



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK KAYGISININ SAĞLIK HİZMETİ
TALEBİNİ ERTELEMeye ETKİSİ:
İSTANBUL TEMA HASTANESİNDE
YATAN HASTALAR ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

Gamze DÖNDER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
ŞUBAT - 2025**



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK KAYGISININ SAĞLIK HİZMETİ
TALEBİNİ ERTELEMeye ETKİSİ:
İSTANBUL TEMA HASTANESİNDE
YATAN HASTALAR ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

DANIŞMAN : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
JÜRİ : Doç. Dr. Fedayi YAĞAR
JÜRİ : Doç. Dr. Erhan KILINÇ

Gamze DÖNDER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ
ŞUBAT - 2025

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KAYGISININ SAĞLIK HİZMETİ TALEBİNİ
ERTELEMeye ETKİSİ: İSTANBUL TEMA
HASTANESİNDE YATAN HASTALAR ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA

Gamze DÖNDER

Danışman : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL

Yıl : 2025, Sayfa: 92+XI

Jüri : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Başkan)

: Doç. Dr. Fedayi YAĞAR (Üye)

: Doç. Dr. Erhan KILINÇ (Üye)

Bu çalışma ile kronik hastalığı olan kişilerin sağlık kaygılarının sağlık hizmeti talebi davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda BHT Clinic İstanbul Tema Hastanesinde yatmakta olan 178 hastanın katılımı ile veriler elde edilmiştir. Veri toplamak için kişisel bilgi formu, sağlık anksiyetesi envanteri kısa ölçek ve sağlık hizmeti talep erteleme davranış ölçeği kullanılmıştır. Verilerin toplanması için kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen veriler ilk olarak analiz açısından uygunluk gözetilerek değerlendirilmiş ve SPSS 27 (Statistical Package for the Social Sciences) girişleri yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma sahip olup olmadığı incelenerek, kullanılacak analiz yöntemleri belirlenmiştir. ANOVA testi, Welch testi, Tukey testi ve pearson korelasyon ve regresyon testlerinden faydalanılmıştır. Sonuç olarak sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Kronik hastalığa sahip bireylerin kaygı duygu durumu puanları kronik hastalığı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra kronik hastalığı olan bireylerin hastalığını bilmeyen bireylere kıyasla daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların sağlık kaygı düzeyleri erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Düşük gelir durumuna sahip bireylerin kaygı durumları daha yüksek sonucuna varılmıştır. Bunun yanında düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık hizmeti talebinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan bireylerin daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunmaktan kaçındığı ve ertelediği sonucuna varılmıştır. Daha fazla hastane ziyareti yapan bireylerin daha fazla sağlık kaygısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bireylerin hastalık düşüncesi arttıkça bireysel çare arama düzeyide artmaktadır. Kişinin sağlık kaygısı arttıkça bireysel çare arama düzeyide artmaktadır. Bunun yanında kişinin hastalık düşüncesi arttıkça sağlık hizmeti talebinden kaçınma ve harekete geçmeme düzeyide artmaktadır. Sonuç olarak sağlık kaygısı, bireysel çare arama, kaçınma, harekete geçememe ve sağlık hizmeti talebi ile güçlü anlamlı ilişkilere sahiptir. Kişilerin sağlık kaygısı arttıkça sağlık hizmeti talebi de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kronik hastalık, sağlık anksiyetesi, sağlık hizmeti, sağlık hizmeti talebi, sağlık kaygısı.

**DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENET
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

ABSTRACT

MASTER'S THESIS

**THE EFFECT OF HEALTH ANXIETY ON POSTPONING
THE DEMAND FOR HEALTH CARE: A STUDY ON
PATIENTS HOSPITALIZED IN ISTANBUL TEMA
HOSPITAL**

Gamze DÖNDER

Supervisor : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL

Year : 2025, Page: 92+XI

Jury : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Chairperson)
: Assoc. Prof. Dr. Fedayi YAĞAR (Member)
: Assoc. Prof. Dr. Erhan KILINÇ (Member)

With this study, it was aimed to determine the effect of health concerns on health service demand behaviors of people with chronic diseases. In line with this purpose, data were obtained with the participation of 178 patients hospitalized at BHT Clinic Istanbul Tema Hospital. Personal information form, health anxiety inventory short scale and health service demand postponement behavior scale were used to collect data. The easy sampling method was used to collect the data. The data obtained were first evaluated by considering the suitability in terms of analysis and SPSS 27 (Statistical Package for the Social Sciences) entries were made. By examining whether the research data has a normal distribution, the analysis methods to be used were determined. ANOVA test, Welch test, Tukey test and pearson correlation and regression tests were used. As a result, it has been concluded that health concern has an effect on the demand for health services. The anxiety mood scores of individuals with chronic disease were found to be higher than individuals without chronic disease. In addition, it has been concluded that individuals with chronic diseases demand more health services than individuals who do not know their disease. Women's health anxiety levels were found to be significantly higher than men's. The

anxiety states of individuals with low income status have been concluded with a higher conclusion. In addition, it was found that the demand for health services of individuals with low income levels was higher. It has been concluded that individuals who do not have any health insurance avoid and postpone demanding further health care. It has been concluded that individuals who visit more hospitals have more health anxiety. As the idea of individuals' disease increases, the level of individual remedy search increases. As the person's health anxiety increases, the level of individual remedy search increases. In addition, as the person's thought of illness increases, the level of avoiding the demand for health services and not taking action increases. As a result, health anxiety has strong meaningful relationships with individual remedy search, avoidance, inability to act and health care demand. As people's health anxiety increases, so does the demand for health services.

Keywords: health anxiety, health service, health service utilization, health concerns, chronic disease.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca desteğini esirgemeyen, bilgi birikimi, sabrı ile yanımda olan danışmanım Sayın Prof. Dr. Abdullah SOYSAL'a içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecimde yönlendirmeleri ve kıymeti desteği ile her sorumda yanımda olan hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ramazan KIRAC'a teşekkür ederim.

Bu süreçte yanımda olan, en az benim kadar eğitim sürecimi önemseyen, desteklerini eksik etmeyen Cansu TOP'a ve bütün yüksek lisans sürecimde her zorluğa beraber ağlayıp her mutluluğa beraber kahkaha attığım sevgili arkadaşım Hatice Kübra KÖKÜTES'e teşekkür etmeyi borç bilirim.

Maddi ve manevi destekleri, sonsuz sabırları, sevgileri ve yönlendirmeleri ile yanımda olan çok kıymetli annem Gülşen DÖNDER ve babam Hikmet DÖNDER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ganze DÖNDER
KAHRAMANMARAŞ – ŞUBAT- 2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	III
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
EKLER LİSTESİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ.....	1
2. KONU İLE İLGİLİ DAHA ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	4
3. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	8
3.1. Kaygı Kavramı.....	8
3.1.1. Kaygı Duyarlılığı.....	9
3.1.2. Kaygı Bozukluğu.....	10
3.2. Sağlık Kaygısı.....	10
3.2.1. Sağlık Kaygısının Boyutları	12
3.2.2. Sağlık Kaygısı Modelleri.....	12
3.2.2.1. Bilişsel Davranışçı Model.....	12
3.2.2.2. Interpersonel Model.....	13
3.2.2.3. Biyopsiko-Sosyal Model	13
3.3. Sağlık Kaygısının Tedavisi	14
3.4. Sağlık ve Sağlık Hizmeti.....	14
3.4.1. Sağlık Kavramı.....	15
3.4.2. Sağlık Hizmetleri.....	16
3.4.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Yöntemi	17
3.4.3.1. Genel Vergiler Yolu ile Finansman (beveridge modeli)	18
3.4.3.2. Sosyal Sağlık Sigortası [bismark modeli]	19
3.4.3.3. Özel Sağlık Sigortası	19
3.4.3.4. Cepten Yapılan Harcamalar.....	20
3.5. Sağlık Hizmeti Sınıflandırması	21
3.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	21
3.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	22
3.5.4. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	24
3.5.5. Geliştirici Sağlık Hizmetleri.....	25
3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	25
3.7. Sağlık Arama Davranışı	26
3.7.1. Sağlık Arama Davranışları Yöntemleri	26

3.7.1.1. Profesyonel Sağlık Arama	27
3.7.1.2. Geleneksel Sağlık Arama	27
3.7.1.3. Online (Çevrimiçi) Sağlık Arama.....	27
3.8. Sağlık Arama Davranışına Yönelik Teorik Yaklaşımlar	28
3.8.1. Sağlık İnanç Modeli	28
3.8.2. Planlı Davranış Modeli.....	29
3.8.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli	30
3.8.4. Sosyal Davranışsal Model	31
3.9. Bireyin Sağlık- Hastalık Durumunu Etkileyen Faktörler	32
3.9.1. Psikolojik Faktörler	32
3.9.2. Sosyal Faktörler.....	32
3.9.3. Toplumsal ve Kültürel Faktörler	32
3.9.4. Biyolojik Faktörler	33
3.10. Talep Kavramı.....	33
3.10.1. Talep Tahmini	33
3.10.1.1. Talep tahmini aşamaları.....	34
3.10.1.2. Talep tahmini çeşitleri	34
3.10.1.2.1. Yönetimsel tahmin seçenekleri.....	35
3.10.1.2.2. Zaman aralığına göre tahmin seçenekleri	35
3.10.2. Sağlık Hizmeti Talebi.....	35
3.10.3. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler.....	38
4. YÖNTEM	41
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	41
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Yöntemi	41
4.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	42
4.4. Kişisel Bilgi Formu.....	42
4.5. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranış Ölçeği.....	42
4.6. Sağlık Anksiyetesi Envanteri	43
4.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	43
4.8. Araştırmanın Etik Boyutu	43
4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	44
4.10. Metot	44
4.10.1. Araştırmanın Güvenirlik Analizi.....	45
4.11. Araştırmanın Modeli	47
5. BULGULAR.....	71
6. SONUÇ VE TARTIŞMA	78
KAYNAKLAR	86
ÖZ GEÇMİŞ	
EKLER	

TABLULAR LİSTESİ

Tablolar	Sayfa
Tablo 4.1. Ölçek düzeylerine ilişkin normallik ve güvenilirlik sonuçları	45
Tablo 5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu	71
Tablo 5.2. Ölçek Düzeylerinin Cinsiyete Göre Farklılaşması	72
Tablo 5.3. Ölçek Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması.....	74
Tablo 5.4. Ölçek Düzeylerinin Öğrenim Düzeylerine Göre Farklılaşması	75
Tablo 5.5. Ölçek Düzeylerinin Medeni Durumlara Göre Farklılaşması.....	77
Tablo 5.6. Ölçek Düzeylerinin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Farklılaşması	78
Tablo 5.7. Ölçek Düzeylerinin Sosyal Güvence Varlık Durumlarına Göre Farklılaşması	80
Tablo 5.8. Ölçek Düzeylerinin Tercih Edilen Hastane Durumlarına Göre Farklılaşması	81
Tablo 5.9. Ölçek Düzeylerinin Son Yıl Hastane Ziyaret Durumlarına Göre Farklılaşması	83
Tablo 5.10. Ölçek Düzeylerinin Yaşanılan Bölgelere Göre Farklılaşması.....	85
Tablo 5.11. Ölçek Düzeylerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Farklılaşması	86
Tablo 5.12. Ölçek Düzeyleri Arası İlişki	88
Tablo 5.13. Duygu Durumu Düzeyi, Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi	89
Tablo 5.14. Hastalık Düşüncesi Düzeyinin, Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi	89
Tablo 5.15. Sağlık Anksiyetesi Düzeyinin, Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi	89
Tablo 5.16. Hipotezlerin Kabul/Red Durumları	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekiller	Sayfa
Şekil 3.1. İBBS-1'e Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında hasta Başı Hekime Müracaat Sayısı, Bütün Sektörler, 2002, 2020	23
Şekil 3.2. İBBS-1'e Göre İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2020	24
Şekil 3.3. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model)	28
Şekil 3.4. Planlanmış Davranış Teorisi	30
Şekil 3.5. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli	31
Şekil 3.6. Sosyal Davranışsal Model	31
Şekil 3.7. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler	38

EKLER LİSTESİ

Ek-1. Etik Kurul Başvuru Formu

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

Ek-3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Kısa Ölçek

Ek-4. Sağlık Hizmeti Talep Ertelem Davranışı Ölçeği



KISALTMALAR LİSTESİ

- DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
SAE : Sağlık Anksiyetesi Envanteri
SHTEDÖ : Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranış Ölçeği
SPSS : Statistical Programme For Social Sciences
SSRI : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü



1. GİRİŞ

Sağlık, literatürde çeşitli şekillerde tanımlanmakla birlikte, en yaygın kabul gören ifade Dünya Sağlık Örgütü'ne aittir. Belirtilen ifadeye göre Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziki, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olma hâlidir (Öztürk Yaprak & Ecevit, 2019: 1485). Sağlık, bireylerin hayatlarına anlam ve değer kazandıran en önemli unsurlardan biridir. Her bireyin sağlık ve hastalığı anlama şekli farklıdır; bu, kişinin bedensel veya ruhsal yapısındaki anormal belirtilere verdiği tepkiye bağlı olarak değişir. İnsanlar, bu belirtileri algılama ve onlara karşı gösterdikleri tepkilerde farklılık gösterirler. Bu da her bir bireyin sağlıkla ilgili deneyimlerinin benzersiz olmasına yol açar (Gökkaya & Erdem, 2017, 151).

Günümüzde sağlık hizmetleri, en temel sosyal haklardan biri olarak kabul edilmekte ve bu hizmetlerin sunumu ile erişimdeki eşitlik ilkesi, kişilerin hizmetlere ulaşırken denk gelebileceği engeller bağlamında tartışılmaya devam etmektedir (Erdem & Pirinçci, 2003,39). Sağlık hizmetleri, doğası gereği yalnızca hizmet alanları değil, pozitif ve negatif dışsallıkları nedeniyle toplumu da etkiler (Akar & Arıkan, 2023, 2). Sağlık hizmetlerine olan talep, bireylerin mevcut sağlık durumları ile ulaşmayı hedefledikleri en iyi sağlık durumu arasındaki farkı kapatmak istedikleri anda ve bu nedenle sağlık hizmeti almaya karar verdiklerinde ortaya çıkar (Öztürk Yaprak & Ecevit, 2019, 1486).

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlaması sonucu, ciddi bir rahatsızlığı olduğuna veya böyle bir hastalığa yakalanacağına dair endişe duymasıdır (Karaer Karapınar, Aslan & Utku,44). Tıp literatüründe sağlık kaygısı, sağlık anksiyetesi olarak adlandırılır ve yüksek seviyedeki sağlık kaygısı hipokondriasis olarak tanımlanır. Bireyin sağlığı ile ilgili aşırı kaygı duymanın, gereksiz hastane ziyaretlerine, gereksiz testlerin yapılmasına veya medyada yayımlanan sağlık bilgilerine dayalı yön alma gibi sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (Karaoğlu & 2023,616).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastalık şiddetinin algılanışı, sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında zaman, tıbbi ekipman ve hastane çalışanı gibi faktörler, tüm hastalık şiddeti kategorilerinde önemli bir rol oynamaktadır; hastalığın şiddeti yükseldikçe bu faktörlerin önemi daha da artmaktadır (Gökkaya & Erdem, 2017). Kişilerin sağlığı ve sağlık durumunu algılama şekli, sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen önemli faktörlerden biridir (Akar & Arıkan, 2023,6). Bireylerin sağlık hizmeti taleplerinin genellikle hastalık nedeniyle ortaya çıkan zorunlu bir ihtiyaçtan kaynaklanması, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran temel bir özelliktir (Soyuğurlu & Yeşiltaş, 2024,199).

Yapılan literatür incelemelerinde sağlık kaygısı için Yılmaz ve Dirik (2020) tarafından Türkiye'nin farklı şehirlerinde yaşayan 18-58 yaş arası 503 kişi ile bir çalışma yapılmıştır. Kaygı duyarlılığı yüksek, hastalıkla başa çıkmayı zor bulan, hastalığı

korutucu gören ve hastalanma olasılığını yüksek değerlendiren bireylerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir. Okuyan vd (2020) tarafından Covid- 19' un hemşirelik okuyan öğrencilerin sağlık kaygısını belirlemek amacı ile yapılan çalışmada virüs bulaşma ile ölüm korkusu gibi sebeplerden ötürü sağlık kaygılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Kırış ve Öztürk (2020) tarafından sağlık okuryazarlığının sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada Kadınların erkeklere kıyaslandığında daha yüksek sağlık kaygısına sahip olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada Gelir düzeyi ile sağlık kaygısı arasında önemli bir fark gözlemlenmiştir. Sağlık kaygısından uzak bir yaşam için sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılmasının büyük önem taşıdığını belirtmişlerdir.

Akar & Arıkan (2023) tarafından sağlık hizmetleri taleplerinin nasıl ortaya çıktığını belirlemek amacı ile yapılan çalışmada 34 faktörün sağlık hizmetleri talebine etki ettiği belirlenmiştir. Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerine olan talebi en çok etkileyen faktörün gelir düzeyi olduğunu, ikinci ve üçüncü önemli faktörün ise farklılık gösterebildiğini ortaya koymuştur. Yaylalı ve arkadaşları (2012) tarafından Sağlık hizmetini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan araştırmada bireyin yaşı, geliri, medeni durumu, eğitim düzeyi ve ailedeki birey sayısının sağlık hizmetlerine olan talep üzerinde etkili faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Fakat sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerinden ki etkisinin doğrudan incelendiği herhangi bir çalışma görülmemiştir. Sağlık kaygısının birçok sektörde yaygın bir durum olduğu ve insanlar ile etkileşimde bulunulan her bir alan için ayrı ayrı analiz yapılması ve elde edilen bulguların dikkatle değerlendirilmesi gerektiği belirlenmiştir. Sağlık kaygısı ile sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ve bulguların, daha derinlemesine niteliksel bir şekilde sunulması gerektiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra Literatür incelendiğinde demografik bilgilerin sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisine dair araştırmaların yetersiz görüldüğü ve daha ayrıntılı bir şekilde araştırılması gerektiği belirlenmiştir. Bundan dolayı bu çalışmada sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisi incelenerek, gelecekte bu konu üzerinde yapılacak araştırmalara yön vermek amaçlanmıştır. Bu araştırmada bu konuların ilişkilerinin detaylı olarak ele alınmasından kaynaklı çalışmanın bu konular üzerine araştırma yapmak isteyen çalışmacılara yol gösterici olacağı söyleyenebilir. Ayrıca sağlık kaygısının hizmet talebini nasıl etkilediğini anlamak, sağlık yöneticilerinin hastane kapasitesini ve kaynaklarını etkin yönlendirmelerine yardımcı olmak, hastaların ağılık kaygıları nedeni ile tedaviyi erteleme eğilimleri hakkında bilgi sağlayarak, hasta merkezli hizmet tasarımına katkı sağlamak, tedavi gecikmelerinin sağlık sistemine olan ekonomik etkilerinin analiz edilerek daha sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunulması için adımlar atılmasına yardımcı olmak amaçlanmıştır.

Bu kavramsal çerçeve neticesinde çalışmanın ilk bölümünde kaygı ve sağlık kaygısı kavramları detaylı bir şekilde incelenecektir. Kaygı duyarlılığı, boyutları, sağlık kaygısı belirtileri, modelleri ve tedavi yöntemleri açıklanacaktır. Sağlık hizmeti sınıflandırılması, sağlık hizmeti finansmanı, talep ve sağlık hizmetine talep kavramları, detaylı olarak ele alınacaktır. Çalışmanın son bölümünde çalışmanın amacı, örnekleme, hipotezleri, verileri elde etme yöntemi ve sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisi açıklanacaktır.



2. KONU İLE İLGİLİ DAHA ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Burada inceleyeceğimiz bölümde araştırmamızın asıl konusu olan sağlık kaygısı ve sağlık hizmeti talebi konulu yapılmış olan araştırmaların bilgileri yer almaktadır.

Yaylalı & arkadaşları (2012) Tarafından ele alınan “Sağlık Hizmeti Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma” isimli çalışmada, çalışmanın kapsamını Erzurum il merkezinde yaşamlarını sürdüren bireyler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan araştırmada bireyin yaşı, geliri, medeni durumu, eğitim düzeyi ve ailedeki birey sayısının sağlık hizmetlerine olan talep üzerinde etkili faktörler olduğu tespit edilmiştir. Yaş aldıkça sağlık çalışanının kibar davranması, tedavi ile ilgili bilgilendirme yapması ve güvenilir olmasının sağlık hizmeti talebinde daha etkili olduğu, fakat eğitim seviyesi arttıkça bu faktörlerin etkisinin azaldığı gözlemlenmiştir.

Akar & Arıkan (2023) tarafından ele alınan “Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler” isimli çalışmada, sağlık hizmetleri taleplerinin nasıl ortaya çıktığını belirlemek amaçlanmıştır. 41 ayrı ülkede yürütülmüş 64 çalışma ile Türkiye’de yapılmış olan 24 çalışma karşılaştırılarak sonuçlar yorumlanmıştır. Yapılan incelemeler sonucu 34 faktörün sağlık hizmetleri talebine etki ettiği belirlenmiştir. Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerine olan talebi en çok etkileyen faktörün gelir düzeyi olduğunu, ikinci ve üçüncü önemli faktörün ise farklılık gösterebildiğini ortaya koymuştur.

Okuyan & (2020) tarafından yapılan “Hemşirelik Öğrencilerinin Covid-19’a Maruz Kalma Korkularının Sağlık Kaygısı Düzeyleri Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Örneği” isimli Covid- 19’ un hemşirelik okuyan öğrencilerin sağlık kaygısını belirlemek amacı ile 357 hemşirelik öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada salgın nedeniyle evde kalmak zorunda kalan öğrencilerin, sıkılmış ve stresli hissettikleri, virüs bulaşma ile ölüm korkusu gibi sebeplerden ötürü sağlık kaygılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yılmaz & Dirik (2020) tarafından “ yetişkinlerde Sağlık Kaygısı İle İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Davranışçı Model Kapsamında İncelenmesi” isimli çalışmada sağlık kaygısı ve ilgili bazı değişkenlerin bilişsel davranışçı model ve literatür çerçevesinde kapsamlı bir şekilde incelenmek amacıyla Türkiye’nin farklı şehirlerinde yaşayan 18-58 yaş arası 503 kişi ile bir çalışma yapılmıştır. Kaygı duyarlılığı yüksek, hastalıkla başa çıkmayı zor bulan, hastalığı korkutucu gören ve hastalanma olasılığını yüksek değerlendiren bireylerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir.

Kıraç & Öztürk (2020) tarafından “Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişki” isimli çalışmada sağlık okuryazarlığının sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 900 kişi üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada bireylerin bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerinin sağlık kaygısını azalttığı sonucuna varılmıştır. Kadınların erkeklere kıyaslandığında daha yüksek sağlık kaygısına sahip olduğu görülmüştür. Yaş ve aile durumu ile sağlık kaygısı

arasında belirgin bir fark tespit edilmemiştir. Gelir düzeyi ile sağlık kaygısı arasında önemli bir fark gözlemlenmiştir. Sağlık kaygısından uzak bir yaşam için sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılmasının büyük önem taşıdığını belirtmişlerdir.

Eraydın & (2021) tarafından “Covid-19 Pandemisi Sürecinde Erasmus Öğrencilerinin Sağlık Anksiyetesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-Romanya ve Polonya Örneği” isimli yapılan çalışma erasmus ile Polonya/ Romanya’ya giden 350 öğrenciden oluşmaktadır. Erasmus öğrencilerinin COVID-19 pandemisi sırasında yaşadıkları kaygı ile sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları arasındaki bağlantıyı incelemeyi amaçlanan çalışmada erkek öğrencilerin, kız öğrencilere kıyasla sağlık kaygısının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Öğrencilerin eğitim gördüğü bölüm ile Sağlık kaygısı arasında önemli bir fark elde edilmiştir.

Karapınar, (2010) Tarafından yapılan “Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı” isimli çalışmada panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis hastalık gruplarında, sağlık kaygısının araştırılması ve karşılaştırılması hedeflenmiştir. Sağlık kaygısının yüksek olduğu kişilerin daha fazla sağlık talebi olduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların kaygı düzeylere erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Özdelikara & arkadaşları (2018) tarafından yapılan “Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” isimli çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin alt boyut olan sağlığın önemi puanları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık algısı ve sağlık anksiyetesi ölçeği puanları yüksek bulunmuştur. Sağlık durumuna önem veren kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek için daha fazla sorumluluk üstlendiği belirtilmiştir.

Avçin & Erkoç (2020) tarafından ele alınan “Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Anksiyetesi, Yaşam Doyumu ve İlişkili Değişkenler” isimli çalışmada pandemi sürecinde kişilerin sağlık kaygısının, yaşam doyumu üzerindeki etkisi incelenmek istenmiştir. Kadınların kaygı düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Herhangi bir işte çalışan kişilerin bir işte çalışmayan kişilere göre daha fazla sağlık kaygısı taşıdıkları ve yaşam doyum düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Evli kişilerin bekar kişilere göre daha yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşadıkları belirtilmiştir. Bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri arttıkça kişinin yaşam doyumunun azaldığı sonucuna varılmıştır.

Ekiz & (2020) tarafından yapılan “Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması” isimli çalışmada Türkiye’de yaşayan kişilerin sağlık kaygısı düzeylerini tespit etmek ve kontrol algısı düzeylerini tespit etmek ve sağlık kaygısının covid-19 salgını düzeyinin üzerindeki etkisi belirlemek amaçlanmıştır. Kadınların sağlık kaygısı düzeylerinin ve salgını kontrol altına almak isteklerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılmış olan kişilerin sağlık kaygısı düzeylerinin orta düzeylerle olduğu belirtilmiştir.

Kuzgun (2024) tarafından yapılan “Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerde Anksiyete ile Sağlık Anksiyetesi Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli çalışmanın amacı sağlık kaygısı ile kaygının ilişkili olduğu faktörlerin, hastalıkların belirlenmesidir. 206 kişinin katıldığı çalışmada kadınların erkeklere oranla sağlık kaygısı ve kaygı puanların daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalığı bulunan kişilerde sağlık kaygısının daha yüksek olduğu fakat eğitim seviyesi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Demir (2022) tarafından yapılan “Lise Düzeyindeki Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri Düzeylerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada lise öğrencilerin bazı özellikleri göz önüne alınarak siberkondri seviyelerinin sağlık anksiyetesi seviyesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 328 öğrencinin katıldığı çalışmada katılımcıların cinsiyeti, kronik hastalığının bulunması, internette geçirmiş oldukları sürenin sağlık kaygısını anlamlı derecede etkilediği belirtilmiştir. Katılımcıların gelir düzeyleri, sınıf seviyeleri, anne ve babaların eğitim seviyesinin sağlık kaygısını anlamlı düzeyde etkilemediği belirtilmiştir.

Başçı (2018) tarafından yapılan “Sağlık Çalışanlarında Algılanan Stres Düzeyinin İncelenmesi” isimli çalışmada stres ve strese yol açan faktörlerin, örgütsel veya bireysel anlamda stres yönetiminin, kavramsal analizi ile birlikte sağlık personellerinin stresi ve stresi algılama seviyelerinin analiz edilmesi ve yorumlanması amaçlanmıştır. 284 kişinin katıldığı çalışmada kadın personellerin erkek personellere göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların yaşı ile stres durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hemşirelerin teknisyen ve hekimlere göre daha fazla stres yaşadığı sonucuna varılmıştır.

Savcı & Aysan (2014) tarafından yapılan “Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ile Stresle İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki” isimli çalışmada üniversitede okuyan öğrencilerin algılamış olduğu stres düzeyi ile stres ile başa çıkma stratejilerinin arasındaki ilişkiyi incelemektedir. 302 üniversite öğrencisinin katıldığı çalışmada kız öğrencilerin stres seviyesinin erkek öğrencilerin stres seviyesinden yüksek olduğu ve kız öğrencilerin stres ile başa çıkma stratejilerinden olan planlı problem çözme, sorumluluk kanul etme stratejileri erkeklere oranla daha fazla kullandığı belirtilmiştir. Orta gelir düzeyine sahip öğrencilerin stres ile başa çıkmada kaçınma stilini daha fazla tercih ettiği belirtilmiştir.

Arslan (2024) tarafından yapılan “Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerde Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi” isimli çalışmada kronik hastalıkların ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin, sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi ve sağlık kaygısına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada kadınların erkeklere göre daha yüksek sağlık Anksiyetesi ölçeği puanına sahip olduğu bulunmuştur. Bu da kadınların erkeklere göre daha fazla kaygı ve sağlık kaygısına sahip olduğunu göstermektedir. Evli bireylerin evli olmayan

bireylere göre daha fazla toplam sağlık anksiyetesi ölçeği puanına sahip olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalığı bulunan katılımcıların kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla sağlık kaygısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır.



3. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde sağlık kaygısı ve sağlık hizmeti talebi kavramları hakkında detaylı bilgi verilecektir.

3.1. Kaygı Kavramı

Kaygı kavramı 19. Yy Freud tarafında ele alınıp incelenmiştir. Freud'a göre kaygı kavramı ve korku kavramı birbirinden ayrılmıştır. Korku kavramı kişiyi dıştan etkileyen tehlikeye karşı verilen refleks olarak ifa edilirken, kaygı ise kişiyi içten etkileyen Tehlikeye karşı, gösterilen bir reaksiyon olarak tanımlanmıştır (Ünal & Karagüvan, 1999). Genelde insanlar insanlar kaygıyı gelecekte kötü şeyler olacaktı gibi anımsarlar. Bilimsel alanda zorlama oluşturan anımsamayışeşitli yakınmalar ve sözcükler ile dile getirmektedirler. Kaygı biçimi, dışa vuran belirtilerinin ne olduğu farketmeksizin bireyin kaygıyı ve kaygı oluşturan çevreyi algılayışı, buna karşı tutumu bakımından önemlidir (Akınalp, 2013: 6). Korku nesnesi olması sebebi ile kaygıdan farklıdır. Korkunun kişi veya bir olay olsun nesnesi bellidir fakat kaygının nesnesi belirgin değildir (Budak, 2000,437).

Kaygı, kaynağı belli olmayan korkuya denilmektedir. Korku ise kişinin malının, canının inançlarının, sevdiklerinin ve toplum içerisindeki konumunun tedit edildiği süreçlerde ortaya çıkan ve bedensel belirtilerinde eşlik ettiği duygusal bir tepkidir (Akınalp, 2013, 8). Kaygının korku durumu ile ortak bazı yönleri bulunmaktadır. Her iki duyguda yaklaşmakta olan tehditlere karşı geliştirilmiş olan duygusal tepkilerdir. Fakat iki duyguyu ayıran çok önemli bir fark vardır. Korku herkes için tehdit olarak kabul edilen duruma karşı yaşanırken, kaygı bireyin kendisinin üretmiş olduğu bir duygudur (Akınalp, 2013,8). Freud'a göre kaygı, bireyi fiziki ya da Sosyal ortamdan kaynaklanan tehditlere karşı uyararak gerekli uyumu sağlamasına ve yaşamını idame etmesine destek olur (Şimşekoğlu & Mayda, 2016,20).

