 Yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünü kazanmış ve 2012 yılında mezun olmuştur. 2012 yılında Öğretim Görevlisi Yetiştirme Programı(ÖYP) kapsamında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesini kazanmıştır. Yine aynı yıl içerisinde ÖYP kapsamında yabancı dil eğitimini almak üzere 6 aylığına Marmara Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokuluna görevlendirilmiştir. 2013 Yılında Yılın da ÖYP kapsamında yüksek lisans eğitimini almak üzere Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Anabilim Dalına atanmıştır ve görevine burada devam etmektedir.