Kaygı seviyesinin artması. Bireyin daha sert ve basitleştirilmiş tepkiler vermesine, endişeli hissetmesine ve başkalarını memnun etmek için uğraşmasına yol açar (Doğan & Çoban, 2009, 160). Golsteine'e göre ise kaygının temel unsuru, kişinin yetenekleri ile ondan beklenenler arasındaki uyumsuzluktur. Bu durumda kişinin kendini gerçekleştirmesini engeller (Tümerdem, 2007,33).

Genel bir anlamla kaygı, bir tehdit karşısında duyulan korkunun bir yansıması olarak, kişide ortaya çıkan sıkıntı veya akıl dışı panik hali olarak ifade edilebilir (Manav, 2011,202). Şunu belirtmek mümkündür ki kaygının kaynağı esasen kişisel anlamlar ve yorumlardır. İnsanların kişisel düşünceleri, kaygının ortaya çıkmasına neden olur (Manav, 2011,202). Kaygı, stres oluşturan durumların yaratmış olduğu üzüntü, gerginlik gibi hoş olmayan gözlenebilir reaksiyonlardır. Bireyin kaygı anında kalp atışlarında

hızlanma ellerinde terleme görülebilmektedir. Bireydeki kaygı durumunun yoğunluğu stres oluşturan uyarıcının birey tarafından nasıl algılandığına bağlıdır. Ortaya çıkan durumun kişiye zarar verme ve tehdit oluşturma düzeyine göre de kaygı artacaktır (Akınalp, 2013,6).

Durumluk kaygı, kişinin içerisinde bulunduğu stresli durumlardan dolayı sürekli olarak hissettiği sübjektif bir korkudur. Bu kaygı durumu genellikle her bireyin yaşamış olduğu geçici durumlara bağlı olan bir kaygıdır. Durumluk kaygıda, kişide gerginlik ve korku yaratan durum ortadan kalktığında buna bağlı olarak olumsuz duygularda ortadan kalkacaktır. Stres düzeyinin yüksek olduğu zamanlar durum kaygılık düzeyinde yüksel olurken, stre ortadan kalktığında durumluk kaygıda ortadan kalkmaktadır (Türkçapar, 2012,130).

3.1.1. Kaygı Duyarlılığı

Kaygı duyarlılığına dair ilk tanım Reiss ve McNally tarafından ele alınmıştır. Korku beklentisi modeli oluşturulmuş ve bu modelde Kaygı beklentisi ile kaygı duyarlılığı, iki ayrı aşama olarak değerlendirilmiştir. Bu iki ifade birçok yönden birbiri ile benzerdir. Ancak kaygı beklentisi geçirilmiş bir kaygıdan sonra yinelenen ve kaçınılmaz olacağına dair düşüncelerin yer edindiği bir tür kaygıdır (Kaygı.com, 2020). Kaygı duyarlılığına sahip bir kişi, yaşayacağı kaygı semptomlarının hastalanmasına, daha fazla kaygı hissetmesine yol açabileceğini düşünmektedir. Kaygı duyarlılığı, panik ve kaygı bozukluğu için risk teşkil etmektedir. (Ganbarlı, 2020,35).

Yüksek kaygı duyarlılığına sahip olan kişiler, içsel duyuları örneğin uyarılma ve diğer kaygı belirtilerini yaşadıklarında, bu deneyimlerin kalp durması veya başka olumsuz bir sonuç ortaya çıkaracağından endişe ettikleri için korkuya kapılırlar. Düşük kaygı duyarlılığına sahip kişiler ise bu ve benzeri içsel duyuların zararsız olduğu düşünür (Yalçınkaya, 2024,26). Bir grup insan, kaygıya bağlı bedensel belirtileri yanlış bir şekilde tehlikeli durumlar olarak değerlendirebilir. Örneğin, kalp çarpıntısını kalp krizi riski olarak ya da titremeyi ciddi bir zihinsel rahatsızlığın belirtisi olarak algılayabilirler. Bu tür bireylerde, kaygıya karşı aşırı duyarlılık söz konusu olabilir (Yüksel, 2004, 16).

Yüksek kaygı duyarlılığı, genellikle korku ile güçlü bir ilişkiye sahiptir. Yüksek kaygı duyarlılığına sahip bireylerin, farklı nesne ya da durumlara karşı fobiler geliştirmeleri olası iken, düşük kaygı duyarlılığına sahip bireylerin daha az fobi geliştirdiği düşünülmektedir (Yüksel, 2004,16).

3.1.2. Kaygı Bozukluğu

Kaygı bozuklukları, kişinin aşırı endişe, korku ve gerinlik hissetmesiyle belirginleşip, günlük yaşamı olumsuz şekilde etkileyen psikolojik bir rahatsızlıktır. Bireyler, normal şartlar altında dahi sürekli bir tedirginlik, endişe ve huzursuzluk hissediyorlarsa, bu durum kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açabilir (Şahin, 2019,121). Birey bu kaygıları kontrol etmekte zorlanmakta ve günlük yaşamında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır (Açıkgöz, 2024, 1). Kaygı bozukluklarında, genellikle normalden fazla ve sıkça kaygı hissedilir. Yaygın kaygı bozukluğu dışında, özellikle fobilerde, kişiye yoğun ve olağan dışı korku duyguları hâkim olur (Şahin, 2019,127).

DSM-5'te kaygı bozuklukları, çeşitli alt türlerde yer almakta olup toplamda 11 farklı bozukluk sınıflandırılmaktadır. Bunlar ise ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici mutizm (konuşmazlık) ve özgül fobi, sosyal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu ve agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu (kaygı bozukluğu), madde kullanımına bağlı olan kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumu kaynaklı kaygı bozukluğu, tanımlanmış başka bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğudur (Büge, 2020,6). Kaygı bozukluğu tanısı konulabilmesi için, bireyin herhangi bir madde veya ilaç kullanımının etkisi altında olmaması ve kaygı semptomlarının başka bir psikolojik bozuklukla açıklanabilir olamaması gerekmektedir (Büge, 2020,6).

3.2. Sağlık Kaygısı

Sağlık kaygısı, bireyin sağlık durumuna karşı algıladığı tehdiye tepki olarak ortaya çıkan panik ve kaygı durumudur (Kılıç, 2023). İlk kez Warwick ve Salkovskis (1986) tarafından tanımlanmış olan sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtileri yanlış anlamlandırmasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığın olduğuna veya olacağına dair bir inancının bulunması ve sağlığıyla ilgili olarak aşırı kaygı duymasıdır (Nara, 2014,100). Birey, fiziki belirtilerini yanlış yorumlayarak ciddi bir rahatsızlığı olduğuna veya böyle bir rahatsızlığa yakalanacağına inanmaktadır (Karapıçak & 2012,44). Hastalar, yemek yerken boğulma, yazı yazarken ellerinde titreme ya da konuşma yaparken ya da halka açık bir ortamda performans sergilemeye çalışırken başarılı olamama gibi durumlar konusunda korku ve kaygı hissederler (Şahin, 2019,128).

Sağlık ile ilgili kaygılar, günlük hayatta aniden ortaya çıkan bedensel belirtiler veya rahatsızlıklardan dolayı oluşabilmektedir. Bu kaygı normal seviyelerde olduğunda sağlık hizmetlerinden faydalanmakla birlikte motivasyonada sebep olmaktadır. Fakat kaygı normal seviyelerin üstüne çıktığında kişinin işlevselliğini olumsuz şekilde etkilemektedir (Kara, 2021, 20).

Sağlık kaygısı yaşayan bireyler bedenlerindeki en ufak farklılığı fark ederek, bu durumu abartmaktadırlar. Bu durum ise yoğun anksiyete ve kaygının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Sağlıkla ilgili duyulan her yeni bilgi ve haber bu kişiler için önem arz etmektedir. Kişiler bu kaygılar sonucunda sürekli bir sağlık kuruluşuna gidip muayene olmak istemektedir (Kara, 2021, 20).

Sağlık kaygısının hafif seviyelerinin bile önemli etkiler yaratabileceği ve birçok hastalıkla ilişkilendirilebileceği göz önünde bulundurulduğunda, bahsedilen durum için risk faktörlerinin belirlenmesi çok büyük önem taşımaktadır. Risk faktörleri, genetik yatkınlık, çocukluk dönemi deneyimleri, kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri olarak tanımlanmıştır (Yorulmaz & Dirik, 2018). Büyük oranda öğrenilen bir durum olan sağlık kaygısı yalnızca genetik faktörlerden değil, çevresel faktörlerden de (örneğin, öğrenme) etkilenmektedir (Taylor vd, 2006).

Sağlık kaygısının şiddetini etkileyen faktörler arasında, bireyin genel kaygı seviyesi, geçmişteki sağlık problemleriyle ilgili deneyimleri, aile üyelerinin sağlıkla ilgili olumsuz yaşantıları ve kontrol kaygısı gibi psikolojik unsurlar bulunmaktadır (Ergin, 2024,12). Ebeveynlerinin hastalık deneyimini yaşamış bireylerin, ebeveyn hastalığı deneyimlemeyenlere kıyasla daha yüksek seviyelerde sağlık kaygısı taşıdığı ve hastalıkla ilgili olasılıkları abartma yönünde işlevsel olmayan inançlar geliştirdiği gözlemlenmiştir (Ergin, 2024,13). Güvenlik sağlayıcı davranışlar (kişinin endişe ettiği olayın başına gelmemesi için uyguladığı davranışlar) diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi, sağlık kaygısında da belirgin bir durumdadır. Çok sık karşılaşılan güvenlik sağlayıcı davranışlar: kişinin hastalığını hatırlatan olay ve durumlardan kaçması, tekrar eden hastane başvuruları, düşünceyi bastırmaya çalışma, yeme içmesine aşırı özen göstermeye başlama olabilir (Nara, 2014,107).

Beklenmedik bedensel belirtilere, yeni ortaya çıkmış fiziksel bir hastalığa karşı hepimiz endişeleniriz. Ancak bu endişe genellikle geçici bir durumdur. Tıbbi bir tedavi aldıktan sonra belirtiler azalmaya ve kaygı ise yok olmaya başlar (Akkuzu, 2019, 43). Fakat şiddetli sağlık kaygısı, devamlılık gösterir. Uzun süren tıbbi destekler ile kısmen azalır ve genellikle bir belirtiden başka belirtiyeye geçiş yapar. Sağlık kaygısını yaşayan birey, bireyin ailesi ve sağlık personelleri için klinik açıdan belirgin bir problem haline gelmektedir (Yılmaz, 2017, 3). Kronik hastalığı bulunan bireylerde bu durumun huzursuzluk yarattığı, kişinin vücudundaki fark edilebilen durumları anlamlandırmak için neden sonuç ilişkisi içerisinde bir çözüm arayışına girdiği söylenebilmektedir. Bunun en verimli ve en etkili çözümünü internette yapmış olduğu taramalar olarak görmektedir (Demir, 2023,36).

Kronik hastalık, bireyin mevcut yaşam standartlarını etkilediğinden dolayı kişi kaygı yaşayabilmektedir. Kronik hastalığı bulunan bireyler sağlıkları konusunda daha hassas olabilmekte ve bu hassasiyetten dolayı bedenlerindeki değişimlerin sebebini

bulma amacı ile araştırmalar yapabilmektedir. Yapmış oldukları araştırmalar sonucunda bireyler daha stresli ve kaygılı duruma gelebilmektedir (Demir, 2023,36).

Sağlık kaygısı, doğrudan veya dolaylı olarak mali kayıplara sebep olmaktadır. Doğrudan maliyetler olarak: hekime yapılan başvuru sonrası oluşan araştırma, tetkik veya ilaç giderleri, sağlık kurumuna ulaşım giderleri, sağlık personeli masrafları, hastanın kendi cebinden ödemek zorunda kaldığı tedavi giderleridir. Dolaylı maliyetler ise, iş yerindeki verimlilik kaybı, iş gücü kaybı ile bunlara bağlı oluşan maaş kaybıdır (Arslan, 2024,16).

3.2.1. Sağlık Kaygısının Boyutları

Sağlık kaygılarının endişe, güvence arama, özümleme ve yabancılaşma olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır (akmak, 2024,12).

Endişe: kişinin hastalık ve sağlığına dair aşırı kaygılı halidir yani sağlık kaygılarının duygusal yönünü ifade etmektedir.

Güvence arama: kişinin hissettiği sağlık sorunları karşısında destek arayışına girmesi eylemidir. Sağlık kaygılarının davranışsal boyutu içerisinde bulunmaktadır.

zmleme: sağlık kaygılarının algısal boyutu ve kişinin fiziksel izlenimlere odaklanmasıdır.

Yabancılaşma: kişinin bir rahatsızlığının bulunmadığının teşit edilmesine rağmen, kişinin hasta olduğuna inanması, çevresinde bulunan insanların kendisine ilgi göstermediğine inanması olarak ifade edilmektedir

3.2.2. Sağlık Kaygısı Modelleri

Bu kısımda sağlık kaygısı modelleri olan bilişsel davranışçı model, interpersonal model ve biyopsiko-sosyal model ele alınmıştır.

3.2.2.1. Bilişsel Davranışçı Model

Sağlık kaygısına yönelik geliştirilen modellerden biri, Beck'in bilişsel modeline (1976) ve anksiyete modeline dayanan bir modeldir. (Yorulmaz ve Dirik, 2018,447). Bu yaklaşıma göre kaygının kaynağı, olayın kendi değil, kişinin bu olayı nasıl değerlendirdiği ve algıladığıdır. Olaylar, çarpıtılmış düşünce kalıplarıyla algılandığında, kaygı duygusu ortaya çıkar (zpoyraz, 2016). Bedensel belirtilerin yanlış yorumlanması ve hastalığın ciddi, yaygın ve ağır olması, sağlık kaygısına neden olan risk faktörleri olarak ifade edilmiştir (Demir, 2021, 21).

Beck'e (1976) göre, kaygı bozukluğu yaşayan bireylerin fikirleri genellikle kişisel yaşamlarına dair tehditlerle doludur. Bu kişiler kendilerine, sevdiklerine, sahip oldukları

şeylere veya toplumsal durumlarına zarar gelme endişesi taşımaktadır (Alicı, 2016, 16). Sonuç olarak bir olayın yol açtığı rahatsızlık, olayın kendisinden değil, kişilerin o olaya yüklediği anlamlar ve tepkilerle belirlenir (Açıkgöz, 2024, 7).

Bu model sağlık kaygılarının nasıl oluştuğunu ve sürdüğünü anlayabilmek için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu anlayış ise sağlık kaygılarının yönetiminde etkili olabilecek stratejilerin geliştirilmesi için sürece yardımcı olabilir (Çakmak, 2024, 16).

3.2.2.2. Interpersonel Model

Sağlık kaygısı, güvensiz bağlanmanın olumsuz bir yansıması olarak kabul edilir. Kişilerarası model olarakta bilinen bu yaklaşıma göre, sağlık kaygısı yaşayan bireylerin geçmişteki olumsuz ebeveyn ilişkileri, deneyimleri, güvensiz bağlanma tarzlarının gelişmesine ve bedensel belirtilere aşırı odaklanmalarına yol açar (Karaer Karapıçak, 2010,79). İlk olarak, 1970'li yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde Yale Üniversitesi'nde Myrna Weismann, Gerald Klerman ve Eugene Klerman tarafından, psikotik olmayan majör depresyonun tedavisinde antidepresanlara ek olarak kullanılmak üzere geliştirilmiştir. 1984 yılında ise Klerman tarafından sistematik bir hale getirilmiştir (Tümbet, 2020).

Bu terapi hastaları anlayabilmek için biyopsiko-sosyal modeli benimser. Depresyona yol açan ya da yatkınlık oluşturan biyolojik ve Psikolojik etmenleri dikkate alır ve depresyonu, sosyal çevrede gelişen bir sağlık durumu olarak tanımlar (Ergil Altın, 2012, 194). Ayrıca interpersonal model, sağlık kaygısı yüksek olan kişilerin daha fazla güvence arayışına girdikleri ve bu süreçte daha kaygılı ve güvensiz bir hal aldıklarını belirtir. Sağlık kaygısı düzeyi yüksek olan kişilerdeki bu güvensizlik duygusu onların sağlık kuruluşuna başvuru sıklıklarını arttırabilmektedir. Oluşan bu güvensizlik sağlık personelleri ve diğer bireyler ile sağlıklı iletişim kurulmasını engelleyebilmektedir (Çakmak, 2024,15).

3.2.2.3. Biyopsiko-Sosyal Model

Biyopsikososyal modelde 1977 yılında George Engel tarafından ortaya ifade edilmiştir. Bu modelde, çevresel ve psikolojik stres faktörleri, birey için potansiyel hastalık yapıcı unsurlar olarak tanımlanmaktadır (Oksay & 2021,692). Hastaya yalnızca biyomedikal açıdan, yani patoloji, biyokimya ve fizyoloji gibi faktörlerle yaklaşarak tanı koymak eksik kalır. İnsan vücudu, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutların bir arada olduğu bir bütündür. Bu sebeple, tanı aşamasında kişinin zihinsel ve duygusal durumu, sosyal çevresi ve ekonomik koşulları dikkate alınmadığında, hastalığa bütünsel bir yaklaşım sergilemek mümkün olmaz (Oksay & 2021,691). Biyopsikososyal model, hem psikososyal faktörleri hem de geleneksel biyomedikal faktörleri içermesi nedeniyle,

ağrıya bağlı durumların anlaşılmasında büyük bir öneme sahiptir (Denizci Nazlıgöl & Bozo, 2017,60).

3.3. Sağlık Kaygısının Tedavisi

Kaygı bozukluğu tedavisi, ilaç tedavisi ve bişisel davranış terapisi olarak iki grupta değerlendirilir. Psikoterapi ve farmatoterapide hasta profili, kullanılan ilaçların yan etkileri, ilaçların ve tedavinin maliyeti, kontaendikasyonlar baz alınarak ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Bu yüzden tedavi seçimi yapılırken hasta ile birlikte yapılması gerekmektedir (Kuzgun, 2024,7). Kişinin şikayetleri geriledikten ve düzelme sağlandıktan sonra bile en az 6 ay ve hatta 1 seneye kadar farmatoterapiye devam edilmesi kaygı bozukluklarının tekrarlanmaması ve tam iyileşme olması açısından önemlidir (Kuzgun, 2024,7). Psiko-sosyal müdahalelerin, aşırı sağlık kaygısını tedavi etmek için en etkili yöntemlerden biri olduğu kanıtlanmıştır (Taylor & 2006).

Genetik faktörlerin aşırı sağlık kaygısında etkili olduğu göz önüne alındığında, farmakolojik (ilaç kullanımıyla yapılan) tedavilerin bireyin genetik yapısına göre özelleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Örneğin, büyük depresyon tedavisi üzerine yapılan çalışmalarda, serotonin taşıyıcı geninin iki uzun aleline (bir genin farklı formları) sahip hastaların SSRI'lara (ilaç sınıfı) daha iyi yanıt verdiği gözlemlenmiştir ve bu durumun aşırı sağlık kaygısı tedavisinde de geçerli olabileceği düşünülmektedir (Taylor & 2006). Maruz kalma terapisi, özellikle fobiler ve bazı kaygı bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılır.

Bilişsel terapiler, bireylerin korkularıyla yüzleşirken karşılaşılabilecekleri olumsuz durumlarla ilgili inançlarını sorgulamaları için yapılan müdahalelerle, maruz bırakma sürecini destekler (Şahin, 2019,130). Bilişsel-davranışçı terapi ve anksiyolitiklerin (kaygı ve stresle mücadele etmek için kullanılan ilaç) ayrı ayrı kullanılmasından ziyade, bu iki yaklaşımın bir arada kullanılmasının, kaygı bozukluklarında daha etkili sonuçlar verdiği düşünülmektedir. (Şahin, 2019,131).

3.4. Sağlık ve Sağlık Hizmeti

Bu kısımda sağlık kavramı, sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetleri finansman yöntemleri olan genel vergiler yolu ile finansman yöntemi, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten yapılan harcamalar detaylı olarak ele alınmıştır. Bunun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehavilite edici sağlık hizmetleri ve geliştirici sağlık hizmetleri ele alınmıştır.

3.4.1. Sağlık Kavramı

Hastalık ve sağlık arasında net bir ayrım yapılmasının zorluğu ve bu kavramların göreceli doğası, birçok kurum ve yasa koyucuyu "sağlık" terimini tanımlama ve kapsamını belirleme çabalarına yöneltmiştir (Öztürk & Kıracı, 2019,383). İlk olarak hastalık kavramı kişinin bedenindeki farklı organlarının kriterlerinin belirlenebilmesi, nesnel olan bazı ipuçları sayesinde açıklanabilen bozuk olma durumlarını ifade etmektedir (Sevgen, 2015, 2). Fiziksel hastalık durumu, olumlu olan ruhsal davranışlar ve sosyal yardımlarla birlikte dengeye getirilebilir. Öbür taraftan duygusal olam problemler fiziksel yeterliliğine karşın eksik hissedilmesine neden olabilmektedir (Sevgen, 2015, 2). Sağlık kavramı, Sağlık, farklı şekillerde tanımlanabilirken, evrensel olarak kabul görev ve yaygın olarak kabul edilen tanımı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) kuruluş tüzüğünde bulunan sağlık tanımıdır (Gürer, 2018, 9). Dünya sağlık örgütünün tanımına göre; “sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel ve zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir “olarak tanımlandı.

Dünya sağlık örgütü tarafından düzenlenen ve 61 ülkenin temsilcilerinin yer aldığı sağlık konferansında tanımlanan bu tanımlama o günden bu yana bir değişikliğe uğramamıştır (Sarı, 2021, 2). Bu ifade kapsamlı gibi görünse de “iyilik hali” (well-being) ifadesi yine de bireyden bireye ve toplumdaki topluma fark etmektedir (bolsoy ve sevil, 2006, 78). Bircher (2005)'e göre, sağlık, yaş, kültür ve bireysel sorumlulukla paralel olarak, fiziksel, zihinsel ve sosyal ihtiyaçlara yanıt veren dinamik bir iyilik halidir ve bu durum bireyin potansiyelini en iyi şekilde kullanmasıyla tanımlanır (Öztürk & Kıracı, 2019,382). Kişilerin bulunduğu ortam, yetişme tarzları ve inançları iyilik hali tanımında etkili olabilmektedir. Bu tanıma göre, bir bireyi Anlayabilmek, hastalık ve sağlık durumunu değerlendirebilmek için onu çevresi ile birlikte bir bütün olarak ele almak ve bireyin çevresiyle olan etkileşimini anlamak önemlidir (Sevgen, 2015, 3).

Sağlık kavramı, birbirine bağlı olan fiziksel, kültürel, ruhsal ve toplumsal yönler barındıran çok boyutlu bir kavramdır. Bu sebeptendir ki sağlık ve hastalık kavramını tek boyutlu bir sürekliliğin, karşıt uçları olarak tanımlamak yanlış sürükler (Cantürk, 2012, 3)

Sağlık hakkı; öncelikle devlete, ardından sağlık çalışanlarına, toplumun diğer üyelerine ve hatta uluslararası topluma yüklenen önemli bir insan hakkıdır (Zengin, 2010, 51). Özetle sağlık, sosyal kalkınmanın önemli bir parçasıdır ve bireyin yaşamı boyunca sürekli ve eşit bir şekilde temin edilmelidir. Sağlık, toplumsal bir hak olduğundan dolayı bireyler, toplumlar veya kuruluşlar tarafından engellenmesi mümkün değildir (Erer, 2010, 37).

3.4.2. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ve toplumun sağlıklarını korumak, rahatsızlandıklarında gerekli tedaviyi sağlamak, tamamen iyileşemeyip engelli kalanların diğer kişilerden bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürmek ve toplumun genel sağlık durumlarını yükseltmek için yapılan (Sevgen, 2015,3) uzmanlık gerektiren alanlarda faaliyet gösteren kişiler tarafından sağlanan, yüksek düzeyde uzmanlık ve çaba gerektiren hizmetlerdir (Gürer, 2018,13). Sağlık hizmeti hastalığın önlenmesi ile başlayan tanı konulması, tedavi ve rehabilite edilmesi, sağlığın geliştirilmesi sürecinin tümünü kapsamaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden bilinebilmesi mümkün değildir. Bundan dolayı tutarlı bir arz-talep ilişkisi aranmaz. İhtiyaç halinde ortaya çıkan rastlantısal bir kullanımdır. Sağlık hizmetleri, piyasada alınıp satılabilen ve kamu tarafından da üretimi mecburi olan bir hizmettir (Altay, 2007,36).

Sağlık hizmeti ertelenemez bir hizmettir ve bütünlük göstermeli, koordineli şekilde sunulmalıdır. Bu hizmetin rahat kullanılabilmesi bireylerin ihtiyacı olan tıbbi sarfların, ilaçların, sağlık personellerinin ve sağlık kurumlarının daha erişilebilir olmasıyla sağlanabilir. Bu hizmetlerde sorumluluk yalnızca doktor ve sağlık personellerine ait olmayıp, aynı zamanda hasta ve hatta devletinde sorumluluk taşınması gerektiği söylenebilir. Bu yüzden, sağlık hizmetleri için ortak bir sorumluluk belirlemek uygun olacaktır (Erer, 2010,34). Devlet, sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli altyapıyı (eğitimli personel, gerekli malzemeler ve tesisler) yeterli seviyede temin etmekle sorumludur; sağlık personelleri bu hizmetleri her hastaya eşit ve doğru olarak sunmalıdır; sağlık hizmetlerinden yararlanan hasta ise, verilen sağlık hizmetlerinin beklentilerini (kendi sağlığını koruması, sağlık çalışanları tarafından kendisine önerilen tedaviyi eksiksiz uygulanması) yerine getirmekle yükümlüdür (Erer, 2010,34).

Sağlık hizmeti düzeyinin bireylerin yaşamlarını idame ettirmelerinde ve yaşam kalitelerinin yükselmesinde yadsınamaz bir önemi vardır. Sağlık sistemlerinin verimliliğini ölçmek isteyen ülkeler için sağlık hizmeti düzeyi önemli bir ölçüttür. Çünkü sağlık sorunlarını başarılı bir şekilde çözen toplumlarda genellikle siyasi, ekonomik ve toplumsal yapılarda sağlıklıdır (Orhan & Yücel, 2017, 54). Sağlık hizmetlerine olan erişim, Kişilerin doğdukları andan itibaren sahip oldukları temel bir haktır. Birçok ülkede sağlık hizmetleri devlet tarafından sağlanmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinden sorumlu ve yetkili olan başlıca kurum Sağlık Bakanlığı'dır (İleri & 2016). 1961 Anayasası'nın 49. maddesi, ağılığı, temel bir hak olarak ifade etmiştir. ve sosyal devletin sağlık ile sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm sorumluluğunu devlete yüklemiştir (Altay, 2007, 43). Sağlık hizmetlerinin, diğer hizmetlerden ayıran belirgin ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Bu hizmetler, insanın gelişimi için çok önemli gereksinimlerden biri olarak görülür. Beşerî sermaye,

insan özelliklerinin değerini temsil eder ve sağlık hizmetlerinin sunduğu niteliklerle doğrudan ilişkilidir (Altay, 2007, 35).

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin, kaynakların etkin yönlendirilmesi ve ihtiyaçların belirlenmesi için yeterli yetki ve yetkinliğe sahip olan kurumlar tarafından planlanması, organize edilmesi, işletilmesi sağlık sektörünü daha sağlıklı duruma getirecektir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu kurumlara bakıldığında, bu kurumların kapasite açısında yetersiz oluşu düşük maliyet, düşük teknolojiye getirmektedir. Bu ülkelerde özellikle idari kapasiteye karşı duyulan ihtiyaç büyük oranda ihmal edilmektedir (Batbaylı, 2021,9).

3.4.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Yöntemi

Sağlık hizmetleri finansmanı geniş ve kapsamlı bir kavramdır. Genel bir ifade ile sağlık sektöründeki finansal kaynakların harekete geçirilmesini ve kullanılmasını içermektedir (İstanbuluoğlu & 2010, 89). Sağlık hizmetleri finansmanı, dünyadaki bütün insanlar ve devletler için önemi gittikçe artan, merkeze kayan bir konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri finansmanının önemli ve birbiri ile ilişkisi olan üç ayağı bulunmaktadır. Bunlar sağlık için gerekli olan fonların toplanması, ödeyici kişiler arasında risk paylaşımı temeline dayalı olarak bu fonların havuzlanması, havuzlanan fonların gerekli olan sağlık hizmetlerinin satın alınmasında veya bu hizmetlerin sağlanmasında kullanılmasıdır (İstanbuluoğlu & 2010, 86).

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir ve erişilebilir olması, sağlıkla ilgili dayanıklı ve Dayanıklı olmayan tüketim mallarına ve sermayeye erişim ve bu gibi girdilere yeterli mali kaynak ayırmaya bağlıdır (WHO 2000; Mossialos & Dixon 2002). Sağlık hizmetleri finansman mekanizmaları, kurumsal seçenekler sunarak kişileri sağlık harcamalarının finansal risklerine karşı korumaktadır. Bu seçenekler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları, vergiler ile finansman ve tıbbi tasarruftur. Gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın ülkelerin sağlık hizmetlerinden dolayı ayırdıkları kaynakların kıt olduğu ve sağlık hizmeti harcamalarının sürekli bir artışta olduğu gerçeği bilinmektedir (WHO, 2000).

Sağlık hizmetinin kalitesi ve bireylerin yaşam süresi ile sağlık harcamaları ile orantılı bir halde artmaktadır bu sebeptendir ki hükümetler sağlık harcamalarını daha fazla önemsemektedir (Sevinç ve Yılmaz, 2020). Birçok ülke verdikleri sağlık hizmetlerindeki eşitsizliği gidermek amacı ile reformlar yaparak mevcut sağlık sistemlerini yenilemeye ve geliştirmeye gitmiştir. Bu reformlar özellikle yoksul ve Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan bireylere yönelik olmuştur (Uğur & Tirgil, 2018). Ülkemizde 2023 yılında yapılan sağlıkta dönüşüm programıyla genel sağlık sigortası, hayata geçirilmiştir. Bu program ile yeşil kart sağlık sigortası da değişime uğramıştır. Bu programın temel amacı verilen sağlık hizmetinin kalitesini attırmak, eşit ve hakkaniyetli

bir biçimde sağlık hizmetleri sunmak ile hasta ve hekim arasındaki maddi ilişkileri ortadan kaldırmaktır.

Sağlık sistemlerinde hastalanmanın finansal risklerine karşı güvence sağlamak amacı ile ödeyiciler geliştirilmiştir. Bu ödeyiciler hem kamu hemde özel kuruluş olabilmektedir. Bu ödeyiciler sağlık hizmetlerini finanse edebilmek amacı ile güvence altına aldıkları nüfustan dolaylı veya doğrudan bir şekilde gelir toplamaktadır. Toplanan bu gelirler ya doğrudan ödedikleri hizmetlerin bedelini geri ödemek amacı ile hastalara veya sunmuş oldukları hizmetlerin karşılığı olarak hizmet sunanlara aktarılmaktadır (İstanbuluoğlu & 2010, 89).

3.4.3.1. Genel Vergiler Yolu ile Finansman (beveridge modeli)

Tarihsel süreç içerisinde, sağlık hizmetlerinin tedarik edilmesi sürecinin kamusal bir zorunluluk olarak algılanmaya başlanmasıyla birlikte bu hizmetlerden toplumun bütün kesimlerinin yararlanmasını sağlayabilmek üzere bazı tedbirlerin alındığı görülmektedir. Bismarck olarak adlandırılan sosyal sigorta sistemiyle başlayan süreç, sunulacak olan sağlık hizmetleri finansmanının, genel bütçe gelirleri ile sağlanan beveridge sistemi ile devam ettiği görülmüştür (Çelikay & Gümüş, 2010,195).

Beveridge modeli olarak da belirtilen bu finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinin, kamu kaynakları ile finanse edilen bir yaklaşımdır (Ertürk Atabey, 2019,32). Sağlık hizmeti finansmanı, genel vergiler aracılığıyla vatandaşlardan toplanan kaynaklarla sağlanmakta ve sağlıkla ilgili tüm masraflar kamu bütçesi tarafından karşılanmaktadır (Ertürk Atabey, 2019, 32). Sağlık hizmetleri finansmanının vergilere sağlandığı sistemde, para toplama işlemi için genel vergi sisteminin dışında ek bir kurum ya da örgüte ihtiyaç duyulmaz. Bu nedenle, sağlık hizmetleri için toplanan fonların doğrudan hizmet ve mal üretimine dönüştürülmesi daha kolay ve hızlıdır (Akdur, 2001).

Devlet bütün vergilerin bir araya geldiği genel vergi gelirleriyle sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılamaktadır. Bu desteğin düzeyleri ülkelere göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın en önemli sebebi ise siyasi ve ekonomik rejim değişikliğidir. Vergilerle finansman yönteminin yaygın olarak kullanıldığı ülkeler arasında İsveç, Finlandiya, Kanada, İtalya, İspanya, İngiltere ve Portekiz yer almaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008,138). Sağlık hizmetleri finansmanının vergi gelirleri ile sağlanmakta olduğu bir sistemde, sosyal sağlık risklerine ilişkin harcamaların toplumun geneline yayılması için vergi tabanının, geniş olması gerekmektedir. Kayıt dışı dışı ekonominin azlığı ve vergiyi doğuran olayların kolay saptanabilmesi vergilendirme sürecinin toplumun bütün kesimlerinde benimsenmesini sağlamaktadır (Çelikay & Gümüş, 2010,196).

Kısaca bu finansman yöntemindeki varsayım, vergilerin adil bir sistem ile toplanması, toplanmış olan vergilerle sunulan sağlık hizmetlerinin, gerçekten ihtiyacı olan kişiler tarafından kullanılması ve sağlık hizmetlerinin buna göre şekillenmesidir. Hizmet sunucuları ile hizmet kullanıcılar arasında doğrudan bir etkileşimin olmaması, bireylerin ve tüketicilerin hizmet sektörü üzerindeki baskılarının minimize olmasına neden olur (Akdur, 2001).

3.4.3.2. Sosyal Sağlık Sigortası [bismark modeli]

Sosyal sağlık sigortası; personel, işverenler ve devletin prim ödeyerek üyelerinin sağlık risklerini ortak bir havuzda topladığı bir sistemdir (Şantaş & Çıraklı, 2019, 14). Devletin oluşturduğu sosyal sigorta ağıyla sağlık hizmetlerinin finansman sürecine müdahale edilebilmektedir. Bismarck modeli olarak da bilinen sistem özellikle işçi ve işverenin kamu sigorta kurumlarına prim ödemeleri yapmaları esasına dayanmaktadır.

Kişilerin hastalık riskleride göz önünde bulundurularak primler ortak bir havuzda toplanmaktadır. Toplanılan bu primler dayanışma amacı ile oluşturulmuş olan ortak fondan sağlık sorunlarıyla karşılaşan kişilere sunulacak olan sağlık hizmetlerinin sağlanmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2010, 193). Belirtilen finansman modelinde; devlet, sosyal sigorta sistemi kurarak sağlık hizmetlerinin finansmanına müdahale edebilmektedir. Hizmet için aylık primler, kişinin maaşından her ay otomatik düşülerek tahsil edilmektedir (Ertürk Atabey, 2019, 32).

Sosyal sigortanın asıl amacı, dayanışma ilkesine dayalı olarak bireylerin korunmasını sağlamaktır; bu nedenle, bireyin riskleri ve sağlık durumu ile ödenecek primler arasında doğrudan bir ilişki kurulmaz (Tatar, 2012,116). Özetle sosyal sağlık sigortası, evrensel kapsama ulaşmayı hedefleyerek, temel sağlık hizmetlerinin gelir ve sağlık durumunu gözetmeksizin tüm bireylere erişilebilir olmasını sağlamaktadır (Şantaş & Çıraklı, 2019,14).

Sosyal sağlık sigortası ile toplumun refah seviyesini arttırmak amacına tam anlamıyla hizmet etmesi için toplumun her kesimine hitap etmesi ve gelir seviyeleri ile ilişkili olarak sigorta primlerinin tahsil edilmesi gerekmektedir. Ancak bu durumda bireysel sağlık riskleri sosyal riskler olarak algılanıp toplumun tüm kesimine mal edilebilir (Çelikay & Gümüş, 2010, 194).

3.4.3.3. Özel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerinin, piyasa ekonomisi aracılığı ile finanse edilmesinin başka bir yöntemi özel sağlık sigortalarıdır. Özel sağlık sigortaları modeli cepten yapılan ödemelerin sebep olduğu olumsuz özellikleri önemli ölçüde giderebilen özellikleri barındırmaktadır. Özel sağlık sigortası ile finanse edilen sağlık hizmetleri sisteminde,

serbest piyasa koşulları geçerlidir. Özellikle finansal aracı konumunda olan sigorta kurumları ve kişiler sırasıyla karları ve faydalarından dolayı çaba sarf etmektedirler (Çelikay & Gümüş, 2010, 190).

Sağlık hizmetleri finansmanının tamamen özel sigorta şirketleri aracılığıyla sağlandığı bir yaklaşımdır. Bu sigorta kuruluşlarının ana hedefi, mümkün olabilecek en yüksek kazancı elde etmektir (Akdur, 2001). Bu modelde; bireyler, sosyal durumlarına ve ekonomik kapasitelerine göre çeşitli özel sağlık sigortalarına düzenli veya peşin ödemeler yapmaktadırlar. Yapılan ödemeler, özel sektördeki bir sigorta şirketi tarafından toplanmaktadır (Ertürk Atabey, 2019,35).

Başka bir ifade ile; özel sağlık sigortası, devletin sunduğu sağlık hizmetleri ile karşılanmayan alanları finanse etmek amacıyla kullanılmaktadır. Özel sektörde, kişilerin ödeyeceği primler genellikle sağlık riski veya sağlık durumu ile bağlantılı olarak belirlenmektedir (Tatar, 2012, 114). Burada sigortalı kişilerin gelirlerinden ziyade hastalık riskleri baz alınarak sigorta primleri belirlenmektedir. Böylelikle hastalık riskleri az olan kişilerden az miktarlarda sigorta primleri talep edilirken sağlık riskleri yüksek olan bireylerden ise daha yüksek oranlarda sigorta primleri talep edilmektedir (Çelikay & Gümüş, 2010,190). Sigorta anlaşmalarının işveren kesim tarafından yapıldığı durumlarda ise bu hesaplamalar kurumda çalışan grubun ortalama risklerine göre belirlenir. Topumsal risklere göre belirlenen primlerde ise bir coğrafi bölgede yaşayan kişilerin ortalama risklerine göre ayarlanır (Akdur, 2001, 1577).

Özel sağlık sigortalarının, sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltma konusunda bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Sigorta şirketleri, sigorta sayısını artırabilmek amacıyla, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ücretini düşürmek için baskı yapabilirler ve bu sayede prim tutarlarını azaltabilirler (Orhaner, 2017, 401).

Bu yöntemde hem bireylerin sigorta seçme hakkı hemde sigortaların kişi seçme veya reddetme hakkı saklı bulunmaktadır. Prim miktarları ve hizmet kapsamı tamamen kişiye özgüdür ve taraflarca imzalanmış olan bireysel sözleşmeler ile belirlenir. Bundan dolayı kişiye özgü teminat paketleri ve primler söz konusu olduğundan kişiler arası eşitlik görülmemektedir (Akdur, 200, 1577).

Özel sağlık sigortaların daha başarılı olmaları için bazı düzenleme ve değişikliklerin yapılması gerekmektedir. Özel sağlık sigortası pazarları, kronik hastalıkları bulunan yaşlı ve sağlık durumu kötü olan kişilere getirilen kısıtlılıklar, bireyin sigorta yaptıktan sonra risk içeren durumların içine girmesi gibi durumlardan dolayı verimli şekilde çalışmayabilir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008, 144).

3.4.3.4. Cepten Yapılan Harcamalar

Doğrudan ödeme yöntemi olarak bilinen bu yaklaşım, sağlık hizmeti talep eden bireylerin, aldıkları hizmetin ücretini doğrudan kendi ceplerinden ödemesi anlamına

gelmektedir (Ertürk Atabey, 201, 34). Hastalık riskine karşı herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Bu yöntemde, ödeme işlemlerinde üçüncü taraf ödeyiciler olarak bilinen araçlar bulunmaz. Birey, aldığı hizmetin ücretini tamamen kendi kaynaklarından karşılamaktadır (Ertürk Atabey, 2019, 34).

Cepten yapılan ödemeler; kullanıcı katkısı, doğrudan ödeme ve resmi olmayan ödemeler olarak üç bölümde incelenmektedir. Cepten yapılan ödemeler sosyal güvence kapsamının dışında kalan hizmetler ve hizmetlere ulaşımın aksadığı anlarda yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları ise ek kaynak yaratabilmek için kamu hizmetlerinden, kullanıcı katkıları alınması ve var olan kaynakların ise daha verimli kullanılması bunun yanında sağlığın özel sektöre açılmasıdır. Fakat kullanıcı katkıları, finansal riskin ve yükün topuma yayılmasını engellemektedir. Bunun sonucunda ise dayanışma azalmakta ve finansmanda adalet durumu olumsuz etkilenmektedir. Çünkü kullanıcı katkıları ile finansman yükü gelir durumu düşük, sağlık durumu kötü olan kişilere kaymaktadır (İstanbuluoğlu & 2010, 85). Resmi olmayan ödemeler, birçok ülkede kayda geçmemektedir bunun sebebi birçok ülkede bu durumun kanun dışı olmasıdır. Hastanın tedavi olduktan sonra teşekkür amaçlı hediye alması, tedavi olmadan önce gene aynı şekilde hekim veya sağlık çalışanlarına para veya hediye sunması resmi olmayan ödemeler olarak geçmektedir (İstanbuluoğlu & 2010, 85). Bireyin gelirine bağlı olmayan durumlarda, kişinin doğrudan cebinden yapılan ödemeler hem adalet hem de risk koruma açısından bakıldığında en olumsuz sonuçlara sebep olan finansman modelidir (Tatar, 2012, 114). Özetle, sağlık hizmetlerinden yalnızca maddi imkânı olanlar faydalanabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine olan erişim konusunda zengin ile fakir arasındaki eşitsizliği artırmaktadır (Akdur, 2001). Hastalık riski karşısında finansal güvence sunan özel ve kamuya ait finansman yöntemlerinin ortaya çıkıp yaygınlaşması ile cepten yapılan ödemelerin finansman içindeki payını azaltmıştır (Şantaş & Çıraklı, 2019,14).

3.5. Sağlık Hizmeti Sınıflandırması

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır (Tanyıldızı & Demir, 2019, 6). Bireylerin sağlık hizmeti aldıkça beklentileri de değişmektedir. Bireyler hastalıkların önlenmesi, ortaya çıkan rahatsızlığın tedavi edilmesi, sağlıklarının geliştirilmesinin yanı sıra artık yaşam sürelerini uzatmak istemektedirler.

3.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kısa ve uzun süreçte kişinin veya toplumun karşılaşılabileceği farklı hastalık risklerinin minimum düzeye indirgenmesini, bu sayede sağlıklı yaşam potansiyellerini koruyarak hayat standartlarını geliştirmeyi amaçlayan

hizmetlerdir. Yayılma ihtimali bulunan hastalıkların önlenmesi kişilerin bağışıklık sistemlerinin bu hastalıklara karşı dayanıklı duruma getirilmesi ile mümkün olacağından, kişilere yönelik yürütülen koruyucu sağlık hizmetleri sadece kişiyi değil aslında toplumu hastalığa karşı korumaktadır (Çelikay & Gümüş, 2010, 184).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, hastalık başlamadan önlenmeye çalışılması, oluşan hastalığın yok edilmesidir (Tanyıldızı & Demir, 2019, 6). Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetlerine göre daha düşük maliyetli ve etkili olup, özellikle gelişmişlik düzeyine bağlı olarak etkinliği artar. Ayrıca, sağlık hizmetleri ilaç, eczacılık ve laboratuvar hizmetlerini de kapsar (Altay, 2007,24). Aşılar, ilaçlar aile planlamaları koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları olan aile sağlık merkezleri, verem ve savaş dispanserleri, anne ve çocuk bakımı, aile planlama merkezleri, ketem (Kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezleri) gibi kurumlar koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlardır. Koruyucu sağlık hizmetleri, büyük miktarda bütçe gerektirmez.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yükünü hafiflettiğini ifade edebiliriz. Koruyucu sağlık hizmetlerinin, kişiye yönelik ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olarak ifade edilen iki alt dalı bulunmaktadır (Tanyıldızı & Demir, 2019, 18). Kişiye yönelik sağlık hizmetleri kişiyi baz alan bir hizmettir. Doktor ve sağlık çalışanları tarafından verilen bağışık sağlama, aile planlaması, aşılama örnek verilebilir. Çevreye yönelik sağlık hizmetinde ise çevrede sağlığa yönelik zararlı etmenler en aza indirilerek toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Atık yönetimi, gürültü ve hava kirliliği iş sağlığı bu hizmetlere örnek verilebilir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2015,43).

Sağladığı fayda ile tüm toplumu etkilemesi, finansmanının kamu ekonomisi ile karşılanması gibi sebeplerle koruyucu sağlık hizmetlerinin, salt sosyal mal olduğu ifade edilebilir (Çelikay & Gümüş, 2010, 184).

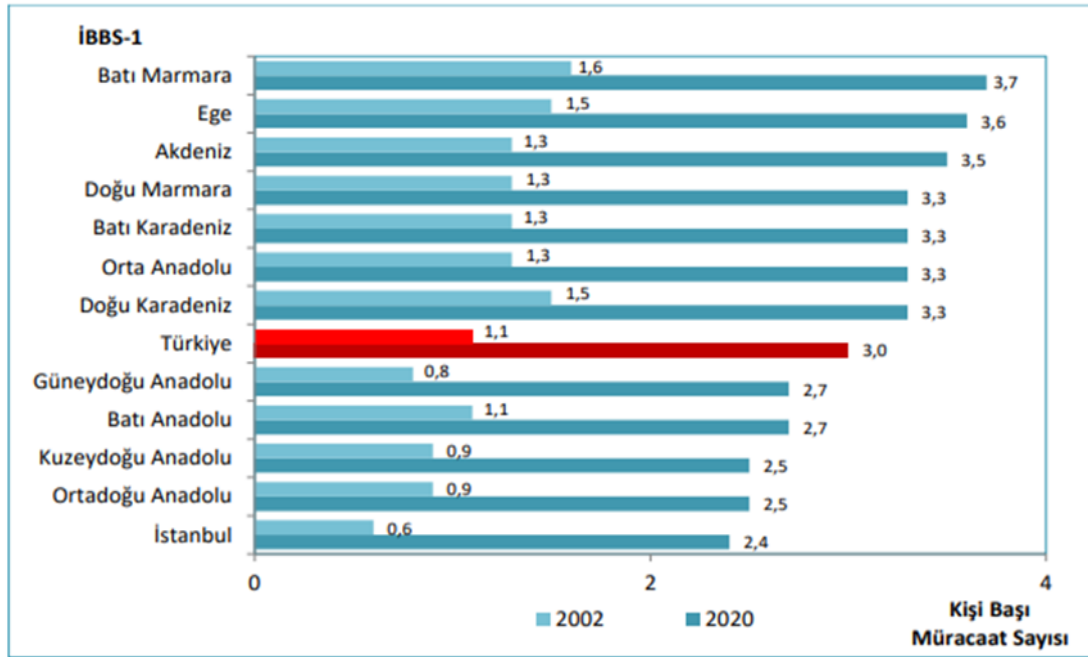
3.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığını kaybeden, hastalanan ya da yaralanan bireyleri sağlığına kavuşturmak için sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetlere göre daha yüksek maliyet ve organizasyon gerektirir. Bu hizmetler, eğitimli personel, altyapı, yönetim ve finansman gibi önemli unsurları içerir. Bununla birlikte, bu hizmetlerin sunumu, toplumsal açıdan büyük faydalar sağlar (Altay, 2007, 35).

Sağlık hizmetlerini basamaklandırma amacı, farklı bölümlerde sunulan ve karmaşık olan sağlık sunumu sunumunu ve bu hizmetlerden faydalanmayı sağlamaktır. Böylelikle, karşılaşılan sağlık sorunlarıyla ilgili değerlendirmeler o alanda profesyoneller tarafından sunulmaktadır (Baş, 2017,13). Bahsedilen hizmetler birinci basamak ve ikinci

basamak ve üçüncü basamak olarak değerlendirilmektedir. Bu hizmetlerin üç basamakta yer alması sevk zincirinde önemli bir yer tutmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2010,185).

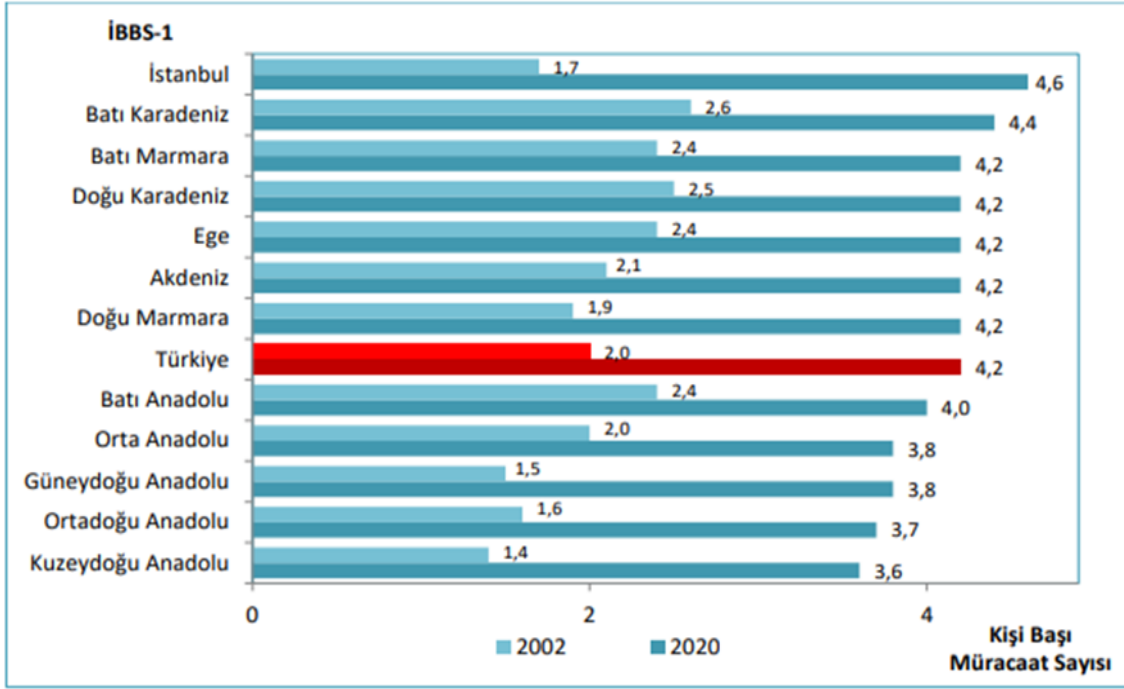
- a) **Birinci basamak sağlık hizmetleri;** genel olarak ayakta tedavi verilen hastanın yatışını gerektirmeyen, bir doktor veya sağlık kurumunun verdiği hizmettir. Birinci basamak sağlık hizmeti, tüm dünya çapında sağlık sonuçlarının temel yapı taşını oluşturmasıyla en önemli unsurlardır (Baş, 2017, 14). Toplumun daha sağlıklı, kaliteli bir hayat sürmesine katkı sağlar iken aynı zamanda hükümetin sağlık harcamalarını azaltmasına katkı sağlamaktadır (Baş, 2017, 14).



Şekil 3.1. İBBS-1'e Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında hasta Başlı Hekime Müracaat Sayısı, Bütün Sektörler, 2002, 2020 (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

2002 yılından 2020 yılına kadar birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısında artış görülmektedir.

- b) **İkinci basamak sağlık hizmetleri;** hasta bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında teşhis ve tedavi edilemeyen sağlık sorunları ile sevk sağlanan kurumlardır (Baş, 2017, 14). Hastaların yaşıtı yapılarak tanı konulan ve tedavisinin sürdürüldüğü kurumlardır. Bu kurumlara devlet hastaneleriyle özel hastaneler ve özel tıp merkezleri örnek verilebilir.
- c) **Üçüncü basamak sağlık hizmetleri;** Tedavinin yanı sıra eğitim, araştırma faaliyetleri yürütülen, özel tedavi kapsamında ve ileri düzey tedavi ile tedavi için ikinci basamak sağlık kuralları tarafından sevk edilen hizmet vermek amacıyla oluşturulmuş tam donanım sağlık kurumlarıdır (Baş, 2017, 15). Bilgi ve tecrübenin araştırmanın yoğun olduğu sağlık kurumlarıdır. Ruh sağlığı hastaneleri ile üniversite eğitim ve araştırma hastaneleri bu kurumlara örnek verilebilir.



Şekil 3.2. İBBS-1'e Göre İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2020 (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020).

2002 yılından 2020 yılına kadar ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında kişi başı hekime müracaat sayısında yüksek oranda bir artış görülmektedir.

3.5.4. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon kaza veya yaralanma sonrası beden bütünlüğü ve ruh sağlığı bozulan kişilerin yaşam standartlarını iyileştirmeyi amaçlayan ve buna yönelik tedavi sunulan hizmetlerin tamamıdır.

Rehabilite edici sağlık hizmetlerine bakıldığında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki dala ayrılmaktadır.

a) Tıbbi rehabilitasyon: kaza sonucunda kişinin bedeninde meydana gelmiş olan bozukluk ve sakatlıkları tedavi etmeye yönelik hizmetlerdir. Yürüme zorluğu çeken kişiye fizik tedavi hizmeti sağlanması, uzuv kaybı yaşayan kişiye protez takılması gibi hizmetler örnek verilebilir (Sungur, 2018, 85).

b) Sosyal rehabilitasyon: sakatlık yaşayan kişinin çevresine, işine uyum sağlaması ve başkasına bağımlı olmadan hayatını idame ettirmesi için verilen hizmetlerdir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2015, 45).

3.5.5. Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı olan kişinin sağlığını daha üst seviyeye taşıması için verilen hizmettir. Burada verilen hizmetin amacı bireyin ve toplumun sağlık statüsünü geliştirmektir. Asıl sorumluluk bireye aittir denilebilir (Kavuncubaşı & Yıldırım,2015,45). Fiziki aktivite, beslenme, psikolojik gelişim, kişilerarası ilişkiler, kaygı yönetimi ve sağlık sorumluluğu sağlığı geliştirici davranışlardır. Bu davranışların arttırılması için, olumsuz etkilerin tespit edilip, sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim stratejilerinin hayata geçirilmesi gerekmektedir (Karaçadır & Çelik, 2019, 9).

3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Hastalık ve sağlığı etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin bir kısmı kişiye ait özelliklerdir. Bu özelliklerin arasında genetik faktörler olduğu gibi bilgisi, tutumu ve davranışları da bulunmaktadır. Bireyler sağlıkları ile ilgili doğru bilgilere ulaşamaz ve uygun davranışlar sergilemez ise sağlıksız bir yaşam sürdüreceklerdir. Sağlık duurmunu tehdit edici davranışların başında fiziksel aktivite yoksunluğu, kötü beslenme şekli, aşırı alkol ve sigara kullanımı gibi etkiler gelmektedir. Bu davranışlar, kronik hastalık ve ölümlerin büyük nedenleridir (Kıraç, 2019, 15).

Sağlık davranışları, sağlığın iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve sürdürülmesine yarayan alışkanlıklar, davranışlar ve eylemlerdir. Farklı bir ifade ile sağlıklı yaşam biçimleri kişinin duygusal, bedensel ve zihinsel sağlığını iyileştirmesine, geliştirmesine yarayan günlük hayattaki davranış biçimleridir. Sağlık davranışları, sağlığı sürdüren, geliştiren ve iyileştiren alışkanlıkların, tutumların eylemlerin bütünü olarak ifade edilmektedir. Bu davranışların içerisinde tıbbi önerilere uyma, tıbbi hizmetler alma ve sağlıkla ilgili davranışlar bulunmaktadır (Ünal, 2014, 16).

Sağlık davranışı, kişinin sağlıklı kalabilmek ve olabilecek hastalık durumlarından korunmak için uyguladığı ve inandığı davranışların tümüdür. Sağlık yaşam biçimi, kişinin sağlık durumunu etkileyebilecek tüm durumları kontrol etmesi günlük aktivitelerini yaparken sağlığına uygun davranışlar tercih ederek düzenlemesi olarak ifade edilmektedir. Bu davranışları alışkanlık haline getiren kişi sağlıklı olma durumunu sürdürebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi düzeye getirebilir (Ünal, 2014,16).

Davranış değişikliği üzerine odaklanmış olan sağlığı geliştirme için, faydalı sağlık davranışlarının alışkanlık edilmesi ve sürdürülmesi gerekmektedir. Burada kişinin sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede topluma örnek olan sağlık çalışanlarının kişilerin sağlık düzeylerini iyileştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Şimşekoğlu, 2010,9).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, oluşabilecek herhangi bir rahatsızlık veya hastalığı önleme amaçlı olmayıp, kişinin genel sağlık ve iyilik halinin daha da

geliştirmeyi amaçlamaktadır. Sağlıklı bir hayat biçimi benimseyerek kişiler daha sağlıklı besinler tüketmekte, bağışıklık düzeylerini arttırmakta, normal sayılan beden ağırlıklarını korumakta ve stres ile uygun şekilde baş edebilmektedir. Böylece kişi kendini daha pozitif ve iyi hissetmekte, etkin çalışıp hareket etmekte ve daha uzun, kaliteli bir yaşam sürdürmektedir (Şimşekoğlu, 2010, 17).

3.7. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışı, kişilerin hem gerçek hem de potansiyel sorunlar için ortaya çıkabilecek uygun çözümler bulmak amacı ile üstlendikleri davranışları ifade etmektedir. Gerçek sorunlar için ortaya çıktıkları zaman hastalık davranışı denilmektedir. Potansiyel sorunlar çıktığı zaman ise sağlık davranışı denilmektedir. Hastalık davranışları, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için rahatlama arayışı içine girme eylemidir. Sağlık davranışı ise hastalığın tespit edilmesi, önlenmesi ve iyileştirilmesini amaçlayan kişilerin gözlemlenebilen davranışlarını ifade eder (Kıraç, 2019,15).

Sağlık arama davranışları kültürel ve toplumsal özelliklere, sağlığa ilişkin norm ve değerlere, sağlık hizmetleri olanaklarına göre farklılık göstermektedir. Bireyler sağlıklı oldukları zamanlarda sağlık hizmetleri sunumlarına ve kaynaklarının kullanımını hakkında duyarlı davranmayabilirler. Fakat sağlık arama davranışları çine girdikleri zaman bu hizmetin varlığı, bunlara erişimin ve kullanma şartları gibi etkenler önem kazanmaktadır (Önder, 2014, 43).

Sağlık bilgilerine ulaşmada bireyler kendilerinde bazı zamanlar herhangi bir belirti hissetmeseler bile sağlık durumları ile ilgili merak ettiklerini öğrenebilmek ve meraklarını gidermek içinde bu faaliyetlerde bulunabilirler. Sağlık arama davranışları sonucunda bazı zamanlar bireylerin farketmediği rahatsızlıkları ile ilgili erken teşhis edilmesi için faydalı olabilmektedir. Bu fayda ise kişilerin sağlıklı yaşam şekillerine ve koruyucu sağlık hizmetlerine özen göstermeleri bakımından önemlidir (Özişli, 2023,41).

3.7.1. Sağlık Arama Davranışları Yöntemleri

Kişilerin sağlık arama davranışlarının kalitesi veya türü, rahatsızlıklarını, tanımlarını, tedavi süreçlerini doğrudan etkilemektedir. Kişilerin sağlık arama davranışları değişiklik göstermektedir. Kişilerin sağlık arama davranışları profesyonel, çevrimiçi ve geleneksel olarak üç başlıkta ifade edilmektedir (Mutlu, 2023, 14).

Toplumdaki kişilerden bu sağlık arama davranışlarından, hangilerini kullanacakları bireylerin çalışma durumuna, yaşına, cinsiyetine, tedavisine erişilebilirlik durumlarına göre değişmektedir. Bu farklılıkların sonucunda bilimsel ve doğru bilgilere ulaşma durumundaki bireyler sağlıkları ile ilgili aldıkları kararlarda, daha doğru davranışlar sergileyeceklerdir (Özişli, 2023, 41).

3.7.1.1. Profesyonel Sağlık Arama

Bireyler rahatsızlıklarının tedavisini aramak için başvurdukları yöntem profesyonel sağlık aramadır. Hastalıkları ile ilgili sorunlarını gidermek için bireyler kendilerine en yakın sağlık kuruluşuna gidip tedavi görmeye çalışabilir (Mutlu, 2023, 15). Bireylerin yaşam sürelerinin artması ile birlikte kronik hastalıkların artması da modern tıba daha fazla ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Hastalıkların tedavisi açısından modern yöntemlerin daha rasyonel ve kesin olması, bilimsel yıllarla ve eğitim almış kişiler tarafından tedavi edilmesi, kullanılan yöntemlerin bilime dayanması gibi sebepler geleneksel yöntemlere ve bunu uygulayanlara olan güvenin azalmasına sebep olmuştur (Demirel, 2021,39).

3.7.1.2. Geleneksel Sağlık Arama

Geleneksel yöntemler, nesillerden nesile aktararak gelmiş bilgilerin bütünüdür. Geleneksel yöntemler, deneyim ve alışkanlıklarla birlikte elde edilip, kullanılan ürünler, tedavi yöntemleri toplumsal tecrübeler ve geleneksel bilgilere dayanmaktadır. Kronik hastalıkların artması, tedavisi güç hastalıkların çoğalması, modern teknolojilerin yüksek maliyetli olması ve bunlara erişmedeki sınırlılıklar, sağlık personellerinin hasta kişilere gerekli zamanı ayıramaması gibi sebeplerden dolayı geleneksel yöntemlere ilgi duyulmaktadır (Demirel, 2021, 39).

Geleneksel yöntemler genellikle kırsal alanlarda yaygındır bunun sebebi bölge halkının genel olarak geleneksel sağlık uygulamalarına öncelik vermesi, tıbbi düzenlemelere olan olumsuz tutumları, kırsal alanların muhafazakâr yapıları, eğitimi düzeyi düşük olan halktır. Ayrıca verilecek hizmetin düşük maliyeti, randevunun gerekmemesi ve kullanılan malzemelerin bulunabilir olması geleneksel yöntemlerin tercih edilmesini sağlamaktadır (Mutlu, 2023, 15).

3.7.1.3. Online (Çevrimiçi) Sağlık Arama

Bilişim teknolojisindeki gelişmeler ile birlikte daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık bilgilerinin yer aldığı sağlık sitelerine erişimin kolay olması, online sağlık hizmeti destek grupları ile iletişim kurulabiliyor olması interneti, tercih edilen bir kaynağa dönüştürmüştür. Fakat internet ortamındaki bütün bilgilerin doğru olduğuna dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır (Mutlu, 2023, 15).

Online olarak sağlık arama yönteminin bireyler açısından birçok dezavantajı bulunmaktadır. Kaygı durumunun artmasına sebep olabilmektedir. Bireylerin kendi kendine tanıları koyup, kendilerini tedavi etmelerine veya doktorlardan uygun olmayacak isteklerde bulunabilmelerine sebep olmaktadır. Fakat birçok avantajda bulunmaktadır.

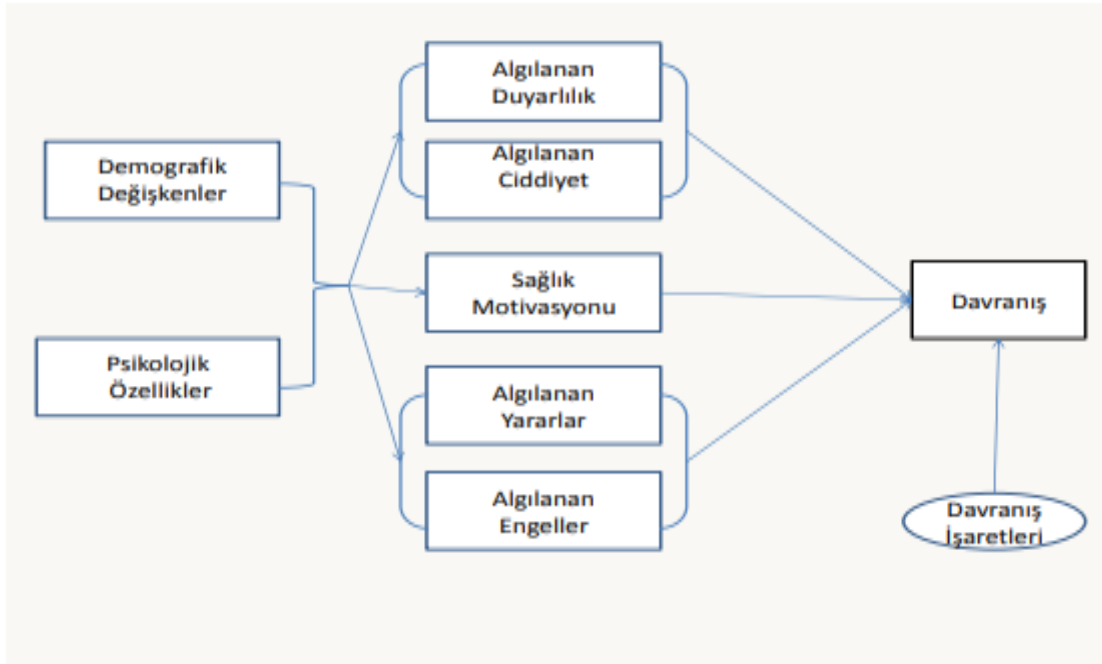
Bu yöntem ile bireyler sağlık ile ilgili bilgilere kolayca ve hızlıca erişebilmekte, kendi kendilerine öntanı koyabilmekte ve doktor ile görüşerek kendisi için kararlar alabilmektedir (Demirel, 2021, 39).

3.8. Sağlık Arama Davranışına Yönelik Teorik Yaklaşımlar

Kişilerin belirli sağlık eylemlerine neden katılmadıkları ve kişilerin kötü sağlık davranışlarını sağlıklı davranışlara dönüştürmeye nasıl gittiklerinin açıklanmasına yönelik girişimlerdir. Bireylerin davranışlarını ve davranışların altında yatan dinamikleri anlama amacı ile yapılan çalışmaların sonucunda geliştirilmiş olan bu modeller, sağlıkla ilgili problemlerde kişinin davranışlarının modeller aracılığı ile açıklanması için geliştirilmiştir (Önder, 2014, 43).

3.8.1. Sağlık İnanç Modeli

G.M Hochbaum tarafından, 1958 yılında geliştirilen bir modeldir. Geliştirilmiş olduğu ilk yıllarda kişilerin taranma ve aşılama uygulamaları gibi koruyucu olan sağlık davranışlarını anlamayı amaçlamış olsa da genel sağlık ve hastalık eylemlerini kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. Bu model hastalıkları önlemek veya kontrol altına almak için kişilerin nasıl harekete geçeceğini daha önceden tahmin edebilmeyi kolaylaştıran birkaç kavram içermektedir. Bu kavramlar; ciddiye, harekete geçirici ipuçları, herhangi bir eyleme yönelik yarar ve duyarlılıktır (Kıraç, 2019, 21).

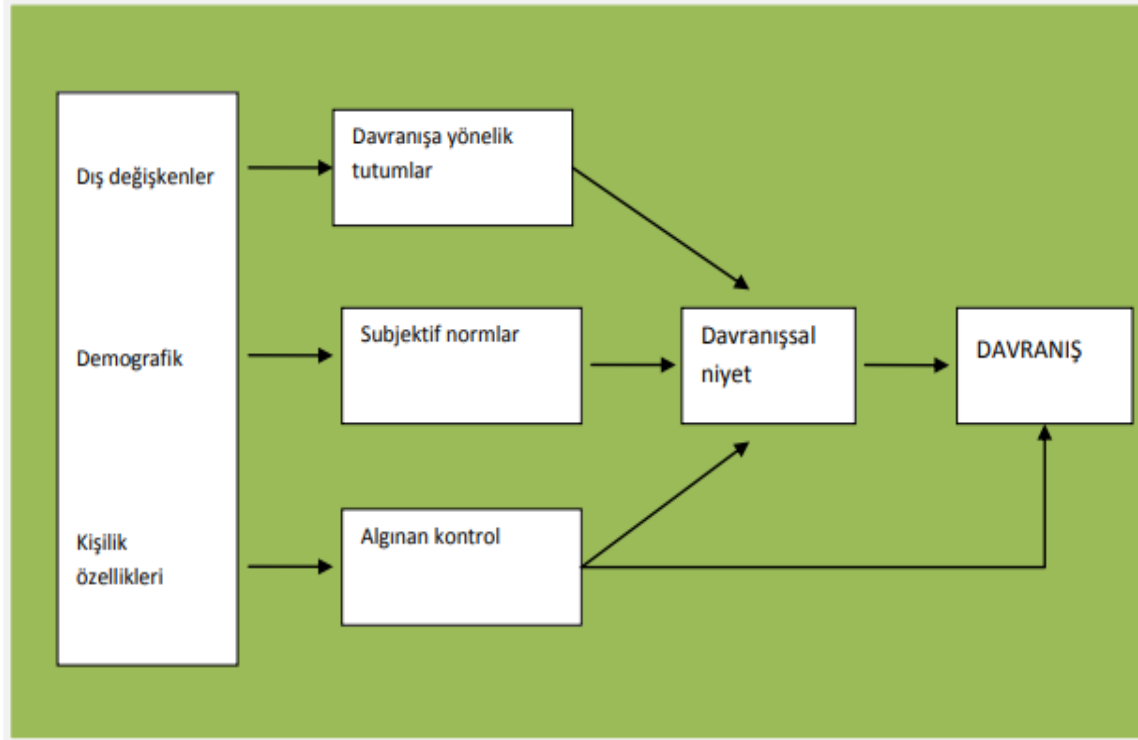


Şekil 3.3. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model) (Sheeran ve Abraham, 2015).

Şekil 3.3’de de görüldüğü gibi kişi mevcut sağlık probleminin kendisine zarar vereceği noktada duyarlıysa arama eylemine geçtiği zaman zararlarında azalacağını düşünür. Sağlık probleminin ciddiyeti bu noktada duyarlılığı etkilemektedir. Bireyin kendi hastalığının ciddiyetini farketmesi, sağlık davranışları sergilemesine sebep olacaktır. Demografik değişkenler ve bireyin kendi sağlık algısına görede ciddiyet algısı değişmektedir (Kıraç, 2019,22). Örneğin bir sporcunun bacağını kırdıktan sonra bu durumun kendisini ve işini ne derecede etkileyebileceğini düşünmesi sporcunun ciddiyet algısını göstermektedir. Ameliyat olduğunda bu durumun kendisi için yararlı olup veya olmayacağını düşünmesi davranışını etkileyecektir. Yararlı olduğunu düşünür ise tedavi olur, düşünmez ise tedaviyi ret edebilir. Bireyin davranışa geçebilmesi için bu düşüncenin yanında algılanabilecek herhangi bir engelinde olmaması gerekir. İstendik davranışın gerçekleşebilmesi için ciddiyet ve yarar, algılanan duyarlılığın engellerin etkisini azaltması gerekmektedir (Kıraç, 2019,22). Kişilerin önerilmiş olan sağlık davranışını kabullenmesi için karar verme sürecini tetikleyecek uyarılara ise davranış işaretleri denilmektedir. Bu modelde harekete geçebilmek için sağlık probleminin şiddetinin algılanan tehditlerle ilgili hazır olmanın önemli olduğu belirtilmektedir.

3.8.2. Planlı Davranış Modeli

Bu teori ilk kez ajzen ve Fishbein (1975) tarafından ortaya açılmıştır. Ancak daha sonra (1991) ajlan tarafından bu teori yeniden düzenlenmiştir. Bu teoriye göre kişilerin toplumsal davranışları belirli etkenlerin kontrolü altında olup, belirli nedenlerden kaynaklanır. Planlanmış bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bireyde bir davranışın ortaya çıkması için öncelikle, davranışa yönelik amaçların oluşması gerekir. Davranışa yönelik amaçları etkileyen etkenler davranışa yönelik tutum, özel normlar ve algılanan davranış kontrolüdür (Erten, 2002, 220).

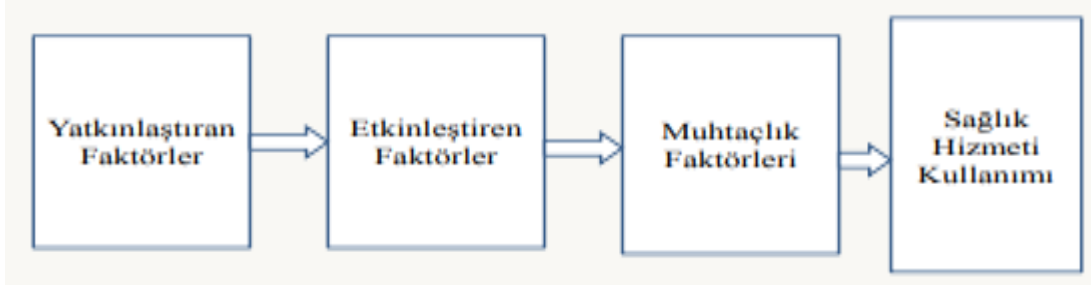


Şekil 3.4. Planlanmış Davranış Teorisi (Önder, 2014).

Şekil 3.4' e göre niyet sonucu oluşturmaktadır. Niyet ölçüldüğü takdirde kişilerin davranışları önceden tahmin edilebilir ve böylece zamanında koruyucu önlemler alınabilir. Bireylerin tutumları ve normları kişinin niyetini etkilemektedir. Kişinin kendi düşünce ve duygularını çevresinde bulunan kişilere ifade etmesi tutum iken, bireyin sosyal kuralları algılaması kişisel normlardır (Önder, 2014, 45).

3.8.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli

Andersan veya sosyal-davranış olarakta bilinen modelde sağlık davranışlarını etkileyen üç faktör ele alınmıştır. Bu faktörler; etkinleştirme faktörler (sağlık sigortası, hizmetlerin kullanılabilirliği, mali kaynaklar ve sosyal ağ), yatkınlaştıran faktörler (din, hastalık hakkında bilgi, yaş, cinsiyet ve hastalıktan önceki deneyimler), ihtiyaç faktörleri (toplam yatakta geçirilmiş olan gün sayıları, şiddetin algılanması, bakıma muhtaç kişiler için dışarıdan yardım alma vb) (kıracı, 2019,24). Bu etkenlerin birbirlerini ardışık olarak etkilemesi ile sağlık servisi kullanımının gerçekleştiği söylenebilir. Bu model özellikle, biyomedikal sağlık hizmetinin kullanımını araştırmak amaçlı geliştirilmiştir. Ayrıca tedavi seçimiyle ilgili kullanılır. Bir başka şekilde ise sağlık hizmetleri kullanımında farklı etkenlerin ağırlıklarını kanıtlamak için kullanılmıştır (Önder, 2014, 46).

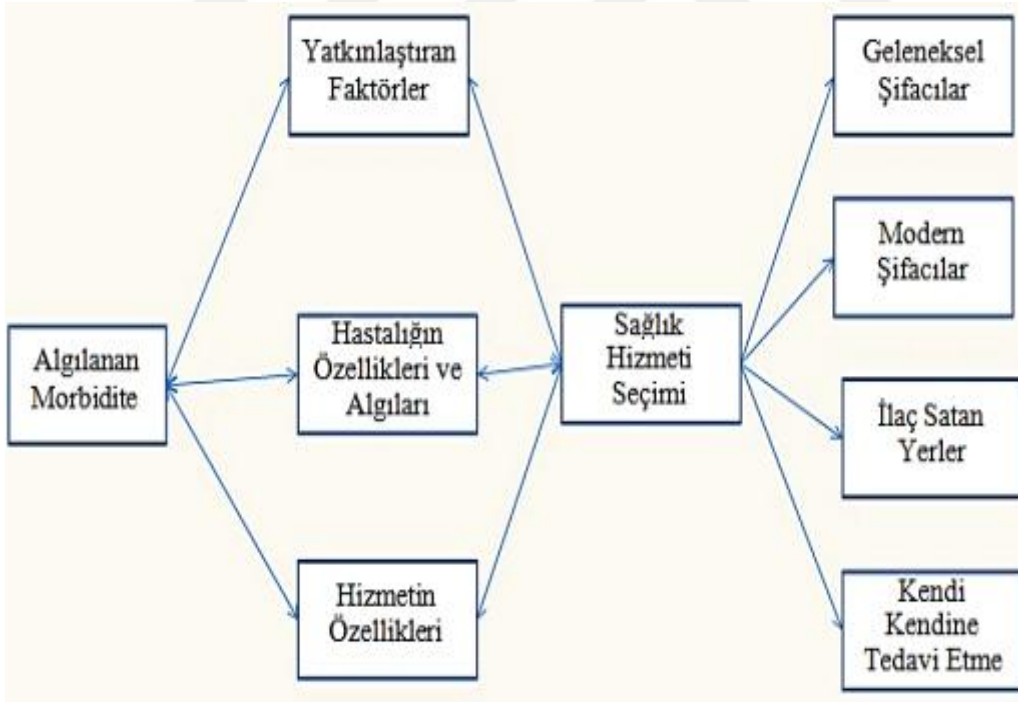


Şekil 3.5. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (Kıraç,2019).

Şekil 3.5'te görüldüğü üzere etkinleştiren, yatıkılaştırıcı, muhtaçlık faktörleri birbirini ardışık olarak etkileyerek sağlık kullanımına yöneltecektir.

3.8.4. Sosyal Davranışsal Model

Kroeger (1983) tarafından detaylandırılan Andersen'in modelinin bir başka çeşididir. Algılanan morbiditeden etkilenen ve birbiri ile ilişkili açıklayıcı değişkenler eklenmiştir. Bu modelde morbiditeden etkilenen üç faktör bulunmaktadır. Bunlar; yatıkılaştırıcı faktörler, hizmetin özellikleri ve hastalığın özellikleridir (kıraç,2019:24).



Şekil 3.6. Sosyal Davranışsal Model (Demirel, 2021).

Koreger'e (1983) göre hastalığın özellikleri, yatıkılaştırıcı faktörler, hastalık algıları ve hizmetlerin özellikleri birbirinden etkilenmektedir. Aynı zamanda bireylerin sağlık hizmetleri seçimlerinde bundan etkilenmektedir.

Sağlık arama davranışlarına yönelik, birçok yaklaşım bulunmaktadır. Çalışmada bu yaklaşımlardan sadece birkaçına değinilmiştir.

3.9. Bireyin Sağlık- Hastalık Durumunu Etkileyen Faktörler

Kişilerin mevcut sağlık durumları ve sağlık durumlarıyla ilgili algıları, birçok etkenin etkisinde kalmaktadır. Bu etkenler; tek başına ya da birden fazlası bir arada bulunarak bireyin sağlık statüsünün belirlenmesinde dolaylı veya doğrudan rol almaktadır. Bu faktörlerin herbirinin etki derecesi farklılık göstermektedir. Kişilerin sağlık durumlarını doğru anlayabilmek için bu etkenleri aşağıda ki gibi sınıflandırabiliriz (Önder, 2014, 43).

3.9.1. Psikolojik Faktörler

Kişilerin psikolojik yapıları; algıları, düşünceleri, duyguları ve bunların yansıması ile gerçekleşen gerçeğe kontrolsüz veya kontrollü davranışlardan oluşan bir bütündür.

Her birey doğuştan biyolojik yapıları ile iç içe geçmiş psikolojik yapıya sahiptir. Hastalık süresinde bireylerde düşüncesele ve duygusal bazı değişiklikler yaşanabilir. Bireylerin psikolojik durumlarının hastalığın oluşması ve algılanma süreçleri ile ilişkisi yoğun olmak ile beraber hastalık tanısından sonra tedavi süreçlerinde de etkisi büyüktür (Önder, 2014, 43).

3.9.2. Sosyal Faktörler

Bireyin doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, hastalıklar ile başa çıkabilecek sistemlerin oluşturulduğu şartlar sağlığın sosyal faktörlerini belirlemektedir. Biyolojik farklılıklar nedeni ile erkekler ve kadınlar farklı farklı sağlık riskleri ile karşılaşmaktadır. Buna bağlı olarak farklı sağlık arama davranışları sergilemektedirler. Kişilerin yaşam süreleri arttıkça engellilik ve kronik hastalık riskleride artmaktadır. Yaşlı bireyler bu sebeplerden dolayı daha sık rahatsızlanmakta ve sağlık arama davranışı içerisine girmektedir (Kıraç, 2019, 11).

3.9.3. Toplumsal ve Kültürel Faktörler

Bir taraftan çevresel faktörler arasında da sayılabilen kültürel ve toplumsal etkenler, bireylerin topluluk yaşamları sırasında veya toplumsal roller nedeni ile etkilendikleri etkenlerdir. Bu sebeple tıbbi açıdan bizim için önemleri aynı zamanda, sosyolojik bakış açısından değerlendirildikçe tam anlamlarını bulacaktır. Aynı

zamanda toplumun kurumsal bir yapısı vardır. Oluşturulmuş olan birim ve fonksiyonları ile kurumsal yapısının yansımalarıdır (Önder, 2014, 35).

Toplumun süreklilik göstermesi sağlıklı bireyler ile mümkündür. Sağlık kuruluşları toplumsal kurumlardır. Toplumun ve toplumun üyelerinin sağlıklarıyla ilgili ihtiyaçlarını karşılama amacı ile oluşmuş normlar, değerler, roller ve etkileşimler içermektedir (Önder, 2014, 35).

3.9.4. Biyolojik Faktörler

Kişinin sağlık durumunu etkileyen biyolojik faktörlerin başında insan genlerinin özellikleri gelmektedir. Kişi kalıtsal rahatsızlıklara maruz kalmaktadır. Kişinin kalıtsal özelliği onun davranışlarının ve gelişiminin en temel belirleyicisidir (Kıraç, 2019, 7).

3.10. Talep Kavramı

Talep kavramı tüketicilerin belirli bir bedel karşılığında tükettikleri mal ve hizmet olarak tanımlanmaktadır. Geniş bir anlam ile talep, fiyat ve talep edilmiş olan miktar arasındaki ilişkidir. Talep edilmiş miktar ise, belirli bir süre aralığında insanlara ödemeye razı olduğu herhangi bir hizmet veya mal varlığıdır (Özer & Erkilet, 2012, 128). Kişilerin yaşamlarını sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerini yükseltebilmeleri için birçok ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Fakat bütün ihtiyaçları talep olarak ifade edemeyiz. Bu istekleri satın alma işlemi ile desteklenmesi halinde talep olarak tanımlayabiliriz. İktisat teorisine bakılınca tarım ekonomisi alanlarında en çok incelenen konulardan biri, tüketici taleplerinin tahmin edilmesine yönelik yapılan uygulamalı analizlerdir (Akbaş vd., 2008, 55).

3.10.1. Talep Tahmini

İç ve dış kaynaklar ile çalışmayı biçimlendiren bütün stratejiler, teknolojiler ve süreçler tedarik zinciri yönetimi içerisinde bulunmaktadır. Talep tahmini, kurumların müşteri arzlarını doğru ve gerçekçi bir şekilde tahmin edebilme yeteneğidir. Sürecin tümünü etkilediği için bu çalışmalar sürecin başından itibaren başlanarak gerçekleştirilmelidir. Talep tahmini doğru bir şekilde yapılırsa işletmelerin maliyetlerini azaltabilmektedir (Eyigün, 2019, 55).

Talep tahmini, işletme yönetiminin stratejik ve doğru kararların alınmasında, kısa ve uzun dönemli hedeflere ulaşmak için kullanılacak temel araçların başında yer almaktadır. Etkili planlama ile birlikte şirket fonksiyonları optimum kar düzeyine doğru ilerler. Talep tahmini, belirli yöntem ve ilkelere göre yapılmaktadır. Fakat hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın yapılacak olan talep tahminlerinin belirli bir doğruluk derecesi

bulunmaktadır. Bu sebeple hiçbir tahmin %100'lük doğruluk payına sahip olamamaktadır (Adıyaman, 2007,47).

Doğru ve yerinde prosedürler ile yönetim, talep ve tedariki olumlu olumsuz her durumda eşleyebilir. Süreç tahmin ile sınırlı olmayıp, tedarik ve talebi eşleştirmeyi, değişkenliği azalmayı ve esnekliği arttırmayı da kapsar. İyi talep tahmini süreci, kurumun beklenen taleplere daha proaktif olmasını, beklenmedik taleplere ise daha tepkisel olmasını sağlamaktadır (Torun, 2020, 11).

3.10.1.1. Talep tahmini aşamaları

Talep tahminleri genel olarak 5 aşamadan oluşmaktadır.

1. Talebi etkileyen faktörlerin belirlenmesi: talep tahmini yapılmadan önce kurumun hangi çevre ortamında yer aldığı, hangi ürünleri ürettikleri, kurumun şuanki durumu ve gelecekte olmak istediği durum, rakiplerinin durumu, fiyat ve talep ilişkileri gibi talebi etkileyen faktörler belirlenmelidir (Adıyaman, 2007, 47).
2. Verilerin toplanması: talep etkenleri göz önüne alınarak planlama için temel veriler toplanır. Veri olarak geçmiş gerçek veriler, hedef veriler ve istatistiksel olasılıklardan oluşur. Verilerin toplanmasında tahmin araştırmaları, yayımlanmış anketler kullanılabilir.
3. Talep tahmin periyodunun tespiti: talep araştırma sonuçlarının kullanım amacıyla periyodun uzunluğu arasında, yakın bir ilişki vardır. Örnek olarak haftalık yapılmış olan tahminlerin uzun süreçlerde kullanılması yanıltıcı sonuçlar verebilir.
4. Tahmin yöntemlerinin seçimi: talep tahminleri iç ve çevresel faktörlere bağlı olarak oldukça karmaşık bir sorundur. Nesnel ve öznel yöntemler talep tahmin yöntemleri olarak kullanılabilir. Nesnel olan yöntemler, matematiksel ve istatistiksel verilere dayanan yöntemlerdir. Öznel yöntem ise daha çok tecrübenin uygulanması, zekâ ve yargılamaya dayanan yöntemlerdir.
5. Talep sonuçlarının geçerliliğinin araştırılması: yapılan tahmin sonuçlarının, gerçek değerler ile karşılaştırılması, hatanın tespit edilmesi gerekmektedir (Adıyaman, 2007,47).

3.10.1.2. Talep tahmini çeşitleri

Zaman aralığına bağlı tahmin ve yönetsel tahmin olarak ikiye ayrılmaktadır.

3.10.1.2.1. Yönetimsel tahmin seçenekleri

Yönetimin çeşitli basamakları, kurumun gelecekteki faaliyet durumu hakkında farklı tahminlere ihtiyaç duymaktadır. Örnek olarak kurumun müdürü birkaç yıllık mali gelir tahmini ile ilgilenirken, üretim yönetimi ise belirli bir periyotta farklı ürünlerin herbirinden ne ölçüde talep edilebileceği ile uğraşır. 4 farklı başlık ile tahmin seçenekleri incelenebilir.

Pazar tahmini: pazar taleplerinin mevcut durumlarının analiz edilmesi, gelecek zamanlarda piyasa taleplerindeki değişimlerin tahmin edilmesini ve değerlendirilmesini amaçlayan bir süreçtir.

Finansal tahmin: kurum yönetiminin, firmasının gelecekteki faaliyetlerini, beklenen teknik, ekonomik, rekabetçi, sosyal çevreyle ilgili olarak oluşturduğu bir planlama sürecidir.

Üretim tahmini: hizmet ve ürünlere yönelik ilerdeki talebi ve çıktıyı üretebilmek için gerekli olan kaynakların tahmin edilmesini ifade etmektedir.

Satış tahmini: satış koşulları ve ürün özellikleri göz önüne alınarak, bireylerin satın alacakları tutarların tahmin edilmesini ifade eder. Bu tahminler, yatırımcı kişilerin yeni yatırımlar hakkında daha kolay karar vermelerini sağlamaktadır (Torun, 2020: 24).

3.10.1.2.2. Zaman aralığına göre tahmin seçenekleri

Talep tahminleri genel olarak 4 dönem olarak ele alınmaktadır. Bu dönemler;

- **Çok kısa süreli tahminler:** bu tahmin yöntemi genellikle günlük veya haftalık yapılan tahminlerdir. İş programlarının hazırlanması, stok kontrolleri gibi amaçlar ile yapılmaktadırlar.
- **Kısa süreli tahminler:** 1 hafta ile 6 ay arasındaki süreyi kapsayan tahminlerdir. İş gücü ayarlamaları, sipariş miktarlarının belirlenmesi amacı ile yapılmaktadırlar.
- **Orta süreli tahminler:** 6 ay ile 5 yıllık süreyi kapsayan tahminlerdir. Malzeme alım planlamaları, nakit bütçe ve sermaye hazırlama amaçları ile yapılmaktadır.
- **Uzun süreli tahminler:** 5 yıl veya daha uzun süreyi kapsayan tahminlerdir. İşletme yatırımları ve sermaye planlama amacı ile yapılmaktadır (Adıyaman, 2007, 47).

3.10.2. Sağlık Hizmeti Talebi

Genellikle kişiler sağlığını kaybettiği zaman sağlık hizmeti talebinde bulduklarından sağlık hizmetleri talepleri herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşan

kişinin sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan istediği şekilde faydalanabilme imkanır. Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine olan arz ve talep ile ortaya çıkmaktadır. Buradaki talep eden kişi sağlıklı olmak için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişidir. Arz ise tıbbi hizmete yardımcı olan beşerî sermaye, tıbbi ekipman ve cihaz, makine ve fiziki sermayeyi sağlayan sağlık yatırıdır (Batbaylı, 2021,20). Diğer yandan sağlık hizmeti talebi üretilmiş bir taleptir. Bunun sebebi ise sağlıklı olmak amacı ile ortaya çıkan talebin sağlık hizmeti doğuruyor olmasıdır.

Mikro iktisat teorisine bakılınca piyasadaki arz miktarı yükselince piyasa fiyatı azalmaktadır. Bu süreç sağlık hizmeti piyasasında farklılık göstermektedir. Örnek olarak teknolojik ilerleme sayesinde sunulmuş olan sağlık hizmetleri, yüksek maliyetlere yol açıyor olmasına rağmen yüksek talep oluşturmaktadır (Batbaylı, 2021, 20). Sağlık ihtiyacının hayatın devamlılığı ve sürekliliği için vazgeçilmez bir durumda olmasından dolayı sağlık hizmetlerine olan talepleri büyük derecede etkilemektedir (Sevge, 2015,14). Sağlık sektörünün istenilen düzeye ulaşabilmesi için hem arz hem de talep sistemlerinin ve bunlara bağlı alt sistemlerin her biri, ayrı ayrı öneme derecesine sahiptir (Sargutan, 2005,434).

Sağlık hizmeti talebi diğer hizmetlerin aksine zaruri ve keyfi değil de genellikle zorunluluğa dayanan bir taleptir. Sağlık hizmeti talebi, arzu, istek ve ihtiyaç kavramları ile aynı manayı taşımamaktadır. Bu sebepten dolayı talep kavramı yerine kullanılan ihtiyaç kavramının, sağlık hizmeti talebi ile karıştırılmaması gerekmektedir (Öztürk Yaprak ve Ecevit, 2019,1485). Bireyler çoğunlukla yaşam performansını arttırmak, kaybettikleri sağlıklarını yeniden elde etmek ve yaşam sürelerini uzatmak için sağlık hizmeti talep ederler (Sungur, 2018, 86-87). Kişinin mevcut sağlık hali ile erişmeyi istediği sağlık durumu arasındaki boşluğu kapatmak isteyip bunun sonucunda sağlık hizmeti almak istemesi ile sağlık hizmetleri talebi ortaya çıkmaktadır (Öztürk Yaprak & Ecevit, 2019).

Herhangi bir ihtiyaç bulunmadan sağlık hizmeti talebinden söz edilemez. Kişi sağlık hizmeti alması gerektiğini algıladıktan sonra sağlık kurum ile kuruluşlarından sağlık hizmeti talep edebilir. Sağlık sorunları karşısında kişiler karşı karşıya kaldıkları sağlık sorunu için hangi sağlık kurumuna gideceklerini, hangi tedavi ve ameliyatı olacaklarını ve ne sıklık ile kontrole gideceklerinin kararını verirler.

Kişiler sağlık hizmeti konusundaki kararlarını verirken iki farklı model kullanılmaktadır. “İlk yaklaşımda tüketim kararlarının zamanlar arası bir modeli kullanılmakta, sağlık bir stok değişken olarak ele alınmaktadır. Bu yaklaşımda sağlık hizmetleri, sağlık stokunu iyileştirdiği ve verimliliği artırdığı ölçüde talep edilmektedir. Sağlık hizmetleri talebini modellemeye yönelik ikinci yaklaşım ise sağlık hizmetlerini iktisadi karar birimlerinin çok iyi belirlenmiş tercihlere sahip oldukları birkaç maldan sadece biri olarak ele almaktadır. Bu yaklaşım fayda maksimizasyonu çerçevesinde değerlendirilmektedir” (Öztürk Yaprak & Ecevit, 2019,). Fayda maksimizasyonu sağlık

hizmetleri talebini ve sağlık hizmetleriyle ilgili olan kararlar konusunda kişilerin Tercih şekillerini ifade etmek için kullanılan Grossman modelinden türetilmiş olan ve Ortodoks tüketici teorisine dayanan bir modeldir (Öztürk Yaprak ve Ecevit, 2019,1486).

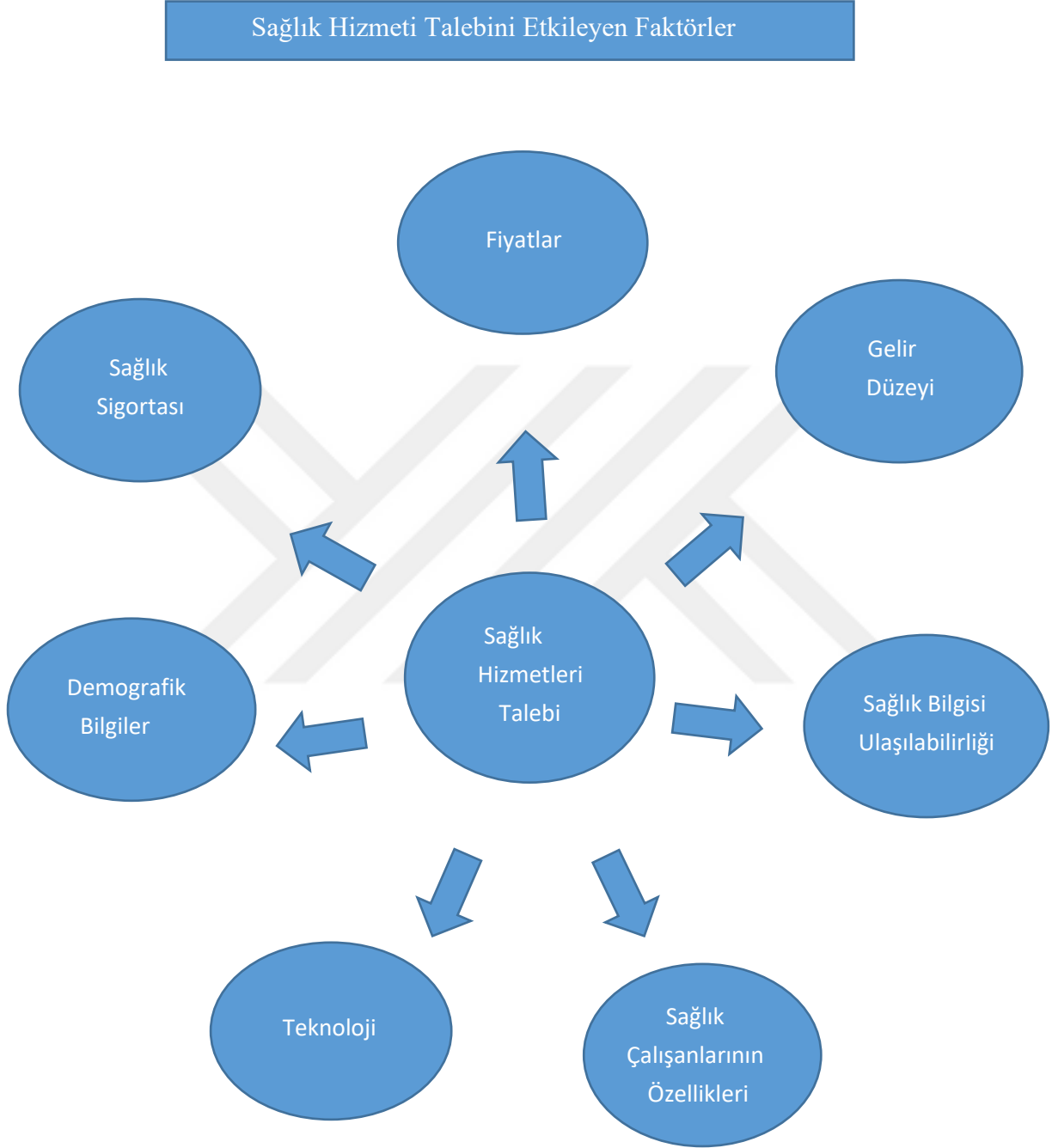
Sağlık hizmetlerindeki talep tahmini hasta tahmini ve malzeme tahmini olarak ikiye ayrılmaktadır. Tedaviye bağlı malzeme talebi, bağımlı talep olarak değerlendirilebilir. Bu durumdan kaynaklı malzeme ihtiyacı planlaması gibi yöntemler kullanılabilir. Sağlık kurumlarında hasta talebi ise bundan bağımsız talep olarak ele alınır (Dedeoğlu & Çetin, 2021, 32).

Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve talep kişiler tarafından önceden öngörülemediğinden bunun nitelik ve niceliğide aynı oranda önceden öngörülemez ve dengelenip, düzenlenemez. Bu ihtiyaçların bu şekilde belirsiz olması hem talebi düzensiz hal getirmekte hem de sürekliliğe engel olmaktadır (Sevge, 2015: 14). Talep öngörüsü, sağlık kurumu yöneticilerinin operasyonel faaliyetlerini yapabilmeleri, daha sağlıklı kararlar alabilmek, kaliteyi arttırmak, rekabetçi ortamlarda barınabilmeyi, sağlık kurumları idarecilerinin rolleri ile birlikte stratejik pazarlama ve planlama yöntemleri geliştirebilmek için gerekli ve önemlidir (Özer & Erkilet, 2012, 129).

Sağlık hizmetlerindeki fiyat eşitliği için devlet, hem doğrudan kendisi üreten taraf olabilir hem de düzenleyen ve denetleyen olarak piyasada yer alabilir. Sağlık hizmetleri piyasasının türevi konumunda bulunan sağlık hizmetlerinin ihracatı açısından arz ve talep kavramları tanımlanacak olursa, hem ruhsal hemde fiziksel açıdan iyi olmak amacı ile gerçekleştirilen seyahatler talep, sağlık hizmetlerini ve seyahati beraber sunan kurumlara seyahat ise arzdır (Batbaylı, 2021, 20).

Kişilerin daha sağlıklı olup daha uzun yaşamak istemelerine rağmen, sağlık alanında bulunan kısıtlılıklar daha belirgin duruma gelmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talep sürekli artarken bu hizmetleri sunabilmek için gereken kaynakların (insan gücü, bina, zaman, tecrübe,) kısıtlı olması sebebi ile bu kaynaklara ulaşabilmenin maliyetleride hızla yükselmektedir. Bu sebep ile kısıtlı olan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir (Özer & Erkilet, 2012, 128).

Karar ve kontrol süreçlerinin amacı talebi karşılamak olduğundan dolayı sağlık hizmetlerindeki talebin öngörülmesi, karar verme sürecinde ve kontrolde çok önemlidir. Yeni bir işletme kurmak, daha fazla personel işe almak veya yeni bir programa başlanması önemli ölçüde personele, hizmetlere ve bu imkanlara duyulan talebin karşılanmasına dayanmaktadır. Sağlık hizmeti talebi toplumların demografik, sosyo-ekonomik ve epidemiyolojik yapılarına göre nüfusun hasta olan kısmının ortaya koyduğu her türlü yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri, tıbbi malzeme, cihaz ve alet ihtiyacını içermektedir (Özer & Erkilet, 2012, 128).

3.10.3. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler

Şekil 3.7. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler (Akyürek ve Orhaner, 2017).

- **Fiyatlar:** mal veya hizmetlerin nakdî karşılığına fiyat denilmektedir (Sungur, 2018, 86). Sağlık hizmetlerinde fiyat devletin güvence ve yardım sağlamasından kaynaklı olarak kullanıcıların daha az duyarlı olduğu bir etkidir. Piyasada yüksek fiyat mal ve hizmetin satın alınmasını etkilerken sağlık hizmetlerinde gecikme ve erteleme yaşansa dahi iptal edilme durumu olmamaktadır. Malın fiyatı ve talep arasındaki ilişki, talep fonksiyonunu oluşturmaktadır. Normal mal olarak nitelendirilen ve çoğunluk oluşturan gruplarda fiyat ile talep arasındaki ilişki negatif yönlüdür. Malın fiyatı arttıkça talep azalır, malın fiyatı düştükçe talep artmaktadır. Fiyatı düştüğü için talebi azalan mallar ise düşük mallar olarak isimlendirilmektedir (Sayım,2021).
- **Gelir düzeyi:** kişilerin gelirleri arttıkça sağlık hizmeti talepleri de artmaktadır. Geliri yükselen bireyler sağlıktan korunma, tanı ve tedavi süreçleri için daha fazla bütçe ayırmaktadırlar. Özel sağlık hizmetlerine yönelen kişilerin geliri yüksek kişiler olduğunu rahatlıkla belirtebiliriz. Ayrıca gelir seviyesi düşük bireyler için kronik rahatsızlıkların büyük bir risk faktörü olduğunu ifade edebiliriz.
- **Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği:** sağlık kuruluşunun konum olarak ulaşılabilir olması, yeterli sayıda hekim ve sağlık çalışanının bulunması, erişim maliyetinin düşük olması sağlık hizmetleri talebini arttırmaktadır.
- **Sağlık sigortası:** sağlık hizmetleri genellikle maliyetlidir ve hastalanma durumu önceden öngörülemez. Sağlık hizmeti almanın ertelenmesi ise risk oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarındaki belirsizliği ve riski azaltmak amacıyla sağlık sigortası piyasaları oluşturulmuştur (Sungur,2018:86). Bireylerin sağlık sigortasına sahip olması, bireyin cebinden gerçekleştireceği ödemeleri azalttığından sağlık hizmetlerine olan talebi arttıran bir etki yaratmaktadır (Akyürek & Orhaner,2017,241).
- **Demografik bilgiler:** sağlık hizmetine olan talebi etkileyen etkenler arasında yaş, cinsiyet, ev halkı büyüklüğü, medeni durum ile eğitim yer almaktadır (Saraçoğlu & Öztürk,2015,307).
- **Teknoloji:** tıbbi teknolojinin gelişmesi, hastaların teşhis ve tedavisini kolaylaştırır; bu da sağlık hizmetlerine olan güveni ve talebi yükseltir (Yenimahalleli Yaşar, acikders.ankara.edu.tr).
- **Sağlık çalışanlarının özellikleri:** hekimler sağlık hizmetlerine olan talebin büyük oranda belirleyicisidir (Yenimahalleli Yaşar, acikders.ankara.edu.tr). Hasta açısından sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen unsurlar arasında doktorun alanındaki yetkinliği tedaviye ayırdığı süre ve diğer sağlık personelinin ilgisi yer almaktadır (Akyürek & Orhaner,2017,241). Sağlık hizmetinde, verilen hizmetin kalitesi arttıkça bununla birlikte sağlık hizmetine olan talepte artmaktadır.

Bu özelliklere ek olarak sağlık kurumlarının fiziki şartları, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının hastalar ile olan birebir ilişkisinde sağlık hizmeti talebinde etkili faktörlerdir. Çünkü bireyler hekimin tecrübe ve deneyimi hastanenin ise kalitesini göz önünde bulundurarak sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hastaların eğitim seviyeleri ve kendi geleceklerine dair beklentileri de talebi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Dedeoğlu & Çetin, 2021, 31).

Hastalara sunulacak hizmet ve uygulanacak olan tedavi ile hastanın tatmin olması sağlanabilecektir. Bundan dolayı hastane yönetiminin yatırım planlarını buna uygun olarak en doğru şekilde yapması gerekmektedir. Bu ise sunulacak hizmete olan talebin özelliklerinin iyi analiz edilip, belirlenmesi daha sonrasında ise talep tahmini ve talep yöntemlerinin doğru seçilmesi ile mümkün olabilecektir (Dedeoğlu & Çetin, 2021,31).

Sağlık hizmeti talebini, önemli düzeyde etkileyen başka bir faktör ise sağlık hizmet ve araştırmalarında değer kabul görmüş kurum ve kişilerdir. Bu kuruluşlara örnek olarak dünya sağlık örgütü, araştırma merkezleri ve farklı birçok ülkenin sağlık bakanlıkları verilebilir. Bu kurum ve kişiler görsel ve yazılı iletişim araçlarında farklı platformlarda, bilimsel düzeyde toplantılarda savundukları tezleri ve araştırma sonuçlarını açıkladıklarında kişilerinin düşüncelerine nüfuz etmiş olmaktadır (Sayım, 2021).

Kişilerin talepte bulunduğu ve kullandığı hizmetlerin mikatı ve çeşidi kişinin eğitim düzeyi ile bağlantılı bir şekilde farklılık gösterecektir. Kişinin eğitim düzeyi arttıkça bazı sağlık hizmetlerine olan talebi arttıkça bazı sağlık hizmetlerine olan talebi ise düşürmektedir. Kişinin eğitim seviyesi arttıkça koruyucu hizmetlerine olan talebide aynı şekilde artacaktır (Sayım, 2021).

Hastaya verilen güven, hastanın kuruma karşı sadakat duyması ve hasta özdeşleşmesi gibi durumların beraberinde getirdiği hastane ünü ve tanınmışlığıda sağlık hizmetine olan talebi etkilemektedir (Orhaner & Akyürek, 2017, 245). Gene aynı şekilde kişinin, hastalık durumunu ve seviyesini farkında olması sağlığını kontrol altına almak ve geliştirmek istemesi doğrudan sağlık hizmeti talebine etki etmektedir.

4. YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın amacına, önemine, araştırma yöntem ve modeline, evren ve örnekleme, veri toplama araçlarına, verilerin toplanmasına ve toplanan verilerin analizine dair bilgilere yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yapılan literatür incelemeleri sonucunda sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisinin doğrudan incelendiği herhangi bir çalışma görülmemiştir. Literatürde Sağlık kaygısı ve sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde ayrı ayrı ele alınan çalışmalar incelendiğinde Sağlık kaygısının birçok sektörde yaygın bir durum olduğu ve insanlar ile etkileşimde bulunan her bir alan için ayrı ayrı analiz yapılması ve elde edilen bulguların dikkatle değerlendirilmesi gerektiği belirlenmiştir. Sağlık kaygısı ile sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ve bulguların, daha derinlemesine niteliksel bir şekilde sunulması gerektiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra literatür incelendiğinde demografik bilgilerin sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisine dair araştırmaların yetersiz görüldüğü ve daha ayrıntılı bir şekilde araştırılması gerektiği belirlenmiştir. Bundan dolayı bu çalışmada sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisi incelenerek, gelecekte bu konu üzerinde yapılacak araştırmalara yön vermek amaçlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme Yöntemi

Araştırmanın evrenini kronik hastalığı bulunan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini BHT CLİNİC İstanbul Tema Hastanesinde ki hastalar oluşturmaktadır. 04.03.2024-09.03.2024 tarihleri arasında yatışı yapılan 330 hastadan çalışmaya katılmak isteyen 178 hastadan veri toplanmıştır.

Toplanan veri sayısı Sümbüloğlu (2012:265)'ndan alınmış olan aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır:

$$N = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n= Örneklem büyüklüğü

N= Evren Büyüklüğü

p= Evrende Bir Olayın Gözlenme Oranı (%50)

q = Evrende Bir Olayın Gözlenmeme Oranı (1-P)

t = Güven Düzeyine Göre Standart Değer (Normal Dağılım Tablosunda %95 İçin 1,96)

d =Etki Büyüklüğü- Örneklem Hatası (%5 Hata Payı)

$$N = \frac{330 \cdot (1,96)^2 \cdot 50 \cdot 50}{5^2 (330-1) + (1,96)^2 \cdot 50 \cdot 50}$$

$$n = 178$$

4.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada demografik bilgileri içeren kişisel bilgi formu (EK-2), sağlık anksiyetesi envanteri (SAE), Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ölçeği (SHTEDÖ) kullanılmıştır.

4.4. Kişisel Bilgi Formu

Burada katılımcılara demografik bilgilerinin bulunduğu bilgi formu yer almaktadır. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, aylık gelir durumları, sağlık güvenceleri, tercih ettikleri hastane türleri, hastaneye ziyaret sayıları ve kronik hastalıkları gibi sorulara cevap aranmaktadır.

4.5. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği

Ölçek Söyler ve arkadaşları tarafından (2022) geliştirilmiştir. “Kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum” a kadar 5’ li likert tipi ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. SHTEDÖ kendi kendine / bireysel çare arama, kaçınma ve harekete geçme boyutlarından oluşmaktadır. Kendi kendine / bireysel çare arama boyutu 3 maddeden (1.2.3), kaçınma boyutu 4 maddeden (4.5.6.7) ve harekete geçme boyutu ise 4 maddeden (8.9.10.11) oluşmaktadır. Kendi kendine / bireysel çare arama alt ölçeğinde en az 3 en fazla 15 puan, kaçınma ve harekete geçme alt ölçeklerinde ise en az 4 en fazla 20 puan alınabilmektedir. Bu üç alt ölçeğin puanlarının toplamı ile ölçeğin tamamının puanı bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ise en az 11 en fazla 55 puan bulunmaktadır. Erteleme davranışının sağlık üzerindeki olumsuz etkisi bu ölçek kullanılarak belirlenebilir. Güvenilirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach’s Alpha test istatistiğinden yararlanılmış olup, Ölçeğin al boyutu olan kendi kendine çare arama Cronbach’s Alpha değeri 0,737, kaçınma alt boyutu Cronbach’s Alpha değeri 0,804, harekete geçme alt boyutu için Cronbach’s Alpha değeri 0,739 ve ölçeğin genel Cronbach’s Alpha değeri

0,739 ($0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenilir) ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenilir) olarak belirlenmiştir.

4.6. Sağlık Anksiyetesi Envanteri

Sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesi için Salkovskis ve arkadaşları tarafından (2002) geliştirilmiştir. Aydemir ve arkadaşları tarafından (2013) ise geçerlilik, güvenilirliği yapılan ölçek iki alt boyutlardan oluşmaktadır. İlk boyut katılımcıları son 6 ay içerisindeki duygularını ifade eden 12 sorudan oluşmaktadır. Her soru dört farklı ifade bulundurmaktadır. İkinci boyut ise Katılımcıların kendilerini rahatsız eden bir hastalıklarının bulunması durumunda ki düşüncelerine yönelik 4 sorudan oluşmaktadır ve her soru dört farklı ifade içermektedir. Ölçek sonucunda yüksek puan alınması durumunda sağlık anksiyetesinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Güvenilirlik analizlerinde, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 ve alt boyut ve ölçek puan katsayıları 0,405 ve 0,769 arasında saptanmıştır ($0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenilirlikte); $0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenilir)

4.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri hastanesi ortamında katılımcılarla yüz yüze toplandıktan sonra bilgisayara aktarılmıştır. Toplanan verilerin IBM SPSS statistics 26 (Statistical Programme For Social Sciences) paket programından faydalanarak değerlendirilmiştir. Analiz öncesi toplanılan verilerin normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiştir. Sağlık anksiyetesi ölçeği ile sağlık hizmeti talep erteleme ölçeği ve alt boyutlarının katılımcıların demografik bilgileri arasında fark olup olmadığının tespiti için parametrik test olan bağımsız örneklem T testi ve ANOVA analizi kullanılmıştır. Sağlık anksiyetesi ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ile alt boyutlarının ilişkinin tespiti için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < ,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

4.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma sırasında kullanılan ölçekler (Sağlık Anksiyetesi Envanteri, Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı) için türkçe geçerlilik ve geçerlik yapan kişilerden mail yolu ile onay alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal ve Beşerî Etik Kurulundan 30.11.2022 tarihli ve 176656 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmanın BHT CLİNİC Özel İstanbul Tema Hastanesinde yürütülmesi için hastanenin Etik Kurulundan 23.08.2023 tarihli 2063 sayılı kararı ile gerekli izinler alınmıştır

4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

- Araştırma İstanbul Tema Hastanesi'nde yatmakta olan hastalar ile sınırlıdır.
- Araştırma 04.03.2024-09.03.2024 tarihleri arasında sınırlandırılmıştır.
- Araştırma yalnızca sağlık anksiyetesi envanteri ölçeği ve sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeği ile sınırlandırılmıştır.
- Katılımcıların anketi samimi ve doğru şekilde yanıtladığı varsayılmaktadır.
- Anketi yanıtlayan 178 kişinin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır

4.10. Metot

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 27 paket programı ile analiz edilmiştir. İlk aşamada, demografik bulgulara ilişkin frekans analizleri verilmiştir. Frekans analizleri, gruplara ait frekans (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Daha sonra ölçek düzeylerine ilişkin, frekans analizleri, gruplara ait ortalama (Ort), standart sapma (SS), minimum (Min) ve maksimum (Maks) değerleri hesaplanmıştır.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken, çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış olup, Tabachnik ve Fidell (2013)' e göre skewness (Çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1,50 ile +1,50 arasında ise normal dağılım olduğu kabul edilir olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan geldiği belirtilmiştir.

Güvenilirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmış olup, Güvenirlik katsayısı $0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilir değil); $0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenilirlikte); $0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenilir) ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenilir) olarak belirlenmiştir (Kalaycı, 2008). Dikkate alınarak güvenilirlik sonuçları verilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmeleri nedeniyle 2 bağımsız grup karşılaştırma testlerinden bağımsız örneklem t-testi ve 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırma testlerinden Anova (varyans analizi) testi kullanılmıştır. Parametrik testlerde varyanslar homojen dağılmadığında Welch testi sonuçları baz alınmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında varyans homojenliğine göre Tukey testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasında ilişki bakılırken pearson korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Bağımlı değişkenler arasında etkiye bakılırken regresyon testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4.10.1. Araştırmanın Güvenirlik Analizi

Tablo 4.1. Ölçek düzeylerine ilişkin normallik ve güvenilirlik sonuçları

Değişken	Ort.	Min.	Maks.	SS	Çarpıklık	Basıklık	Güvenilirlik
Duygu durumu	11,69	0,00	35,00	6,75	0,582	0,162	0,847
Hastalık Düşüncesi	3,33	0,00	12,00	2,50	0,649	0,182	0,786
Sağlık Anksiyete Enva.	15,02	1,00	46,00	8,38	0,514	0,152	0,866
Bireysel Çare Arama	8,08	3,00	15,00	2,70	0,177	-0,327	0,718
Kaçınma	9,82	4,00	20,00	3,28	0,365	-0,266	0,768
Harekete Geçememe	11,37	4,00	20,00	2,89	-0,118	1,082	0,711
Sağlık Hizmet Talep	29,26	11,00	51,00	6,56	-0,230	0,933	0,806

Güvenilirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmış olup, Güvenirlik katsayısı:

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilir değil)

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenirlikte)

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenilir)

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenilir) olarak belirlenmiştir (Kalaycı, 2008). Bu değerler dikkate alınarak güvenilirlik sonuçları verilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken, çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış olup, Tabachnik ve Fidell (2013)' e göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri-1.50 ile +1,50 arasında ise normal dağılım olduğu kabul edilir olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan geldiği belirtilmiştir. Varyans homojenlik varsayımı için Levene testi kullanılmıştır.

Duygu Durumu: Bu ölçek için ortalama 11,69, minimum değer 0,00, maksimum değer ise 35,00 olarak belirlenmiştir. Standart sapma 6,75 olup, ölçek puanlarının dağılımı hakkında bilgi vermektedir. Çarpıklık değeri 0,582, dağılımın hafif sağa çarpık olduğunu, basıklık değeri 0,162 ise dağılımın normale yakın olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik katsayısı (Cronbach's alpha) 0,847 olup, ölçeğin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastalık Düşüncesi: Bu alt ölçek için ortalama 3,33, minimum değer 0,00 ve maksimum değer 12,00 olarak hesaplanmıştır. Standart sapma 2,50, çarpıklık 0,649 ile dağılımın sağa çarpık olduğunu, basıklık 0,182 ile dağılımın normale yakın olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik katsayısı 0,786, ölçeğin yeterli düzeyde güvenilir olduğunu işaret etmektedir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Ortalama puan 15,02, minimum puan 1,00, maksimum puan ise 46,00'dir. Standart sapma 8,38 olup, puanların geniş bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Çarpıklık değeri 0,514, dağılımın hafif sağa çarpık olduğunu, basıklık 0,152 ise normale yakın bir dağılım olduğunu ifade etmektedir. Güvenilirlik katsayısı 0,866 ile oldukça yüksek bir güvenilirlik seviyesine sahiptir.

Bireysel Çare Arama: Ortalama 8,08, minimum puan 3,00, maksimum puan 15,00'dir. Standart sapma 2,70 olup, puanların değişkenliğini göstermektedir. Çarpıklık

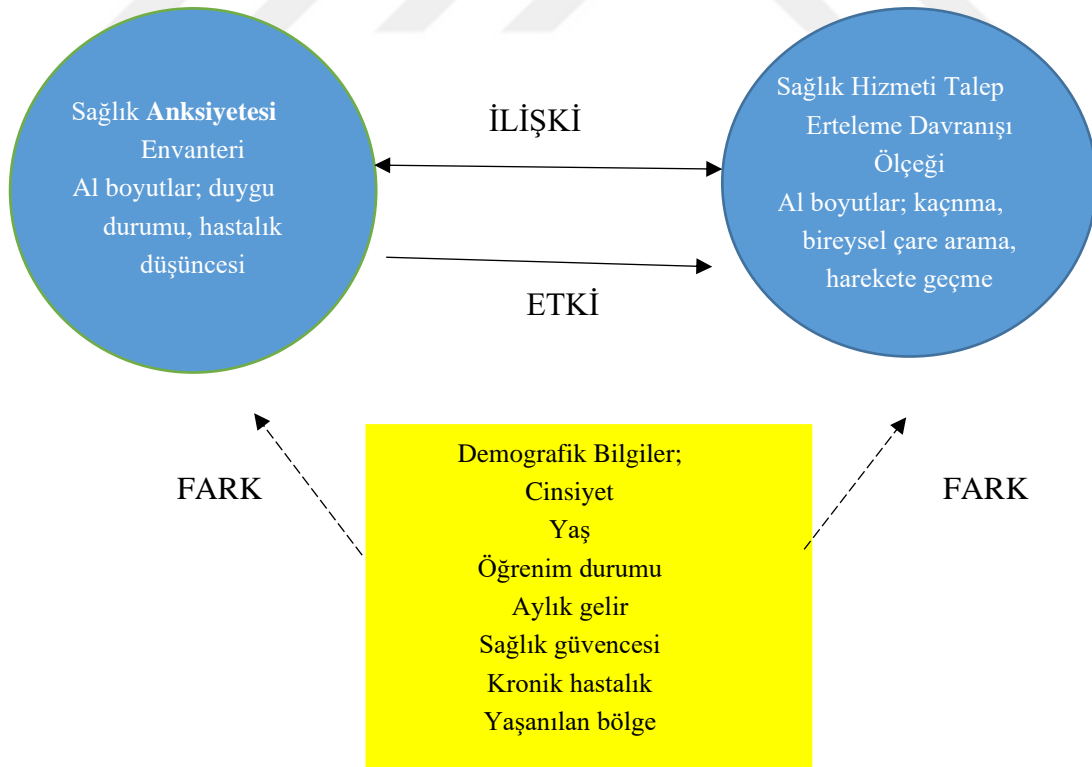
0,177, dağılımın çok az sağa çarpık olduğunu, basıklık-0,327 ile dağılımın hafifçe basık olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik değeri 0,718 ile ölçeğin kabul edilebilir düzeyde güvenilir olduğunu işaret etmektedir.

Kaçınma: Bu ölçek için ortalama 9,82, minimum puan 4,00 ve maksimum puan 20,00 olarak hesaplanmıştır. Standart sapma 3,28, çarpıklık değeri 0,365 olup, hafif sağa çarpıklık göstermektedir. Basıklık değeri-0,266, dağılımın hafif basık olduğunu işaret etmektedir. Güvenilirlik katsayısı 0,768 ile ölçek yeterli güvenilirlik düzeyine sahiptir.

Harekete Geçememe: Ortalama puan 11,37, minimum puan 4,00, maksimum puan 20,00'dir. Standart sapma 2,89 olup, puanların yayılımını göstermektedir. Çarpıklık-0,118, dağılımın sola hafifçe çarpık olduğunu, basıklık değeri 1,082 ile dağılımın sivri olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik katsayısı 0,711 olup, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde güvenilir olduğunu belirtmektedir.

Sağlık Hizmet Talebi: Ortalama puan 29,26, minimum puan 11,00, maksimum puan 51,00 olarak belirlenmiştir. Standart sapma 6,56 olup, geniş bir puan dağılımını göstermektedir. Çarpıklık değeri-0,230 ile sola hafifçe çarpık, basıklık değeri 0,933 ile dağılımın sivri olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik katsayısı 0,806 ile ölçeğin güvenilirliği yüksek düzeydedir.

Genel olarak, tüm ölçekler yeterli düzeyde güvenilirliğe sahip olup, normallik dağılımları da genel olarak normale yakın bir yapıda seyretmektedir.



4.11. Araştırmanın Modeli

Çalışma çerçevesinde belirlenen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

- **Hipotez 1; Sağlık kaygısı sosyodemografik bilgilere göre farklılık gösterir.**
- H1a; Katılımcıların sağlık kaygısı cinsiyete göre farklılık gösterir
- H1b; Katılımcıların sağlık kaygısı yaşa göre farklılık gösterir
- H1c; Katılımcıların sağlık kaygısı yaşadıkları bölgeye göre farklılık gösterir
- H1d; Katılımcıların sağlık kaygısı aylık gelirlerine göre farklılık gösterir.
- H1e; katılımcıların sağlık kaygısı sağlık güvencesine göre farklılık gösterir
- H1f; katılımcıların sağlık kaygısı kronik hastalığın var olup olmama durumuna göre farklılık gösterir.
- H1h; katılımcıların sağlık kaygısı öğrenim durumuna göre farklılık gösterir
- **Hipotez 2: Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmeti talebi erteleme davranışında anlamlı farklılık vardır.**
- H2a; Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H2b; Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H2c; Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- **Hipotez 3: Katılımcıların yaşa göre sağlık hizmeti talebi erteleme davranışında anlamlı farklılık vardır.**
- H3a; Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H3b; Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H3c; Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama boyutunda anlamlı farklılık vardır
- **Hipotez 4: Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre sağlık hizmeti talebi erteleme davranışında anlamlı farklılık vardır.**
- H4a; Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H4b; Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H4c; Katılımcıların yaşadıkları bölgeye sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama boyutunda anlamlı farklılık vardır

- Hipotez 5: Katılımcıların aylık gelirlerine göre sağlık hizmeti talebi erteleme davranışında anlamlı farklılık vardır.
- H5a; Katılımcıların aylık gelirlerine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma boyutunda anlamlı farklılık vardır
- H5b; Katılımcıların aylık gelirlerine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- H5c; Katılımcıların aylık gelirlerine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- **Hipotez 6: Katılımcıların sağlık güvencesine göre sağlık hizmeti talebi erteleme davranışında anlamlı farklılık vardır.**
- H6a; Katılımcıların sağlık güvencesine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- H6b; Katılımcıların sağlık güvencesine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- H6c; Katılımcıların sağlık güvencesine göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- **Hipotez 7: Katılımcıların öğrenim durumuna göre sağlık hizmeti talebi erteleme davranışında anlamlı farklılık vardır.**
- H7a; Katılımcıların öğrenim durumuna göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- H7b; Katılımcıların öğrenim durumuna göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe boyutunda anlamlı farklılık vardır.
- H7c; Katılımcıların öğrenim durumuna göre sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama boyutunda anlamlı farklılık vardır
- **Hipotez 8: Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.**
- H8a; Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.
- H8b; Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.
- H8c; Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.
- **Hipotez 9: Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı kronik hastalığa göre farklılık gösterir**
- H9a; Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma kronik hastalığa göre farklılık gösterir.

- H9b; Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan harekete geçememe kronik hastalığa göre farklılık gösterir.
- H9c; Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi kendine çare arama kronik hastalığa göre farklılık gösterir.
- **Hipotez 10: Sağlık kaygısı ile sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı arasında ilişki vardır.**
- **Hipotez 11: Sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebini ertelemeye etkisi vardır.**



5. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözülmesi için 178 hastadan meydana gelen sağlık anksiyetesinden oluşan ölçekler ile elde edilen verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular sunulmuştur. Araştırma kapsamında yer alan hipotezlerin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	101	56,74
	Erkek	77	43,26
Yaş	17-20	51	28,65
	21-26	88	49,44
	27-36	26	14,61
	37-45	8	4,49
	46+	5	2,81
Öğrenim Düzeyi	İlkokul / Ortaokul	6	3,37
	Lise	26	14,61
	Üniversite	135	75,84
	Yüksek Lisans	11	6,18
Medeni Durum	Bekar	141	79,21
	Nişanlı	11	6,18
	Evli	26	14,61
Aylık Gelir Düzeyi	İyi	27	15,17
	Orta	138	77,53
	Kötü	13	7,30
Sağlık Güvencesi	Var	125	70,22
	Yok	53	29,78
Tercih Edilen Hastane	Devlet Hast.	90	50,56
	Üni. Ve Araştırma Hast.	47	26,40
	Özel Hast.	41	23,03
Son 1 Yıl Sağlık Kuruluşu Başvuru Sayısı	1 Kez	43	24,16
	2-4 Kez	83	46,63
	5-10 Kez	47	26,40
	11 Kez +	5	2,81
Yaşanılan Bölge	İl	128	71,91
	İlçe	42	23,60
	Kasaba	0	0,00
	Köy	8	4,49
Kronik Hastalık Durumu	Evet	22	12,36
	Hayır	142	79,78
	Bilmiyorum	14	7,87

Tablo 5.1, çalışmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini gösteren frekans dağılımını sunmaktadır. Verilere göre katılımcıların çoğunluğu kadın olup (%56,74), erkek katılımcılar ise %43,26 oranındadır. Yaş dağılımı incelendiğinde, en büyük yaş grubu 21-26 yaş arası katılımcılar olup, bu grup %49,44'lük bir paya sahiptir. 17-20 yaş arasındaki katılımcılar %28,65, 27-36 yaş aralığındaki katılımcılar %14,61, 37-45 yaş grubu %4,49 ve 46 yaş üstü katılımcılar ise %2,81 oranında yer almaktadır. Öğrenim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların çoğunluğunun üniversite

mezunu olduğu görülmektedir (%75,84). İlkokul veya ortaokul mezunu olanlar %3,37, lise mezunları %14,61 ve yüksek lisans mezunları %6,18 oranında temsil edilmektedir. Medeni durum verilerine bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu bekar olup %79,21'lik bir oranla öne çıkmaktadır. Evli katılımcılar %14,61, nişanlı olanlar ise %6,18 oranında yer almaktadır. Aylık gelir düzeyi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun gelir durumunu orta seviyede (%77,53) tanımladığı görülmektedir. Gelir durumu iyi olanlar %15,17, kötü olanlar ise %7,30 oranında temsil edilmektedir. Sağlık güvencesine sahip katılımcılar %70,22 oranında olup, sağlık güvencesi olmayanlar %29,78 oranındadır. Tercih edilen hastane türleri arasında en çok tercih edilen devlet hastaneleri olup %50,56 oranında yer almaktadır. Üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenler %26,40, özel hastaneleri tercih edenler ise %23,03 oranındadır. Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı incelendiğinde, katılımcıların %46,63'ü 2-4 kez sağlık kuruluşuna başvurmuştur. 1 kez başvuranlar %24,16, 5-10 kez başvuranlar %26,40 ve 11 kez ve üzeri başvuru yapanlar %2,81 oranında yer almaktadır. Katılımcıların yaşadığı bölgeye bakıldığında, çoğunluğun şehir merkezinde (%71,91) yaşadığı görülmektedir. İlçede yaşayanlar %23,60 oranında yer alırken, köyde yaşayanlar %4,49 oranındadır. Kasabada yaşayan katılımcı bulunmamaktadır. Kronik hastalık durumları incelendiğinde, katılımcıların %79,78'i kronik hastalığa sahip olmadığını belirtirken, %12,36'sı kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %7,87'si ise kronik hastalık durumunu bilmediğini belirtmiştir.

Bu sonuçlar, çalışmaya katılan bireylerin demografik ve sosyo-ekonomik profili hakkında kapsamlı bir bakış sunmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun genç, bekar, üniversite mezunu ve orta gelir düzeyinde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sağlık güvencesine sahip olma oranı yüksek olup, devlet hastanelerinin en çok tercih edilen sağlık kurumu olduğu görülmektedir.

Tablo 5.2. Ölçek Düzeylerinin Cinsiyete Göre Farklılaşması

Değişken	Cinsiyet				t testi	
	Kadın		Erkek		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Duygu durumu	12,79	6,64	10,25	6,67	2,529	0,012*
Hastalık Düşüncesi	3,54	2,57	3,04	2,40	1,339	0,182
Sağlık Anksiyete Envanter	16,34	8,32	13,29	8,19	2,441	0,016*
Bireysel Çare Arama	8,03	2,74	8,14	2,67	-0,276	0,783
Kaçınma	9,56	3,34	10,16	3,18	-1,195	0,234
Harekete Geçememe	11,25	2,78	11,52	3,03	-0,622	0,535
Sağlık Hizmet Talep	28,84	6,78	29,82	6,25	-0,984	0,326

* $p < 0,05$; $t = \text{bağımsız örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 5.2, ölçek düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen bağımsız örneklem t testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Kadınların gövde puan ortalaması 12,79 (SS = 6,64) iken, erkeklerin ortalaması 10,25 (SS = 6,67) olarak hesaplanmıştır. Bağımsız örneklem t

testi sonucunda, kadın ve erkekler arasında duygu durumu puanları açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2,529$, $p = 0,012$). Bu bulgu, kadınların duygu durumları puanlarının erkeklere göre, anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastalık Düşüncesi: Kadınların hastalık düşüncesi puan ortalaması 3,54 ($SS = 2,57$), erkeklerin ise 3,04 ($SS = 2,40$) olarak belirlenmiştir. Fakat, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 1,339$, $p = 0,182$). Bu bulgu, hastalık düşüncesi puanlarının cinsiyetler arasında anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermektedir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Kadınların sağlık anksiyetesi puan ortalaması 16,34 ($SS = 8,32$), erkeklerin ise 13,29 ($SS = 8,19$) olarak bulunmuştur. T testi sonuçlarına göre, kadın ve erkekler arasında sağlık anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t = 2,441$, $p = 0,016$). Bu bulgu, kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Bireysel Çare Arama: Kadınların bireysel çare arama puan ortalaması 8,03 ($SS = 2,74$), erkeklerin ise 8,14 ($SS = 2,67$) olarak hesaplanmıştır. T testi sonucunda cinsiyetler arasında bireysel çare arama puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,276$, $p = 0,783$). Bu bulgu, cinsiyetin bireysel çare arama düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Kaçınma: Kadınların kaçınma puan ortalaması 9,56 ($SS = 3,34$), erkeklerin ise 10,16 ($SS = 3,18$) olarak hesaplanmıştır. Fakat, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -1,195$, $p = 0,234$). Bu bulgu, kaçınma puanları açısından cinsiyetler arasında, anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir.

Harekete Geçememe: Kadınların harekete geçememe puan ortalaması 11,25 ($SS = 2,78$), Erkeklerin ise 11,52 ($SS = 3,03$) olarak belirlenmiştir. T testi sonuçları bu iki grup arasında, anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t = -0,622$, $p = 0,535$). Bu da cinsiyetin harekete geçememe düzeyinde önemli bir etkisi olmadığını ortaya koymaktadır.

Sağlık Hizmet Talebi: Kadınların sağlık hizmet talebi puan ortalaması 28,84 ($SS = 6,78$), erkeklerin ise 29,82 ($SS = 6,25$) olarak hesaplanmıştır. Fakat, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -0,984$, $p = 0,326$). Bu bulgu, sağlık hizmet talebi puanları açısından cinsiyetler arasında, anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 5.3. Ölçek Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Yaş		ANOVA		
		Ort.	SS	F	P	Fark
Duygu durumu	17-20 ⁽¹⁾	10,14	5,53	1,272	0,283	-
	21-26 ⁽²⁾	12,24	6,25			
	27-36 ⁽³⁾	12,08	8,68			
	37-45 ⁽⁴⁾	14,75	10,55			
	46+ ⁽⁵⁾	11,00	8,00			
Hastalık düşüncesi	17-20 ⁽¹⁾	3,45	2,20	1,068	0,374	-
	21-26 ⁽²⁾	3,27	2,62			
	27-36 ⁽³⁾	2,88	2,34			
	37-45 ⁽⁴⁾	4,88	3,23			
	46+ ⁽⁵⁾	2,80	2,77			
Sağlık Anksiyete Envanter	17-20 ⁽¹⁾	13,59	6,83	1,081	0,368	-
	21-26 ⁽²⁾	15,51	7,97			
	27-36 ⁽³⁾	14,96	10,09			
	37-45 ⁽⁴⁾	19,63	13,57			
	46+ ⁽⁵⁾	13,80	10,43			
Bireysel Çare Arama	17-20 ⁽¹⁾	8,16	2,69	0,638	0,636	-
	21-26 ⁽²⁾	8,13	2,49			
	27-36 ⁽³⁾	8,19	3,37			
	37-45 ⁽⁴⁾	7,88	2,90			
	46+ ⁽⁵⁾	6,20	2,86			
Kaçınma	17-20 ⁽¹⁾	9,94	2,90	0,968	0,426	-
	21-26 ⁽²⁾	9,74	3,11			
	27-36 ⁽³⁾	9,62	4,19			
	37-45 ⁽⁴⁾	11,63	3,93			
	46+ ⁽⁵⁾	8,20	3,49			
Harekete Geçememe	17-20 ⁽¹⁾	11,39	2,46	0,803	0,525	-
	21-26 ⁽²⁾	11,35	2,54			
	27-36 ⁽³⁾	11,65	4,52			
	37-45 ⁽⁴⁾	11,75	2,25			
	46+ ⁽⁵⁾	9,20	3,03			
		Sağlık Hizmet Talep				
	17-20 ⁽¹⁾	29,49	5,07	1,142	0,338	-
	21-26 ⁽²⁾	29,22	6,00			
	27-36 ⁽³⁾	29,46	10,06			
	37-45 ⁽⁴⁾	31,25	7,50			
	46+ ⁽⁵⁾	23,60	4,39			

* $p < 0,05$; $F=ANOVA$ Testi, $Fark=Tukey$ Testi

Tablo 5.3., ölçek düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen ANOVA testi sonuçlarını sunmaktadır.

Duygu Durumu: Yaş grupları arasında duygu durumu puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,272$, $p = 0,283$). Ortalamalara bakıldığında, en yüksek puan 37-45 yaş grubunda (14,75) görülürken, en düşük puan 17-20 yaş grubunda (10,14) kaydedilmiştir. Fakat, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Hastalık Düşüncesi: hastalık düşüncesi puanları açısından yaş grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,068$, $p = 0,374$). En yüksek ortalama puan 37-45 yaş grubunda (4,88), en düşük puan ise 46 yaş ve üzeri grupta (2,80) olarak belirlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete puanları yaş grupları arasında anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 1,081$, $p = 0,368$). 37-45 yaş grubu en yüksek ortalama puana sahipken (19,63), en düşük puan 17-20 yaş grubunda (13,59) gözlemlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bireysel Çare Arama: Yaş grupları arasında bireysel çare arama puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,638$, $p = 0,636$). En yüksek puan 27-36 yaş grubunda (8,19), en düşük puan ise 46 yaş ve üzeri grupta (6,20) kaydedilmiştir. Ancak bu farklar anlamlı değildir.

Kaçınma: Kaçınma puanları yaş grupları arasında, anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,968$, $p = 0,426$). 37-45 yaş grubu en yüksek puana (11,63), 46 yaş ve üzeri grup ise en düşük puana (8,20) sahiptir. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları yaş grupları arasında anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,803$, $p = 0,525$). 37-45 yaş grubunun puan ortalaması (11,75), en yüksek iken, 46 yaş ve üzeri grupta bu değer en düşük (9,20) olarak kaydedilmiştir. Ancak, farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Hizmet Talebi: Sağlık hizmet talebi puanları açısından yaş grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,142$, $p = 0,338$). En yüksek puan 37-45 yaş grubunda (31,25), en düşük puan ise 46 yaş ve üzeri grupta (23,60) gözlemlenmiştir. Ancak, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç olarak, yaş grupları arasında tüm ölçekler açısından yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu, ölçek puanlarının yaş gruplarına göre önemli bir değişiklik göstermediği anlamına gelmektedir.

Tablo 5.4. Ölçek Düzeylerinin Öğrenim Düzeylerine Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Öğrenim Düzeyi		ANOVA		
		Ort.	SS	F	P	Fark
Duygu Durumu	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	16,33	12,27	1,541	0,206	-
	Lise ⁽²⁾	11,69	6,42			
	Üniversite ⁽³⁾	11,70	6,55			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	9,00	5,69			
Hastalık Düşüncesi	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	4,50	4,46	0,602	0,614	-
	Lise ⁽²⁾	3,58	2,37			
	Üniversite ⁽³⁾	3,22	2,46			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	3,36	2,06			
Sağlık Anksiyete Envanter	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	20,83	16,73	1,353	0,259	-
	Lise ⁽²⁾	15,27	7,91			
	Üniversite ⁽³⁾	14,93	8,02			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	12,36	7,49			
Bireysel Çare Arama	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	6,67	1,63	2,422	0,068	-
	Lise ⁽²⁾	7,00	2,98			
	Üniversite ⁽³⁾	8,31	2,61			
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	8,55	3,05			
Kaçınma	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	11,00	4,43	0,331	0,803	-
	Lise ⁽²⁾	9,58	3,30			
	Üniversite ⁽³⁾	9,84	3,30			

	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	9,55	2,42			
	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	9,83	2,71			
Harekete	Lise ⁽²⁾	11,62	3,18			
Geçememe	Üniversite ⁽³⁾	11,51	2,85	1,824	0,145	-
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	9,82	2,27			
	İlkokul / Ortaokul ⁽¹⁾	27,50	6,89			
Sağlık Hizmet	Lise ⁽²⁾	28,19	7,67			
Talep	Üniversite ⁽³⁾	29,66	6,47	0,693	0,558	-
	Yüksek Lisans ⁽⁴⁾	27,91	4,50			

* $p < 0,05$; $F=ANOVA$ Testi, $Fark=Tukey$ Testi

Tablo 5.4., ölçek düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre farklılaşp farklılaşmadığını inceleyen ANOVA testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumları: Öğrenim düzeyleri arasında duygu durumları puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,541$, $p = 0,206$). İlkokul/ortaokul mezunları en yüksek puana (16,33), yüksek lisans mezunları ise en düşük puana (9,00) sahiptir. Fakat, bu fark istatistiksel olarak, anlamlı değildir.

Hastalık Düşüncesi: hastalık düşüncesi puanları açısından öğrenim düzeyleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

($F = 0,602$, $p = 0,614$). En yüksek ortalama ilkokul/ortaokul mezunlarında (4,50), en düşük ortalama ise üniversite mezunlarında (3,22) gözlemlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete puanları öğrenim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F = 1,353$, $p = 0,259$). İlkokul/ortaokul mezunları en yüksek ortalama puana (20,83), yüksek lisans mezunları ise en düşük puana (12,36) sahiptir. Fakat bu farklar istatistiksel olarakda anlamlı değildir.

Bireysel Çare Arama: Bireysel çare arama puanları öğrenim düzeylerine göre, anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F = 2,422$, $p = 0,068$). Ancak, ilkokul/ortaokul mezunları en düşük ortalamaya (6,67), yüksek lisans mezunları ise en yüksek ortalamaya (8,55) sahiptir. Bu fark sınırda anlamlılık göstermekte olup, anlamlı bir fark olduğu söylenemez.

Kaçınma: Kaçınma puanları öğrenim düzeylerine göre, anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,331$, $p = 0,803$). En yüksek puan ilkokul/ortaokul mezunlarında (11,00), en düşük puan ise lise mezunlarında (9,58) gözlemlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları öğrenim düzeylerine göre, anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 1,824$, $p = 0,145$). Lise mezunları en yüksek puana (11,62), ilkokul/ortaokul ve yüksek lisans mezunları ise en düşük puana (9,83 ve 9,82) sahiptir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları öğrenim düzeylerine göre, anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,693$, $p = 0,558$). Üniversite mezunları en yüksek

ortalamaya (29,66), ilkokul/ortaokul mezunları ise en düşük ortalamaya (27,50) sahiptir. Fakat bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç olarak, öğrenim düzeylerine göre tüm ölçekler açısından yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da ölçek puanlarının öğrenim düzeylerine göre önemli bir değişiklik göstermediğini işaret etmektedir.

Tablo 5.5. Ölçek Düzeylerinin Medeni Durumlara Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Medeni Durum			T Testi
		Ort.	SS	F	P
Duygu Durumu	Bekar ⁽¹⁾	1,80	0,46	7,761	0,006*
	Evli ⁽²⁾	2,07	0,73		
Hastalık Düşüncesi	Bekar ⁽¹⁾	1,79	0,51	5,774	0,017*
	Evli ⁽²⁾	1,73	0,70		
Sağlık Anksiyete Envanter	Bekar ⁽¹⁾	1,79	0,43	7,524	0,007*
	Evli ⁽²⁾	2,02	0,66		
Bireysel Çare Arama	Bekar ⁽¹⁾	2,74	0,90	0,004	0,950
	Evli ⁽²⁾	2,42	0,90		
Kaçınma	Bekar ⁽¹⁾	2,37	0,87	0,000	0,983
	Evli ⁽²⁾	2,51	0,93		
Harekete Geçememe	Bekar ⁽¹⁾	2,86	0,72	0,144	0,705
	Evli ⁽²⁾	2,70	0,72		
Sağlık Hizmet Talep	Bekar ⁽¹⁾	2,66	0,61	0,756	0,007*
	Evli ⁽²⁾	2,56	0,65		

* $p < 0,05$; $t = \text{bağımsız örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 5.5., ölçek düzeylerinin medeni durumlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen Bağımsız örneklem t testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Medeni durum grupları arasında duygu durumu puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 7,761$, $p = 0,006$), Evli bireyler en yüksek ortalama puana (2,07), bekarlar ise en düşük ortalama puana (1,80) sahiptir. Bu sonuçlara göre evli bireylerin duygu durumu puanları bekar bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hastalık Düşüncesi: Hastalık düşüncesi puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur. ($F = 5,774$, $p = 0,017$). Bekar bireyler en yüksek ortalamaya (1,79), evliler ise en düşük ortalamaya (1,73) sahiptir. Bekar bireylerin hastalık düşüncesi puanları evli bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete envanteri puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 7,524$, $p = 0,007$). Evli bireyler en yüksek ortalamaya (2,02), bekarlar ise en düşük ortalamaya (1,79) sahiptir. Evli bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri bekarlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bireysel Çare Arama: Bireysel çare arama puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,004$, $p = 0,950$). Bekarlar en yüksek Ortalamaya (2,74), evliler ise en düşük ortalamaya (2,42) sahiptir. Ancak, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Kaçınma: Kaçınma puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,000$, $p = 0,983$) Evli bireyler en yüksek ortalamaya (2,51), bekarlar ise en düşük ortalamaya (2,37) sahiptir. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,144$, $p = 0,705$). Bekar bireyler en yüksek ortalamaya (2,86), evliler ise en düşük ortalamaya (2,70) sahiptir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 0,756$, $p = 0,007$). Bekarlar en yüksek ortalamaya (2,66), evliler ise en düşük ortalamaya (2,56) sahiptir. Bekar bireylerin sağlık hizmeti talebini ertelemeye davranışı oranı evli bireylere göre daha fazla bulunmuştur.

Tablo 5.6. Ölçek Düzeylerinin Aylık Gelir Düzeylerine Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Aylık Gelir Düzeyi		F	ANOVA	
		Ort.	SS		p	Fark
Duygu Durumu	İyi ⁽¹⁾	8,52	5,54	3,647	0,028*	1<3
	Orta ⁽²⁾	12,22	6,79			
	Kötü ⁽³⁾	12,69	7,27			
Hastalık Düşüncesi	İyi ⁽¹⁾	2,37	2,44	2,447	0,091	-
	Orta ⁽²⁾	3,47	2,45			
	Kötü ⁽³⁾	3,77	2,86			
Sağlık Anksiyete Envanter	İyi ⁽¹⁾	10,89	7,36	4,048	0,019*	1<3
	Orta ⁽²⁾	15,69	8,31			
	Kötü ⁽³⁾	16,46	9,20			
Bireysel Çare Arama	İyi ⁽¹⁾	8,11	2,94	0,373	0,689	-
	Orta ⁽²⁾	8,01	2,68			
	Kötü ⁽³⁾	8,69	2,56			
Kaçınma	İyi ⁽¹⁾	9,52	2,90	0,862	0,424	-
	Orta ⁽²⁾	9,78	3,32			
	Kötü ⁽³⁾	10,92	3,59			
Harekete Geçememe	İyi ⁽¹⁾	10,56	2,93	1,466	0,234	-
	Orta ⁽²⁾	11,46	2,92			
	Kötü ⁽³⁾	12,00	2,24			
Sağlık Hizmet Talep	İyi ⁽¹⁾	28,19	6,69	1,204	0,302	-
	Orta ⁽²⁾	29,25	6,55			
	Kötü ⁽³⁾	31,62	6,20			

* $p < 0,05$; $F = ANOVA$ Testi, $Fark = Tukey$ Testi

Tablo 5.6., ölçek düzeylerinin aylık gelir düzeylerine göre, farklılaşmış farklılaşmadığını inceleyen ANOVA testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Aylık gelir düzeyleri arasında duygu durumu puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3,647$, $p = 0,028$). Tukey testi sonuçlarına göre, “İyi” gelir düzeyine sahip bireyler (Ort. = 8,52) ile “Kötü” gelir düzeyine sahip bireyler (Ort.

= 12,69) arasında, anlamlı bir fark vardır. Bu sonuç, kötü gelir düzeyine sahip bireylerin gövde puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastalık Düşüncesi: Aylık gelir düzeylerine göre hastalık düşüncesi puanları arasında istatistiksel olarak, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 2,447$, $p = 0,091$). Fakat, iyi gelir düzeyine sahip bireylerin hastalık düşüncesi puanları daha düşük (Ort. = 2,37), kötü gelir düzeyine sahip bireylerin ise daha yüksek (Ort. = 3,77) olma eğilimindedir. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete envanteri puanları açısından, aylık gelir düzeyleri arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 4,048$, $p = 0,019$). Tukey testi sonuçlarına göre, “İyi” gelir düzeyine sahip bireyler (Ort. = 10,89) ile “Kötü” gelir düzeyine sahip bireyler (Ort. = 16,46) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu sonuç, kötü gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bireysel Çare Arama: Aylık gelir düzeylerine göre, bireysel çare arama puanları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,373$, $p = 0,689$). Gelir düzeylerine göre ortalama puanlar arasında büyük bir fark olmadığı gözlemlenmiştir.

Kaçınma: Kaçınma puanları açısından, gelir düzeyleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,862$, $p = 0,424$). Ancak, kötü gelir düzeyine sahip bireylerin kaçınma puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Ort. = 10,92), fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları açısından, gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,466$, $p = 0,234$). Kötü gelir düzeyine sahip bireylerin harekete geçememe puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Ort. = 12,00), ancak bu fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları açısından, gelir düzeyleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,204$, $p = 0,302$). Kötü gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık hizmet talep puanlarının diğer gruplara göre, daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Ort. = 31,62), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç olarak, **Duygu Durumu** ve **sağlık anksiyete envanteri** puanları açısından, aylık gelir düzeyleri arasında, anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle kötü gelir düzeyine sahip bireyler, duygu durumu ve sağlık kaygısı düzeylerinde daha yüksek puanlar almıştır. Diğer ölçeklerde ise gelir düzeylerine göre anlamlı farklar bulunmamıştır.

Tablo 5.7. Ölçek Düzeylerinin Sosyal Güvence Varlık Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Sağlık Güvencesi				t testi	
	Var		Yok		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Duygu Durumu	11,32	6,72	12,57	6,81	-1,126	0,262
Hastalık Düşüncesi	3,18	2,52	3,66	2,45	-1,163	0,246
Sağlık Anksiyete Envanter	14,50	8,53	16,23	7,96	-1,256	0,211
Bireysel Çare Arama	7,97	2,71	8,34	2,70	-0,838	0,403
Kaçınma	9,51	3,28	10,55	3,17	-1,942	0,044*
Harekete Geçememe	11,19	2,79	11,77	3,09	-1,232	0,221
Sağlık Hizmet Talep	28,67	6,53	30,66	6,48	-1,863	0,064

* $p < 0,05$; $t = \text{bağımsız örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 5.7., ölçek düzeylerinin sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını inceleyen bağımsız örneklem t testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Sağlık güvencesi olan bireylerin duygu durumu puan ortalaması 11,32 (SS = 6,72), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 12,57 (SS = 6,81) olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi sonucunda, gövde puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1,126$, $p = 0,262$). Bu, sağlık güvencesine sahip olma durumunun duygu durumu puanları üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Hastalık Düşüncesi: Sağlık güvencesi olan bireylerin Hastalık düşüncesi puan ortalaması 3,18 (SS = 2,52), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 3,66 (SS = 2,45) olarak hesaplanmıştır. T testi sonucunda, hastalık düşüncesi puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1,163$, $p = 0,246$). Sağlık güvencesi varlık durumu hastalık düşüncesi puanlarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık güvencesi olan bireylerin sağlık anksiyete envanteri puan ortalaması 14,50 (SS = 8,53), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 16,23 (SS = 7,96) olarak belirlenmiştir. T testi sonucunda, sağlık anksiyete puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1,256$, $p = 0,211$). Sağlık güvencesine sahip olma durumu sağlık kaygısı düzeyini anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Bireysel Çare Arama: Sağlık güvencesi olan bireylerin bireysel çare arama puan ortalaması 7,97 (SS = 2,71), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 8,34 (SS = 2,70) olarak hesaplanmıştır. T testi sonucunda, bireysel çare arama puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,838$, $p = 0,403$). Bu da sağlık güvencesi varlık durumunun bireysel çare arama düzeyine anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kaçınma: Sağlık güvencesi olan bireylerin kaçınma puan ortalaması 9,51 (SS = 3,28), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 10,55 (SS = 3,17) olarak bulunmuştur. T testi sonucunda, kaçınma puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = -1,942$, $p = 0,044$). Bu sonuç, sağlık güvencesi olmayan bireylerin kaçınma puanlarının, sağlık güvencesi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Harekete Geçememe: Sağlık güvencesi olan bireylerin harekete Geçememe puan ortalaması 11,19 (SS = 2,79), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 11,77 (SS = 3,09) olarak belirlenmiştir. T testi sonucunda, harekete geçememe puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -1,232$, $p = 0,221$). Sağlık güvencesine sahip olma durumu harekete geçememe düzeyini anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık güvencesi olan bireylerin sağlık hizmet talebi puan ortalaması 28,67 (SS = 6,53), sağlık güvencesi olmayan bireylerin ise 30,66 (SS = 6,48) olarak bulunmuştur. T testi sonucunda, sağlık hizmet talebi puanları açısından fark sınırdadır. Anlamlılık göstermemektedir ($t = -1,863$, $p = 0,064$). Fakat bu fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç olarak, **kaçınma** puanları sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Sağlık güvencesi olmayan bireylerin kaçınma puanları, sağlık güvencesi olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer ölçekler açısından sağlık güvencesine sahip olma durumunun anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 5.8. Ölçek Düzeylerinin Tercih Edilen Hastane Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Tercih Edilen Hastane		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
Duygu Durumu	Devlet Hast. ⁽¹⁾	11,33	6,75	0,255	0,776	-
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	12,02	6,75			
	Özel Hast. ⁽³⁾	12,10	6,89			
Hastalık Düşüncesi	Devlet Hast. ⁽¹⁾	3,24	2,62	0,285	0,753	-
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	3,26	2,31			
	Özel Hast. ⁽³⁾	3,59	2,50			
Sağlık Anksiyete Envanter	Devlet Hast. ⁽¹⁾	14,58	8,49	0,273	0,761	-
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	15,28	8,27			
	Özel Hast. ⁽³⁾	15,68	8,40			
Bireysel Çare Arama	Devlet Hast. ⁽¹⁾	8,02	2,83	0,779	0,461	-
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	7,81	2,38			
	Özel Hast. ⁽³⁾	8,51	2,78			
Kaçınma	Devlet Hast. ⁽¹⁾	10,48	3,17	3,817	0,024*	1>2
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	9,06	3,25			
	Özel Hast. ⁽³⁾	9,24	3,31			
Harekete Geçememe	Devlet Hast. ⁽¹⁾	11,62	3,05	3,069	0,049*	1>2
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	10,49	2,05			
	Özel Hast. ⁽³⁾	11,80	3,17			
Sağlık Hizmet Talep	Devlet Hast. ⁽¹⁾	30,12	7,01	2,849	0,041*	1>2
	Üni. Ve Araştırma Hast. ⁽²⁾	27,36	5,68			
	Özel Hast. ⁽³⁾	29,56	6,16			

* $p < 0,05$; $F = ANOVA$ Testi, $Fark = Tukey$ Testi

Tablo 5.8, ölçek düzeylerinin tercih edilen hastane türlerine göre farklılaşmış olduğunu inceleyen ANOVA testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Tercih edilen hastane türleri arasında duygu durumu puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,255$, $p = 0,776$). Devlet hastanelerini tercih edenlerin ortalaması 11,33, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenlerin

12,02, özel hastaneleri tercih edenlerin ise 12,10'dur. Fakat bu farklar istatistiksel olarakda anlamlı değildir.

Hastalık Düşüncesi: Hastalık düşüncesi puanları açısından tercih edilen hastane türleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,285$, $p = 0,753$). Devlet hastanelerini tercih edenler ortalama 3,24, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenler 3,26, özel hastaneleri tercih edenler ise 3,59 puan almışlardır. Ancak bu farklar anlamlı değildir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete envanteri puanları açısından tercih edilen hastane türleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,273$, $p = 0,761$). Devlet hastanelerini tercih edenlerin ortalama puanı 14,58, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenlerin 15,28, özel hastaneleri tercih edenlerin ise 15,68'dir. Bu farklar istatistiksel olarakda anlamlı değildir.

Bireysel Çare Arama: Bireysel çare arama puanları açısından tercih edilen hastane türleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,779$, $p = 0,461$). Devlet hastanelerini tercih edenlerin ortalama puanı 8,02, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenlerin 7,81, özel hastaneleri tercih edenlerin ise 8,51'dir. Bu farklar, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Kaçınma: Kaçınma puanları açısından tercih edilen hastane türleri arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3,817$, $p = 0,024$). Tukey testi sonuçlarına göre, devlet hastanelerini tercih edenler (Ort. = 10,48) ile üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenler (Ort. = 9,06) arasında anlamlı bir fark vardır. Devlet hastanelerini tercih eden bireyler, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih eden bireylere göre kaçınma puanlarında daha yüksek değerler göstermiştir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları açısından tercih edilen hastane türleri arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3,069$, $p = 0,049$). Tukey testi sonuçlarına göre, devlet hastanelerini tercih edenler (Ort. = 11,62) ile üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenler (Ort. = 10,49) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Devlet hastanelerini tercih eden bireyler, harekete geçememe puanlarında, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih eden bireylere göre daha yüksek puanlar almıştır.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları açısından, tercih edilen hastane türleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 2,849$, $p = 0,041$). Devlet hastanelerini tercih eden bireylerin ortalama puanı 30,12, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih edenlerin ortalaması 27,36'dır. Bu iki grup arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur. Devlet hastanelerini tercih eden bireyler, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih eden bireylere göre, daha yüksek sağlık hizmet talebi puanlarına sahiptir.

Sonuç olarak, **kaçınma**, **harekete geçememe** ve **sağlık hizmet talebi** ölçekleri açısından tercih edilen hastane türlerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Devlet

hastanelerini tercih eden bireyler, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih eden kişilere göre daha Yüksek kaçınma, harekete geçememe ve sağlık hizmet talebi puanlarına sahiptir. Diğer ölçeklerde ise anlamlı farklar bulunmamıştır.

Tablo 5.9. Ölçek Düzeylerinin Son Yıl Hastane Ziyaret Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Son 1 Yıl Sağlık Kuruluşu Başvuru Sayısı		ANOVA			
		Ort.	SS	F	p	Fark	
Duygu Durumu	1 Kez ⁽¹⁾	10,56	7,82	2,175	0,092	-	
	2-4 Kez ⁽²⁾	11,23	6,71				
	5-10 Kez ⁽³⁾	12,98	5,24				
	11 Kez + ⁽⁴⁾	17,00	7,97				
Hastalık Düşüncesi	1 Kez ⁽¹⁾	2,16	2,02	5,812	0,001*	1<2	
	2-4 Kez ⁽²⁾	3,69	2,32			1<3	
	5-10 Kez ⁽³⁾	3,49	2,77			1<4	
Sağlık Anksiyete Envanter	1 Kez ⁽¹⁾	5,80	3,27	3,094	0,028*	1<4	
	2-4 Kez ⁽²⁾	12,72	9,18				
	5-10 Kez ⁽³⁾	14,92	8,07				
	11 Kez + ⁽⁴⁾	16,47	7,34				
Bireysel Çare Arama	1 Kez ⁽¹⁾	22,80	10,47	0,702	0,552	-	
	2-4 Kez ⁽²⁾	8,35	2,82				
	5-10 Kez ⁽³⁾	8,12	2,59				
	11 Kez + ⁽⁴⁾	7,91	2,78				
Kaçınma	1 Kez ⁽¹⁾	6,60	3,21	1,561	0,201	-	
	2-4 Kez ⁽²⁾	10,51	2,97				
	5-10 Kez ⁽³⁾	9,90	3,15				
Harekete Geçememe	5-10 Kez ⁽³⁾	9,19	3,69	0,233	0,873	-	
	11 Kez + ⁽⁴⁾	8,40	3,21				
	1 Kez ⁽¹⁾	11,47	4,04				
	2-4 Kez ⁽²⁾	11,19	2,41				
Sağlık Hizmet Talep	5-10 Kez ⁽³⁾	11,51	2,54	0,725	0,538	-	
	11 Kez + ⁽⁴⁾	12,00	1,22				
	1 Kez ⁽¹⁾	30,33	7,48				
	2-4 Kez ⁽²⁾	29,22	6,23				
		5-10 Kez ⁽³⁾	28,62	6,50			
		11 Kez + ⁽⁴⁾	27,00	3,39			

* $p < 0,05$; $F = ANOVA$ Testi, $Fark = Tukey$ Testi

Tablo 5.9., ölçek düzeylerinin son bir yıl içerisindeki hastane ziyaret sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen ANOVA testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Son bir yıl içinde yapılan hastane ziyaret sayısına göre Duygu durumu puanları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 2,175$, $p = 0,092$). Ancak 11 kez ve daha fazla hastane ziyareti yapanların duygu durumu puan ortalaması (17,00), diğer gruplara göre daha yüksek görünmektedir. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, artan ziyaret sayısı ile gövde puanlarının yükselme eğilimi olduğu gözlemlenmektedir.

Hastalık Düşüncesi: Hastalık düşüncesi puanları açısından hastane Ziyaret sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 5,812$, $p = 0,001$). Tukey testi sonuçlarına göre, bir kez hastaneye başvuran bireylerin (Ort. = 2,16) ek puanları, 2-4 kez

(Ort. = 3,69), 5-10 kez (Ort. = 3,49) ve 11 kez ve üzeri başvuran bireyler (Ort. = 5,80) ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha düşüktür. Bu sonuç, daha fazla hastane ziyaret eden bireylerin hastalık düşüncesi puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete puanları açısından, hastane ziyaret sayıları arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3,094$, $p = 0,028$). Bir kez hastaneye başvuran bireylerin (Ort. = 12,72) sağlık anksiyete puanları, 11 kez ve üzeri başvuran bireylerle (Ort. = 22,80) karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha düşüktür. Bu sonuç, daha fazla hastane ziyareti yapan bireylerin sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bireysel Çare Arama: Bireysel çare arama puanları açısından hastane ziyaret sayıları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,702$, $p = 0,552$). Farklı hastane ziyaret sayılarına göre ortalamalar birbirine yakın olup, bireysel çare arama düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Kaçınma: Kaçınma puanları açısından hastane ziyaret sayıları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,561$, $p = 0,201$). Fakat 1 kez hastane ziyareti yapanların kaçınma puanları (Ort. = 10,51), diğer gruplara göre biraz daha yüksek görünmektedir, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları açısından hastane ziyaret sayıları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,233$, $p = 0,873$). Ziyaret sayısına göre puanlar arasında büyük bir fark olmadığı gözlemlenmiştir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları açısından hastane ziyaret sayıları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,725$, $p = 0,538$). Hastane ziyareti sayısına göre puanlar arasında belirgin bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Sonuç olarak, **Hastalık Düşüncesi** ve **sağlık anksiyete envanteri** ölçekleri açısından hastane ziyaret sayısına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Daha sık hastaneye başvuran bireyler, bu iki ölçekte daha yüksek puanlar almıştır. Diğer ölçeklerde ise hastane ziyaret sayısına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır

Tablo 5.10. Ölçek Düzeylerinin Yaşanılan Bölgelere Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Yaşanılan Bölge		ANOVA		Fark
		Ort.	SS	F	p	
Duygu Durumu	İl ⁽¹⁾	11,88	6,98	1,415	0,246	-
	İlçe ⁽²⁾	10,55	5,73			
	Köy ⁽³⁾	14,63	7,60			
Hastalık Düşüncesi	İl ⁽¹⁾	3,30	2,62	0,307	0,736	-
	İlçe ⁽²⁾	3,26	2,18			
	Köy ⁽³⁾	4,00	2,33			
Sağlık Anksiyete Envanter	İl ⁽¹⁾	15,19	8,75	1,207	0,302	-
	İlçe ⁽²⁾	13,81	7,07			
	Köy ⁽³⁾	18,63	8,35			
Bireysel Çare Arama	İl ⁽¹⁾	7,95	2,71	0,572	0,562	-
	İlçe ⁽²⁾	8,38	2,73			
	Köy ⁽³⁾	8,63	2,67			
Kaçınma	İl ⁽¹⁾	9,92	3,33	0,604	0,548	-
	İlçe ⁽²⁾	9,74	3,22			
	Köy ⁽³⁾	8,63	2,72			
Harekete Geçememe	İl ⁽¹⁾	11,14	2,88	2,221	0,112	-
	İlçe ⁽²⁾	12,17	2,75			
	Köy ⁽³⁾	10,75	3,20			
Sağlık Hizmet Talep	İl ⁽¹⁾	29,01	6,58	0,754	0,472	-
	İlçe ⁽²⁾	30,29	6,60			
	Köy ⁽³⁾	28,00	6,16			

* $p < 0,05$; $F = ANOVA$ Testi, $Fark = Tukey$ Testi

Tablo 5.10., ölçek düzeylerinin yaşanılan bölgelere göre farklılaşp farklılaşmadığını inceleyen ANOVA testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Yaşanılan bölgelere göre duygu durumu puanları arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,415$, $p = 0,246$). Köyde yaşayan bireylerin ortalaması (14,63), ilde yaşayanlara göre daha yüksek olsa da bu fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Hastalık Düşüncesi: Hastalık düşüncesi puanları açısından yaşanılan bölgeye göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,307$, $p = 0,736$). Köyde yaşayan bireylerin Ortalaması (4,00), il ve ilçede yaşayan bireylerden daha yüksek görünse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete envanteri puanları açısından, yaşanılan bölgeye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,207$, $p = 0,302$). Köyde yaşayan bireylerin sağlık anksiyete puanları (18,63), il ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Bireysel Çare Arama: Bireysel çare arama puanları açısından yaşanılan bölgeye göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,572$, $p = 0,562$). Köyde yaşayan bireylerin ortalaması (8,63) diğer bölgelere göre daha yüksek olmasına rağmen, bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Kaçınma: Kaçınma puanları açısından yaşanılan bölgeye göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,604$, $p = 0,548$). İl ve ilçe düzeyinde yaşayan bireyler benzer

Kaçınma puanlarına sahip olup, köyde yaşayan bireylerin puanları biraz daha düşük (8,63) olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları açısından yaşanan bölgeye göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 2,221$, $p = 0,112$). İlçede yaşayan bireylerin puanları (12,17) il ve köyde yaşayanlara göre, daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları açısından yaşanan bölgeye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,754$, $p = 0,472$). İlçede yaşayan bireylerin ortalaması (30,29), il ve köyde yaşayanlara göre, daha yüksek olmasına rağmen bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Sonuç olarak, **Duygu Durumu, Hastalık Düşüncesi, sağlık anksiyete envanteri, bireysel çare arama, kaçınma, harekete geçememe ve sağlık hizmet talebi** ölçekleri açısından yaşanan bölgeye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşanılan bölgeye göre ölçek puanları arasında farklılıklar gözlemlense de bu farklar istatistiksel olarak, anlamlı değildir.

Tablo 5.11. Ölçek Düzeylerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Kronik Hastalık Durumu		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
Duygu Durumu	Evet ⁽¹⁾	15,68	6,85	6,435	0,002*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	10,82	6,47			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	14,29	6,99			
Hastalık Düşüncesi	Evet ⁽¹⁾	4,05	2,55	1,258	0,287	-
	Hayır ⁽²⁾	3,18	2,49			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	3,64	2,53			
Sağlık Anksiyete Envanter	Evet ⁽¹⁾	19,73	9,02	5,649	0,004*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	14,00	8,02			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	17,93	8,33			
Bireysel Çare Arama	Evet ⁽¹⁾	7,91	2,74	0,631	0,533	-
	Hayır ⁽²⁾	8,18	2,76			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	7,36	2,02			
Kaçınma	Evet ⁽¹⁾	8,27	4,18	3,672	0,027*	1<3
	Hayır ⁽²⁾	9,94	3,06			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	11,07	3,20			
Harekete Geçememe	Evet ⁽¹⁾	11,32	2,34	0,287	0,751	-
	Hayır ⁽²⁾	11,32	3,05			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	11,93	1,77			
Sağlık Hizmet Talep	Evet ⁽¹⁾	27,50	6,95	1,036	0,357	-
	Hayır ⁽²⁾	29,43	6,61			
	Bilmiyorum ⁽³⁾	30,36	5,18			

* $p < 0,05$; $F = ANOVA$ Testi, $Fark = Tukey$ Testi

Tablo 5.11., ölçek düzeylerinin kronik hastalık durumlarına göre farklılaşmış farklılaşmadığını inceleyen ANOVA testi sonuçlarını göstermektedir.

Duygu Durumu: Kronik hastalık durumuna göre, duygu durumu puanları arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 6,435$, $p = 0,002$). Tukey testi sonuçlarına

göre, kronik hastalığı olan bireylerin (Ort. = 15,68) gövde puanları, kronik hastalığı olmayan bireylerin (Ort. = 10,82) puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca, hastalığını Bilmeyen bireylerin ortalaması da (14,29) görece yüksek olsa da sadece kronik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastalık Düşüncesi: Hastalık düşüncesi puanları açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,258$, $p = 0,287$). Kronik hastalığı olan bireylerin ortalaması (4,05) en yüksek, hastalığı olmayanların (3,18) ise en düşük olmasına rağmen bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık Anksiyete Envanteri: Sağlık anksiyete puanları açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 5,649$, $p = 0,004$). Tukey testi sonuçlarına göre, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık anksiyete puanları (Ort. = 19,73), kronik hastalığı olmayan bireylere göre (Ort. = 14,00) anlamlı derecede daha yüksektir. Hastalığını bilmeyen bireylerin ortalaması (17,93) da yüksektir, ancak anlamlı fark sadece hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında bulunmaktadır.

Bireysel Çare Arama: Bireysel çare arama puanları açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,631$, $p = 0,533$). Kronik hastalığı olan bireylerin ortalaması (7,91), olmayanlara (8,18) göre biraz daha düşük olsa da fark anlamlı değildir.

Kaçınma: Kaçınma puanları açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3,672$, $p = 0,027$). Tukey testi sonuçlarına göre, kronik hastalığı olan bireylerin kaçınma puanları (Ort. = 8,27), hastalığını bilmeyen bireylerin kaçınma puanlarına (Ort. = 11,07) göre anlamlı derecede daha düşüktür. Bu bulgu, hastalığını bilmeyen bireylerin daha yüksek kaçınma puanlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Harekete Geçememe: Harekete geçememe puanları açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0,287$, $p = 0,751$). Gruplar arasında çok büyük bir fark olmadığı gözlemlenmiştir.

Sağlık Hizmet Talep: Sağlık hizmet talebi puanları açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,036$, $p = 0,357$). Kronik hastalığı olan bireylerin ortalaması (27,50), olmayanların (29,43) ve hastalığını bilmeyenlerin (30,36) puanlarına göre daha düşüktür, ancak bu fark anlamlı değildir.

Sonuç olarak, **Duygu Durumu**, **sağlık anksiyete envanteri** ve **kaçınma** ölçekleri açısından kronik hastalık durumuna göre, anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireyler, Duygu Durumu ve sağlık anksiyete puanlarında daha yüksek sonuçlar alırken, kaçınma puanları hastalığını bilmeyen bireylere göre daha düşüktür. Diğer ölçeklerde ise kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 5.12. Ölçek Düzeyleri Arası İlişki

Değişken	İstatistik	Duygu Durumu	Hastalık Düşüncesi	Sağlık Anksiyete Envanter
Bireysel Çare Arama	R	0,106	,304**	,176**
	P	0,158	0,001*	0,018*
	N	178	178	178
Kaçınma	R	0,125	,231**	,170**
	P	0,096	0,002*	0,024*
	N	178	178	178
Harekete Geçememe	R	,188**	,244**	,224**
	P	0,012*	0,001*	0,003*
	N	178	178	178
Sağlık Hizmet Talep	R	,189**	,348**	,256**
	P	0,012*	0,001*	0,001*
	N	178	178	178

* $p < 0,05$; ***Korelasyon Katsayısı*

Tablo 5.12., ölçek düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayılarını ve bu ilişkilerin anlamlılık düzeylerini sunmaktadır.

Bireysel Çare Arama: Duygu durumu ile pozitif yönde ancak zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($r = 0,106$, $p = 0,158$). Hastalık düşüncesi ile orta düzeyde (0,30-0,70) anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,304$, $p = 0,001$). Hastalık düşüncesi puanları arttıkça bireysel çare arama düzeyi de artmaktadır. Sağlık anksiyete envanteri ile zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı, pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,176$, $p = 0,018$). Sağlık anksiyetesi arttıkça bireysel çare arama düzeyi de artmaktadır.

Kaçınma: duygu durumu ile pozitif yönde ancak zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($r = 0,125$, $p = 0,096$). Hastalık düşüncesi ile zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,231$, $p = 0,002$). Hastalık düşüncesi puanları arttıkça kaçınma davranışı da artmaktadır. Sağlık anksiyete envanteri ile zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,170$, $p = 0,024$). Sağlık kaygısı arttıkça kaçınma düzeyi de artmaktadır.

Harekete Geçememe: Duygu durumu ile zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır ($r = 0,188$, $p = 0,012$). Duygu durumu puanları arttıkça harekete geçememe düzeyi de artmaktadır.

Hastalık düşüncesi ile anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,244$, $p = 0,001$). Hastalık düşüncesi puanları arttıkça harekete geçememe düzeyi de artmaktadır. Sağlık anksiyete envanteri ile anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,224$, $p = 0,003$). Sağlık kaygısı arttıkça harekete geçememe düzeyi de artmaktadır.

Sağlık Hizmet Talep: Duygu durumu ile zayıf düzeyde (0,01-0,29) anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,189$, $p = 0,012$). Duygu durumu puanları arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır. Hastalık düşüncesi ile orta düzeyde (0,30-0,70) anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,348$, $p = 0,001$). Hastalık Düşüncesi puanları arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır. Sağlık anksiyete envanteri ile zayıf

düzeyde (0,01-0,29 anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,256$, $p = 0,001$). Sağlık kaygısı arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır.

Duygu Durumu, Hastalık düşüncesi ve Sağlık Anksiyete Envanteri ölçeklerinin diğer değişkenlerle olan ilişkilerinde bazı anlamlı pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Özellikle **hastalık Düşüncesi** ölçeği, bireysel çare arama, kaçınma, harekete geçememe ve sağlık hizmet talebi ile güçlü anlamlı ilişkilere sahiptir. **Sağlık Anksiyete Envanteri** ise, tüm değişkenlerle anlamlı pozitif ilişkilere sahiptir, yani sağlık kaygısı arttıkça diğer ölçeklerdeki puanlar da artmaktadır.

Tablo 5.13. Duygu Durumu Düzeyi, Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi

Değişken	B	Sh	Beta	t	p	R2	F	p
Sabit	27,119	0,970		27,969	0,000			
Duygu Durumu	0,183	0,072	0,189	2,553	0,012	0,036	6,521	0,012*

Bağımlı Değişken: Sağlık Hizmet Talebi erteleme Davranışı

Regresyon analizi sonuçlarına göre, modelin sağlık hizmet talebini anlamlı şekilde açıkladığı görülmektedir ($F = 6,521$, $p = 0,012$), ancak açıklayıcılığı düşük olup ($R^2 = 0,036$), değişken sağlık hizmet talebindeki varyansın %3,6'sını açıklamaktadır. Duygu durumu değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = 0,183$, $\beta = 0,189$, $t = 2,553$, $p = 0,012$), bu da Duygu Durumu değişkeninin sağlık hizmet talebi üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.14. Hastalık Düşüncesi Düzeyinin, Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi

Değişken	B	Sh	Beta	t	P	R2	F	p
Sabit	26,228	0,770		34,055	0,000			
Hastalık Düşüncesi	0,913	0,185	0,348	4,928	0,000	0,121	24,281	0,001*

Bağımlı Değişken: Sağlık Hizmet Talebi Erteleme Davranışı

Regresyon analizi sonuçlarına göre model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F = 24,281$, $p = 0,001$) ve bağımsız değişken sağlık hizmet talebindeki varyansın %12,1'ini açıklamaktadır ($R^2 = 0,121$). Hastalık düşüncesi değişkeninin sağlık hizmet talebi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($B = 0,913$, $\beta = 0,348$, $t = 4,928$, $p < 0,001$), bu da hastalık düşüncesi değişkeninin sağlık hizmet talebini artırdığını göstermektedir.

Tablo 5.15. Sağlık Anksiyetesi Düzeyinin, Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi

Değişken	B	Sh	Beta	t	p	R2	F	p
Sabit	26,252	0,980		26,792	0,000			
Sağlık Anksiyete	0,201	0,057	0,256	3,517	0,001	0,066	12,371	0,001*

Bağımlı Değişken: Sağlık Hizmet Talebi Erteleme Davranışı

Regresyon analizi sonuçlarına göre, model sağlık hizmet talebini anlamlı şekilde açıklamaktadır ($F = 12,371$, $p = 0,001$) ve varyansın %6,6'sını açıklamaktadır ($R^2 = 0,066$). Sağlık Anksiyete değişkeni, sağlık hizmet talebi üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ($B = 0,201$, $\beta = 0,256$, $t = 3,517$, $p = 0,001$), bu da sağlık kaygısının artmasının sağlık hizmet talebini artırdığını göstermektedir.

Tablo 5.16. Hipotezlerin Kabul/Red Durumları

No	Hipotez	Kabul/Red
H1	Sağlık kaygısı sosyodemografik bilgilere göre farklılık gösterir.	Kabul
H1a	Katılımcıların sağlık kaygısı cinsiyete göre farklılık gösterir.	Kabul
H1b	Katılımcıların sağlık kaygısı yaşa göre farklılık gösterir.	Red
H1c	Katılımcıların sağlık kaygısı yaşadıkları bölgeye göre farklılık gösterir	Red
H1d	Katılımcıların sağlık kaygısı aylık gelirlerine göre farklılık gösterir.	Kabul
H1e	Katılımcıların sağlık kaygısı sağlık güvencesine göre farklılık gösterir.	Red
H1f	Katılımcıların sağlık kaygısı kronik hastalığın var olup olmama durumuna göre farklılık gösterir.	Kabul
H1	Katılımcıların sağlık kaygısı öğrenim durumuna göre farklılık gösterir.	Red
H2	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı cinsiyete göre farklılık gösterir.	Red
H2a	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kaçınma cinsiyetlerine göre farklılık gösterir.	Red
H2b	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Harekete geçememe cinsiyetlerine göre farklılık gösterir.	Red
H2c	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kendi Kendine çare arama cinsiyetlerine göre farklılık gösterir.	Red
H3	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı yaşa göre farklılık gösterir.	Red
H3a	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kaçınma yaşa göre farklılık gösterir.	Red
H3b	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Harekete geçememe yaşa göre farklılık gösterir	Red
H3c	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kendi kendine çare arama yaşa göre farklılık gösterir.	Red
H4	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı yaşadıkları bölgeye göre farklılık gösterir.	Red
H4a	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kaçınma yaşadıkları bölgeye göre farklılık gösterir.	Red
H4b	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Harekete geçememe yaşadıkları bölgeye göre farklılık gösterir.	Red
H4c	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan kendi Kendine çare arama yaşadıkları bölgeye göre farklılık gösterir.	Red
H5	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı aylık gelirlerine göre farklılık gösterir.	Red
H5a	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kaçınma aylık gelirlerine göre farklılık gösterir.	Red
H5b	Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan	Red

Harekete geçememe aylık gelirlerine göre farklılık gösterir	
H5c Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kendi kendine çare arama aylık gelirlerine göre farklılık gösterir.	Red
H6 Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı sağlık Güvencesine göre farklılık gösterir.	Red
H6a Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan Kaçınma düzeyi sağlık güvencesine göre farklılık gösterir.	Kabul
H6b Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan harekete geçememe sağlık güvencesine göre farklılık gösterir.	Red
H6c Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu olan Kendi kendine çare arama sağlık güvencesine göre farklılık gösterir.	Red
H7 Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı öğrenim Durumuna göre farklılık gösterir.	Red
H7a Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan kaçınma öğrenim durumuna göre farklılık gösterir.	Red
H7b Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan harekete geçememe öğrenim durumuna göre farklılık gösterir.	Red
H7c Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan kendi kendine çare arama öğrenim durumuna göre farklılık gösterir.	Red
H8 Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı tercih edilen Hastane türüne göre farklılık gösterir.	Red
H8a Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan kaçınma tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.	Kabul
H8b Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan harekete geçememe tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.	Red
H8c Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan kendi kendine çare arama tercih edilen hastane türüne göre farklılık gösterir.	Red
H9 Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı kronik hastalığa Göre farklılık gösterir.	Red
H9a Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan kaçınma kronik hastalık varlığına göre farklılık gösterir.	Kabul
H9b Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan harekete geçememe kronik hastalık varlığına göre farklılık gösterir.	Red
H9c Katılımcıların sağlık hizmeti talebi erteleme ölçeğinin alt boyutu Olan kendi kendine çare arama kronik hastalık varlığına göre farklılık gösterir.	Red
Sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebini ertelemeye etkisi vardır.	Kabul
H10 Sağlık kaygısı ile sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı Arasında ilişki vardır.	Kabul
H11 Sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebini ertelemeye etkisi vardır.	Kabul

6. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı, kronik hastalığı olan kişilerin sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisini araştırmaktır. Bu değişkenlerin birbirleriyle ve farklı demografik faktörlerle olan ilişkilerinin incelenmesi, araştırmanın bir diğer amacıdır. Çalışmanın bu kısmında ise elde edilen bulgulardan hareketle elde edilen bulguların ilgili literatür ile karşılaştırılması ve sonuçların değerlendirilmesi sürecini kapsamaktadır.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri Ölçeği Bulgularının Sonuç ve Tartışması

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık anksiyete envanteri puanları ($t = 2,441$, $p = 0,016$) ve alt boyutu olan duygu durumu ($t = 2,529$, $p = 0,012$) cinsiyete göre, istatistiksel olarak, anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre kadınların sağlık kaygısı düzeyleri erkeklere göre, anlamlı derecede yüksektir. Bu alanda yapılan mevcut araştırmalarda, bulgularımızla tutarlı olarak kadınların sağlık kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Ekiz vd., 2020,151). Bir başka çalışmada cinsiyet faktörü, kaygı ve sağlık kaygısı üzerinde değerlendirildiğinde, kadınların anksiyete ve sağlık kaygısı skorlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Kuzgun, 2024, 19). Bir başka çalışmada sağlık kaygısının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kayan, 2023, 23). Yapılan araştırmalar göz önüne alındığında mevcut araştırma bulgularının desteklendiği görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri puanları ($F = 1,081$, $p = 0,368$) ve alt boyutlarında yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. 37-45 yaş grubu en yüksek ortalama puana sahipken (19,63), en düşük puan 17-20 yaş grubunda (13,59) gözlemlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonucu destekler nitelikte olan bir çalışmada şimşekoğlu ve mayda (2016) yaşa göre sağlık anksiyetesinin ölçek Puan ortalamaları, istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, hiçbir ölçek arasında, anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Benzer sonuçlarda olan bir başka çalışmada sağlık kaygısı ile yaş faktörü arasında, anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir (Kuzgun, 2024,19). Yapılan araştırmalar göz önüne alındığında mevcut araştırma bulgularının desteklendiği görülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık anksiyetesi envanteri puanları ($F = 1,353$, $p = 0,259$) ve alt boyutlarında öğrenim düzeylerine göre, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İlkokul/ortaokul mezunları en yüksek ortalama puana (20,83), yüksek lisans mezunları ise en düşük puana (12,36) sahiptir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgularımızla tutarlılık gösteren bir başka çalışmada eğitim durumu ile sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki görülmemiştir (Kuzgun, 2024,19). Bir

başka çalışmada bireylerin eğitim düzeyleri ile sağlık kaygısı arasında, bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Kalmaz, 2022, 76). Yapılan araştırmalar göz önüne alındığında mevcut araştırma bulgularının desteklendiği görülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık anksiyetesi envanteri puanları ve alt boyutlarına bakıldığında Sağlık anksiyete envanteri puanları açısından, medeni durum grupları arasında, anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli bireylerin duygu durumu puanları bekar bireylere göre yüksek bulunmuştur. Bekar bireylerin hastalık düşüncesi puanları evli bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Evli bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri bekar bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bulgularımızda tutarlı olmayan bir başka araştırmada bireylerin medeni durumun sağlık kaygısı üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (Kalmaz, 2022,76).

Araştırmaya katılım sağlayan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri ölçeği ($F = 4,048$, $p = 0,019$). Ve alt boyutu olan duygu durumu ($F = 3,647$, $p = 0,028$) düzeylerinde gelir durumlarına göre anlamlı farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılık seviyelerini ölçmek amacı ile yapılan tukey çoklu karşılaştırma testine göre “İyi” gelir düzeyine sahip bireyler (Ort. = 10,89) ile “düşük” gelir düzeyine sahip bireyler (Ort. = 16,46) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu sonuca göre düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri daha yüksektir. Bulgularımızda tutarlı olan bir başka çalışmada algılanan stres ile bireyin gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Kara, 2021, 46).

Araştırmaya katılım sağlayan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri ölçeği ($t = -1,256$, $p = 0,211$) ve alt boyutlarında sağlık güvencesi varlığına göre sağlık anksiyete puanları açısından, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağlık güvencesine sahip olma durumu sağlık kaygısı düzeyini anlamlı bir şekilde etkilememektedir.

Çalışmaya katılan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri ölçek puanlarında tercih edilen hastane türlerine göre, anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bulgularımızla tutarlı olmayan bir başka çalışmada başvuru yapılan hastanelerin basamağının sağlık kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran bireylerin sağlık kaygısının üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuranlara kıyasla daha düşük seviyelerde tespit edilmiştir (Aktürk Oğulluk, 2019,38).

Araştırmaya katılım sağlayan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri ölçeği ($F = 3,094$, $p = 0,028$) ile alt boyutu olan hastalık düşüncesi ($F = 5,812$, $p = 0,001$) düzeylerinde hastane ziyaret sayısına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Daha fazla hastane ziyareti yapan bireylerin sağlık kaygısı düzeyleri daha yüksektir.

Bulgularımızla tutarlı olan bir başka çalışmada son 1 yıl içerisinde sağlık kuruluşlarına 2 veya daha az başvuru yapanlar, 6 ve üstü başvurusu bulunan kişilere göre daha az sağlık anksiyetesi ölçeği puanına sahip (Arslan, 2024,36).

Araştırmaya katılım sağlayan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri ölçeği ve alt boyutları puanlarında yaşanan bölgelere göre anlamlı bir farklılık görülemediği.

Köyde yaşayan bireylerin sağlık anksiyete puanları (18,63), il ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırmaya katılım sağlayan hastaların sağlık anksiyetesi envanteri ölçeği ($F = 5,649$, $p = 0,004$) ve alt boyutu olan duygu durumu ($F = 6,435$, $p = 0,002$) düzeylerinde kronik hastalık durumuna göre, anlamlı bir farklılık görülmüştür. Tukey testi sonuçlarına göre, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık anksiyete puanları (Ort. = 19,73), kronik hastalığı olmayan bireylere göre (Ort. = 14,00) anlamlı derecede daha yüksektir. Bulgularımızla tutarlı olan bir başka çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerde sağlık kaygısının daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır (Kuzgun, 2024,19). Başka bir çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerde sağlık kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kayan, 2023, 23). Bir başka çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığa sahip olmayanlara oranla daha yüksek sağlık kaygısı yaşadığı sonucuna varılmıştır (Kalmaz, 2022, 72). Kronik hastalığı bulunan bireylerde, fiziksel kısıtlamalar ve yaşam kalitesindeki azalma gibi faktörler, sağlık kaygısının artmasına yol açabilir (Aktürk Oğulluk, 2019, 38).

Sağlık Hizmeti Talebi Erteleme Davranışı Ölçeği Bulgularının Sonuç ve Tartışması

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık hizmeti talebi davranışı ölçeği puanları ($t = -0,984$, $p = 0,326$) ve alt boyutları olan bireysel çaba arama ($t = -0,276$, $p = 0,783$), kaçınma ($t = -1,195$, $p = 0,234$) ve harekete geçmede ($t = -0,622$, $p = 0,535$) puanları açısından, cinsiyetler arasında, anlamlı bir fark bulunmadığını görülmüştür. Çalışmamız ile tutarlılık göstermeyen bir başka çalışmada cinsiyetin sağlık tercihlerini anlamlı olarak etkilediği sonucuna varılmıştır. Kadın bireylerin yaşadıkları bölgeye yakın olması sebebi ile aile sağlık merkezlerine başvurmayı tercih ettikleri, erkeklerin ise devlet hastanesi tercih ettiği belirtilmiştir (Özkoç, 2013, 278).

Çalışmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi davranış ölçeği puanları ($F = 1,142$, $p = 0,338$), alt boyutları olan harekete geçme ($F = 0,803$, $p = 0,525$), kaçınma ($F = 0,968$, $p = 0,426$) ve bireysel çare arama ($F = 0,638$, $p = 0,636$) puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. En yüksek puan 37-45 yaş grubunda (31,25), en düşük puan ise 46 yaş ve üzeri grupta (23,60) gözlemlenmiştir. Ancak, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgularımızla tutarlı olmayan bir çalışmada bireylerin yaşının herhangi bir sağlık kurumuna başvurma sıklığı üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşı daha ileri olan bireylerin, daha genç gruplara kıyasla sağlık hizmetlerine başvurma sıklığı daha yüksektir (Boz,2016,107). Başka bir çalışmada yaş durumu ile sağlık kurumuna başvurma durumu arasında ilişki olduğu, bireyin yaşının arttıkça sağlık hizmeti talebinde arttığı belirtilmiştir. Kişilerin yaşının arttıkça evinde

kendi kendine tedavi yöntemi aramak yerine sağlık kuruluşuna gittiğini ifade etmiştir (Karaca, 2011, 112).

Çalışmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranış ölçeği puanları ($F = 0,693$, $p = 0,558$) ile alt boyutları olan harekete geçme ($F = 1,824$, $p = 0,145$), kaçınma ($F = 0,331$, $p = 0,803$) ve bireysel çare arama ($F = 2,422$, $p = 0,068$) puanlarına bakıldığında öğrenim düzeylerine göre tüm ölçekler açısından yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da ölçek puanlarının öğrenim düzeylerine göre önemli bir değişiklik göstermediğini işaret etmektedir. Bir başka çalışmada bireyin eğitim durumunun artması ile sağlık kurumlarına gitme tercihinin arttığı söylenmiştir. Lisansüstü mezunlarının ortaokul mezunlarına 45 kat oranla sağlık kuruluşuna gittiği sonucuna varılmıştır. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık kontrollerine düzenli gittiğini ve süreci aksatmadıklarını ifade etmiştir (Karaca, 2011,110).

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı alt boyutları olan harekete geçememe ($F = 0,144$, $p = 0,705$), kaçınma ($F = 0,000$, $p = 983$) ve bireysel çare arama ($F = 0,004$, $p = 0,950$) Puanlarına bakıldığında medeni durumlarına göre fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Fakat bekar bireylerin evli bireylere oranla daha fazla sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı sergiledikleri sonucuna varılmıştır. Bir başka çalışmada medeni durum ile hastaneye başvurma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Sağlık kurumlarına daha sık başvuran kişilerin, genellikle evli bireylerden oluştuğu gözlemlenmiştir (Boz, 2016, 108). Bir başka çalışmada evli bireylerin bekarlara oranla hastalandıklarında daha fazla sağlık kuruluşuna gittikleri belirlenmiştir. Bekarların evli bireylere oranla 5 kat daha fazla sağlık kurumuna gittikleri sonucuna varılmıştır (Karaca, 2011,110).

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeği puanları ($F = 1,204$, $p = 0,302$) ile alt boyutları olan harekete geçememe ($F = 1,466$, $p = 0,234$), kaçınma ($F = 0,862$, $p = 0,424$) ve bireysel çare arama ($F = 0,373$, $p = 0,689$) puanları açısından gelir düzeylerine göre ortalama puanlar arasında büyük bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. Kötü gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık hizmet talep puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Ort. = 31,62), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan bir çalışmada bireyin gelir durumunun sağlık kuruluşu tercihini yüksek düzeyde etkilediği sonucuna varılmıştır. Geliri yüksek kişilerin özel sağlık kurumları ve üniversite hastaneleri tercih ederken, daha düşük gelir düzeyine sahip kişilerin ise birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurumlarını tercih ettikleri gözlemlenmiştir (Özkoç, 2013,277). Başka bir çalışmada gelir düzeyinin sağlık kurumuna gidip hizmet alma tercihinde etkisi olduğu belirtilmiştir. Gelir durumu yükseldikçe sağlık hizmeti alma tercihleride aynı oranda artacaktır (Karaca, 2011, 112).

Çalışmaya dahil edilen hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma ($t = -1,942$, $p = 0,044$) düzeylerinde sağlık güvencesine varlığına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayan bireylerin

kaçınma puanları, sağlık güvencesi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeği ($t = -1,863$, $p = 0,064$) puanları sağlık güvencesi varlığına göre fark sınırda anlamlılık göstermektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Alt boyutlardan bireysel çare arama ($t = -0,838$, $p = 0,403$) ve harekete geçme ($t = -1,232$, $p = 0,221$) düzeylerinde sağlık güvencesine varlığına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgularımızla tutarlı olan bir çalışmada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan ve 135 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, hastanenin tercih edilme sebepleri arasında sosyal güvence ve sevk imkânının en ön planda olduğu tespit edilmiştir (Önsüz vd., 2008, 36). Bir başka çalışmada ise Hastaların bir sağlık kuruluşunu seçmelerinde, sosyal güvenlik anlaşmasının varlığı önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır (Zerenler & Ögüt, 2007, 515). Bir başka çalışmada sağlık güvencesi olan kişilerin sağlık güvencesi olmayan kişilere olanla daha fazla sağlık hizmeti talep ettiği sonucuna varılmıştır (Kulaç & 2001: 5).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeği ($F = 2,849$, $p = 0,041$) ve alt boyutları olan harekete geçme ($F = 3,069$, $p = 0,049$), kaçınma ($F = 3,817$, $p = 0,024$) düzeylerinde tercih edilen hastane türüne göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Tukey testine göre devlet hastanelerini tercih eden bireyler, üniversite ve araştırma hastanelerini tercih eden bireylere göre daha yüksek kaçınma, harekete geçememe ve sağlık hizmet talebi puanlarına sahiptir.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeği ve alt boyutları olan kaçınma, harekete geçme, bireysel çare arama düzeylerinde hastane ziyaret sayılarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeği ve alt boyutları olan kaçınma, harekete geçme, bireysel çare arama düzeylerinde yaşanan bölgeye göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir. İlçede yaşayan bireylerin ortalaması (30,29), il ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen bu fark anlamlı bulunmamıştır. Bulgularımızın aksine bir çalışmada Bireylerin bir sağlık kuruluşunu seçmesinde en önemli faktörlerden biri, o kuruma erişim imkanlarının mevcut olması sonucuna varılmıştır. Kırsal alanlarda yaşayan bireyler, özellikle üniversite ve özel hastanelere erişimde yaşadıkları güçlükler sebebiyle bu sağlık kuruluşlarını tercih edememektedirler. Bunun yerine, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmektedirler (Özkoç, 2012, 277). Çalışmamızla tutarlı bir sonuca varan bir başka çalışmada sağlık kurumuna ulaşımın kolay olmasının sağlık hizmeti talebini olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (Kulaç & 2001, 5).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeğinin alt boyutu olan kaçınma ($F = 3,672$, $p = 0,027$) düzeyinde kronik hastalık durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testi sonuçlarına göre, kronik hastalığı olan bireylerin kaçınma puanları (Ort. = 8,27), hastalığını bilmeyen bireylerin kaçınma

puanlarına (Ort. = 11,07) göre anlamlı derecede daha düşüktür. Bu bulgu, hastalığını bilmeyen bireylerin daha yüksek kaçınma puanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Bulgularımızla tutarlı olarak bir başka araştırmada Hekim tarafından teşhis konmuş bir kronik hastalığın varlığı ile sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Boz, 2016,108). Bir başka çalışmada hekimin kronik hastalık tanısı koyduğu bireylerin daha fazla sağlık hizmeti talep ettiği ve sağlık kurumlarına daha fazla geldikleri belirtilmiştir (Karaca, 2011, 116).

Sağlık anksiyetesi ile Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı arasındaki ilişkinin tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı ölçeği ve alt boyutları ile sağlık anksiyetesi ve alt boyutlarında pozitif yönde bir ilişki vardır. Bireysel çare ile duygu durumu düzeyleri arasında pozitif yönde ama anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($r = 0,106$, $p = 0,158$). Hastalık düşüncesi puanları arttıkça bireysel çare arama düzeyi de artmaktadır. Bireysel çare arama ile hastalık düşüncesi düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,304$, $p = 0,001$). Bireysel çare aramanın sağlık anksiyetesi arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,176$, $p = 0,018$). Sağlık kaygısı arttıkça bireysel çare arama düzeyi de artmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların kaçınma davranışı ile duygu durumu arasında pozitif yönde ama anlamlı olmayan bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,125$, $p = 0,096$). Kaçınma alt boyutu ile sağlık anksiyete envanteri ile anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,170$, $p = 0,024$). Sağlık kaygısı arttıkça kaçınma düzeyi de artmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların harekete geçememe davranışı ile duygu durumu arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır ($r = 0,188$, $p = 0,012$). Duygu durumu puanları arttıkça harekete geçememe düzeyi de artmaktadır. Hastalık düşüncesi ile anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,244$, $p = 0,001$). Hastalık düşüncesi puanları arttıkça harekete geçememe düzeyi de artmaktadır. Sağlık anksiyete envanteri ile anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,224$, $p = 0,003$). Sağlık kaygısı arttıkça harekete geçememe düzeyi de artmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık hizmeti talebi ile duygu durumu arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,189$, $p = 0,012$). Duygu durumu puanları arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır. Hastalık düşüncesi ile anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,348$, $p = 0,001$). Hastalık düşüncesi puanları arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır. Sağlık anksiyete envanteri ile anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,256$, $p = 0,001$). Sağlık kaygısı arttıkça sağlık hizmet talebi de artmaktadır.

Sonuç olarak sağlık anksiyetesi ölçeklerinin diğer değişkenlerle olan ilişkilerinde bazı anlamlı pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Özellikle sağlık kaygısı, bireysel çare

arama, kaçınma, harekete geçememe ve sağlık hizmet talebi ile güçlü anlamlı ilişkilere sahiptir. Yani sağlık kaygısı arttıkça diğer ölçeklerdeki puanlar da artmaktadır.

Sağlık anksiyetesinin Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışına etkisinin tartışılması

Araştırmaya katılanların duygu durumu düzeyleri, Sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($F = 6,521$ $p = 0,012$). Duygu durumu düzeyinin sağlık hizmeti talebini erteleme davranışını anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir. Bu sonuçlar, duygu durumu düzeyinin sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların hastalık düşüncesi düzeyleri, Sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($F = 24,281$, $p = 0,001$). Bu sonuçlar, hastalık düşüncesinin sağlık hizmeti talebini erteleme davranışını arttırdığını göstermektedir.

Araştırmaya katılanların Sağlık kaygısı düzeyleri, Sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($F = 12,371$, $p = 0,001$). Sağlık kaygısının artmasının sağlık hizmeti talebini erteleme davranışını arttırdığını göstermektedir.

Öneriler

Yapılan incelemeler ve çalışmalar sonucunda, aşağıda yer alan öneriler sunulmaktadır.

- Araştırmamızın sonucunda kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık kaygısı yaşadığı sonucuna varılmıştır. Kadınların sağlık kaygısı yaşamasında psikolojik, sosyo kültürel ve biyolojik nedenlere dayanabileceğinden kadınların özel ihtiyaçları göz önünde bulundurularak planlamalar yapılabilir. Örneğin kadınların sağlığına yönelik eğitim ve bilinçlendirme (düzenli sağlık taramasına teşvik) yapılabilir. Veya kadınlar için ücretsiz tarama, esnek randevu saatleri gibi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak adımlar atılabilir.
- Sağlık kaygısı ile sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişki daha ayrıntılı bir şekilde incelenmeli ve bulgular, daha derinlemesine sunulmalıdır.
- Sağlık kaygısı arttıkça sağlık hizmetine olan talebinde arttığı gözlemlenmiştir. Sağlık okuryazarlığını artırma, rutin kontrol ve mnleyici hizmetlerin kapsamının genişletilmesi, sağlık politikalarının geliştirilmesi (ekonomik kaygıyı giderecek sağlık sigortası), sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay ve az maliyetli olması önerilmektedir.

- Çalışmamızda düşük gelirli bireylerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadığı sonucuna varılmıştır. Kamuya ait ücretsiz muayene ve sağlık tarama hizmetlerinin sayısı artırılabilir, sağlık ocakları ve toplum sağlık merkezlerinin sayıları artırılabilir.
- Yapılan alan yazı taramasında sağlık kaygısı ve sağlık hizmeti talebinin birbiri ile ilgili etkisine dair çalışma olmaması, bu araştırmada bu konuların ilişkilerinin detaylı olarak ele alınmasından kaynaklı çalışmanın bu konular üzerine araştırma yapmak isteyen çalışmacılara yol gösterici olacağı söylenebilir. Sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebini erteleme üzerindeki etkilerini belirlemek için araştırmacılar tarafından çeşitli çalışmalar yapılması ve elde edilen bulguların karşılaştırılarak incelenmesi tavsiye edilebilir.
- Hastalanan kişilerin büyük çoğunluğu hastalandığında direkt hastaneyi tercih etmektedir. Yani birinci basamak sağlık kuruluşlarını direkt atlayarak hastanelerin ayaktan tedavi hizmetlerini kullanmaktadır. Bu durumda ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında aşırı hizmet kullanımı ve yoğunluğa sebep olmaktadır. Halka birinci basamak sağlık kuruluşları hakkında daha fazla bilgilendirme yapılarak, güven artırılarak tercih etmeleri sağlanabilir
- Kronik hastalığı bulunan bireylerde sağlık kaygısı düzeyi daha yüksektir. Kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık durumlarını düzenli takip edebileceği dijital uygulamalar önerilebilir. Bu yöntem onların hastalıklarının yönetiminde güven hissetmesine yardımcı olabilir çünkü sağlık kaygısının azaltılmasının temel yolu, kişilerin sağlıklarını kontrol edebileceğine dair güç hissetmesini sağlamaktır.
- Yaş arttıkça sağlık hizmetine olan talebinde arttığı gözlemlenmiştir. Yaşla birlikte artan kaygı ve depresyon riskine karşı psikolojik destek hizmetleri sayısı artırılabilir. Düşük maliyetli ve düzenli sağlık taramalarına teşvik edilebilir (kan basıncı, şeker ölçümü gibi)
- İnternet kullanarak sağlık bilgisi aramanın sağlık hizmeti talebini nasıl artırıp veya azalttığına dair daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.
- Gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve sosyal statülerin sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkileri için daha derinlemesine çalışmalar yapılmalıdır.
- Farklı ülkeler ve sağlık sigortaları karşılaştırılarak sağlık güvencesinin sağlık hizmeti talebine etkisi analiz edilebilir
- Dijital sağlık hizmetlerinin sağlık hizmeti talebindeki rolü için literatürde yeterli çalışma görülmemiştir ve daha fazla veril gereklidir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, S. (2024). *Kaygı bozukluğu olan ergenlerde algılanan ebeveyn kabul-red algısı ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi, lisansüstü eğitim enstitüsü, İstanbul.
- Adıyaman, F. (2007). *Talep tahmininde yapay sinir ağlarının kullanılması* (Doctoral dissertation, Fen Bilimleri Enstitüsü).
- Akar, Y., & Arıkan, C. (2023). Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 21(1), 1-21.
- Akbay, C., Bilgiç, A., & Miran, B. (2008). Türkiye'de önemli gıda ürünlerinin talep esneklikleri. *Tarım Ekonomisi Dergisi*, 14(1 ve 2), 55-65.
- Akdur, R. (2001). Sağlık hizmetlerinde finansman ve ulusal ekonomi. *Yeni Türkiye*, 7(40), 1571-1585.
- Akınalp, D. (2013). *Çalışanların kaygı düzeylerinin performans algılarına etkisi* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Akkuzu, H. (2019). *Üniversite öğrencilerinde sosyal zekâ ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Aktürk Oğulluk, Z. (2019). Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması.
- Akyürek, A., & Orhaner, E. (2017). Özel hastanelere talebi etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 237-248.
- Akyürek, A., & Orhaner, E. (2017). Özel hastanelere talebi etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 237-248.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Altın, G. E. (2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası psikoterapi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 4(2), 188-203.
- Arslan.S. (2024). *Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran kronik hastalığı olan erişkinlerde sağlık anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
- Atalı, E. (2023). Sağlık kaygısı, algılanan stres, çevrimiçi sağlık bilgisi arama (siberkondri), sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiler.
- Aydemir, Ö., Kirpınar, I., Sati, T., Uykur, B., & Cengisiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4).
- Aydın, A. (2003). *Kişilerin sağlık hizmeti talebinde devlet, özel ve üniversite hastanelerine başvurmalarını etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

- Baş, S. (2017). *Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Başçi, Z. (2018). *Sağlık çalışanlarında algılanan stres düzeyinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 9(3), 78-87.
- Boz, C. (2016). *Sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından bireylerin ihtiyaç tespiti ve talebini etkileyen faktörler: bir alan uygulaması* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Büge, B. (2020). *Kaygı bozukluklarının ebeveynlik biçimi, kişilerarası bilişsel çarpıtmalar ve kişilerarası tarz açısından incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı).
- Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*, 66(8), 1809-1816.
- Çelik P.8 (2013). *Sağlık ekonomisi*. Siyasal yayınevi
- Dedeoğlu, T., & Çetin, O. (2021). Sağlık sektöründe hasta talebinin tahmini. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergi*, 10(1), 25-38.
- Dedeoğlu, T. (2019). *Sağlık sektöründe talep tahmini* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Demir, (2023). *Lise düzeyindeki öğrencilerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerinin değerlendirilmesi*. İstanbul Arel Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Doğan, E. (2020). Gelir düzeyi ve sağlık hizmet talebi ilişkisi: mikro veriler ile Türkiye örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(4), 2376-2392.
- Doğan, T., & Çoban, A. E. (2009). Eğitim fakültesi öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine yönelik tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 34(153).
- Ekiz, T., İlman, E., & Dönmez, E. (2020). Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 139-154.
- Eraydın, C., Kin, Ö. K., & Toparlak, B. Covid-19 pandemisi sürecinde erasmus öğrencilerinin sağlık anksiyetesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları-romanya ve polonya örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 883-897.
- Erdem, R., & Pirinçi, E. (2010). Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 20(1).
- Ertürk Atabey, S. (2019). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikaları*, Ekin Yayınları, 32-33.

- Eyigün, İ. (2019). *Örgütsel öğrenmenin talep tahmini üzerine etkisi: kaotik yapının düzenleyici rolü* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Ganbarlı, V. *Üniversite öğrencilerinde kaygı duyarlılığı ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184.
- Gümüş, F. Ç. V. E., Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Gürer, A. (2018). Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 2(1), 9-14.
- İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kalmaz, A. (2022). *Kronik hastalığı olan bireylerde akılcı ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile ilişkisi* (Master's thesis, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi).
- Kara, N. (2014). Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 99-108.
- Kara, O. K. (2021). *Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin algılanan stres ve sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Karaca, Z. (2011). *Erzurumda sağlık hizmetleri talep tahmini* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Karaca, Z., & İnan, K. (2022). Pandeminin sağlık hizmetleri talebine etkisi: atatürk üniversitesi diş hekimliği fakültesi üzerine bir uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 36(1), 43-49.
- Karaçadır, V., & Çelik, R. (2019). Üniversite öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 225-238.
- Karaer Karapıçak, E. Ö. (2010). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı.
- Karagüven, M. H. Ü. (1999). Açık kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili bir çalışma. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 11(11), 203-218.

- Karaoglu, N., Karaoğlu, K. B., & Yardımcı, H. (2020). Sosyoloji ve tıp öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlık kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 20(3).
- Karapınar, Ö. K., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43-51.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Siyasal kitapevi
- Kayan, M. R. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ve sağlık anksiyetesi ilişkisinin değerlendirilmesi.
- Kılıç, H.S. (2023). Bireysel davranışçı model çerçevesinde sağlık kaygısı: bedensel belirtiler ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolünün incelenmesi. Ankara
- Kıraç, R., & Öztürk, Y. E. (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243.
- Kulaç, E., Şemin, S., & Bilgin, A. (2011). Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşlıların kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Kuzgun, G. (2024). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde anksiyete ile sağlık anksiyetesi düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
- Manav, F. (2011). Kaygı kavramı.
- Mhlanga, D., & Garidzirai, R. (2020). The influence of racial differences in the demand for healthcare in south africa: a case of public healthcare. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 5043.
- Nazlıgül, M. D., & Bozo, Ö. (2017). Biyopsikososyal model çerçevesinde fibromiyalji ve depresyon. *Türk Psikoloji Yazıları*, 20(40), 58-72.
- Okuyan, C. B., Karasu, F., & Polat, F. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin covid-19'a maruz kalma korkularının sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisi: bir üniversite örneği. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(COVID-19 Özel Sayı), 45-52.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Orhaner, E. (2017). Sağlık harcamalarının finansmanında özel sağlık sigortalarının rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 398-412.

- Önsüz, M., Topuzoğlu, A., Cöbek, U., Ertürk, S., Yılmaz, F., & Birol, S. (2008). İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özişli, Ö. (2023). Sağlık arama davranışı üzerine bir saha çalışması. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 2023(1), 40-47.
- Özkoç, H. (2013). Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: uygunluk analizi ve nested logit model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 267-280.
- Özlu, İ., Kılınç, T., & Özlu, Z. K. (2021). Acil servise başvuran hastaların sağlık anksiyetesinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 281-289.
- Özpoyraz, N. (2016). *Anksiyete bozuklukları*. [PDF belgesi]. <https://silo.tips/download/anksiyete-bozukluklari> adresinden edinilmiştir.
- Öztürk, Y. E., & Kıracı, R. (2019). Sağlık ve hastalık. *Scientific Developments*, 382(389), 26-34.
- Ponzo, M., & Scoppa, V. (2021). Does demand for health services depend on cost-sharing? evidence from Italy. *Economic Modelling*, 103, 105599.
- Saraçoğlu, S., & Öztürk, F. (2017). Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: Türkiye üzerine bir uygulama. *İş ve Hayat*, 2(4), 293-342.
- Sarı, M. (2021). Sağlık hizmeti kullanıcılarının katılım payı hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi.
- Savcı, M., & Aysan, F. (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2014(3), 44-56.
- Sayım, F. sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler.
- Sevgen, S. (2015). *Sağlık hizmetleri talep tahmini: Adana ili hastane uygulaması* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Sevinç, Ş., & Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansman yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.
- Soyuğurlu, N., & Yeşiltaş, A. (2024). Bireylerin sağlık hizmet taleplerini erteleme davranışları üzerine bir araştırma. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 198-208.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56-61.

- Sungur, C. (2018). *Sağlık politikasına sistematik bir yaklaşım*. Siyasal Yayınevi
- Şahin, M. (2019). *Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları*. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şantaş, F., & Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık hizmetlerinin finansman ve geri ödeme yöntemleri: türkiye’de mevcut durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12-20.
- Şimşekoğlu, N., & Mayda, A. S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının türkiye’de gelişimi. *Sosyal güvenlik Dergisi*, 1(1).
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L., & Asmundson, G. J. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World psychiatry*, 5(1), 47.
- Torun, Z., & Deste, M. (2021). Sağlık işletmelerinde malzeme yönetiminde uygun talep tahmin yönteminin belirlenmesine yönelik bir uygulama. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 581-613.
- Tümbet, T. (2020). *Interpersonal terapi (kişilerarası ilişkiler Terapisi)* <https://www.saglik.news/interpersonal-terapi-kisilerarasi-iliskiler-terapisi/> adresinden edinilmiştir.
- Tümerdem, R. (2007). Dicle üniversitesi eğitim fakültesi ve fen-edebiyat fakültesi kimya son sınıf öğrencilerinin kaygılarını etkileyen etmenler. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(20), 32-45.
- Türkçapar, Ü. (2012). Güreşçilerin farklı değişkenler açısından sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(1), 129-140.
- Uğur, Z. B., & Tirgil, A. (2018). Sağlıkta dönüşüm programı ve kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti. *Ombudsman Akademik*, 5(1), 295-327.
- Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Ünalın, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). *Okan Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı*.
- Yağar, F., & Dökme, S. (2019). Health professionals and mobbing.
- Yalçınkaya, F. T. (2024). *Obsesif kompulsif bozukluk ve majör depresyon bozukluğu arasındaki ilişkide sıkıntı toleransının, kaygı duyarlılığının ve anhedoninin rolleri: tanılar üstü yaklaşım çerçevesinde kesitsel bir inceleme*. İzmir kâtip çelesi üniversitesi, sosyal bilimler enstitüsü, İzmir.
- Yaprak, Z. Ö., & Ecevit, E. (2019). Sağlık hizmetleri talebi ve fayda maksimizasyonu modeli. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1484-1494.

- Yaylalı, M., Kaynak, S., & Karaca, Z. (2012). Health services demand: a study in erzurum. *Ege Academic Review*, 12(4), 563-573.
- Yenimahalleli Yaşar, G. Y., & Türcan Özşuca, Ş. T. D. (2007). *Sağlığın finansmanı ve türkiye için sağlık finansman modeli önerisi* (doctoral dissertation, ankara üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü çalışma ekonomisi ve endüstri ilişkileri anabilim dalı).
- Yılmaz, Ö., & Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 35(85), 21-36.
- Yorulmaz, E., & Dirik, G. (2018). Sağlık kaygısı ile ilişkili faktörler: sağlık kaygısında bağlanmanın rolü var mıdır? *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20(3), 443-459.
- Yüksel, E. (2004). *Panik bozuklukta aleksitimi ve kaygı duyarlılığı* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Zerenler, M., & Öğüt, A. (2007). Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesive hastane tercih nedenleriaraştırması: konya örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (18), 501-519.

EKLER

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.11.2022-175342



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-81100045-300-175342
Konu : Etik Kurul Başvuru (Gamze DÖNDER)

25.11.2022

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULUNA

Danışmanlığını Prof. Dr. Abdullah SOYSAL'ın yapmış olduğu Ana Bilim Dalımız Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 21210331001 no'lu Gamze DÖNDER'in dilekçesinde belirttiği "Sağlık Kaygısının Sağlık Talebini Ertelemeye Etkisi: Kronik Hastalığı Olan Kişiler Üzerine Bir Araştırma" başlıklı yeni başvuru yüksek lisans tezinde kullanacağı anket için Etik Kurulu Uygunluk raporunun verilmesi hususunda Ana Bilim Dalımıza vermiş olduğu belgeler yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
Ana Bilim Dalı Başkanı

Ek: Dilekçe ve Ekleri (18 Sayfa)

KSÜ, SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU BAŞVURU FORMU

Başvuru Bilgileri	
Başvuru Statüsü (Yeni/Düzeltilme- başvuru)	Yeni
Etik Kurul Raporuna niçin ihtiyaç duymaktasınız?	Anket için
Araştırmanın niteliği (Öğretim elemanı araştırması, Yüksek Lisans/Doktora tez çalışması vb. gibi)	Yüksek Lisans Tez Çalışması
(Yalnızca Proje başvuruları için) Proje yürütücüsünün:	
Adı Soyadı	
Fakültesi / Bölümü	
Adres	
Telefon	
Mail	
(Yalnızca Proje başvuruları için) Yardımcı Araştırmacı(lar)ının,*	
Sayısı	
Adı Soyadı	
Fakültesi / Bölümü	
Adres	
Telefon	
Mail	

Adı Soyadı	Abdullah SOYSAL
Unvanı	Prof. Dr.
Fakültesi / Bölümü	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Adres	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Avşar Yerleşkesi, 46100 Onikişubat, Kahramanmaraş
Mail	
Lisansüstü Öğrencinin;	
Adı Soyadı	Gamze DÖNDER
Fakültesi / Anabilim Dalı	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Hangisi? Yüksek Lisans veya Doktora öğrencisi?	Yüksek Lisans
Araştırmanın Türkçe ve İngilizce Başlığı	Sağlık Kaygısının Sağlık Hizmeti Talebini Ertelemeye Etkisi: Kronik hastalığı olan kişiler üzerine bir araştırma The Effect of Health Anxiety on Postponing Health Care Demand: A Study on People with Chronic Disease

Veriler şunlardan toplanacaktır (İnsan, Kültür varlıklarına ilişkin incelemelerden elde edilecektir, Diğer(belirtiniz))	Kronik hastalığı olan bireyler ve yaşlı bireylerden toplanacaktır. (ANKET)
Araştırmanın amacı ve önemi	
<p>Bu çalışmanın amacı sağlık kaygısının sağlık hizmeti talebini erteleyene etkisini incelemektir. Kişilerin sağlık kaygısının, demografik bilgilerinin sağlık hizmeti talebinde ne gibi bir değişime yol açacağını gözlenmesini hedefler. Sağlık kaygısı bireyin sağlığına yönelik büyük bir tehdit altında olduğu düşüncesiyle beliren ve sonuç itibarıyla bireyin bedensel ve duygusal kaygı semptomlarını tetikleyen psikolojik bir deneyimdir (Anderson, Saulsman ve Nathan, 2011). Sağlık kaygısı kontrol edilmediğinde bu durum kişiyi doktor muayenesine gitmekten ve olası sağlık problemleri hakkında bilgi edinmekten alıkoyabilmektedir. Sağlık kaygısı yüksek kişiler zaman zaman sağlıklarıyla ilgili ücretsiz bilgileri bile almaktan kaçınırlar. Bu kişiler, vücutlarında şüpheli semptomlar bulduklarında doktora gitme konusunda çekingen davranmaktadırlar. (Koszegi, 2003). Sağlık hizmeti talebi algılanan sağlık ihtiyacının fiili sağlık hizmeti kullanma isteğine dönüşmesi ve bunun neticesinde hekimin bilgi birikimi dahilinde kullanılması önerilen ve birey tarafından kullanılan sağlık hizmetinin toplamıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun yetersiz kaldığı ülkelerde sağlık durumu doğrudan olumsuz etkilenmektedir. Buradan yola çıkarak sağlık durumunun sağlık hizmeti talebini doğrudan etkilediğini söyleyebiliriz. Sağlık kaygısı daha çok kronik hastalığı olan bireylerde ve yaşlı bireylerde bulunmaktadır. Sosyodemografik şartlarında sağlık kaygısı üzerinde etkisi olduğu varsayılabilir. Sağlık hizmetlerine ulaşım, gelir durumu, sağlık güvencesinin olup olmaması, teknolojinin gelişmişlik durumu sağlık kaygısına etki etmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti talebinde etkili olabilmektedir. Sonuç olarak Sağlık kaygısını sebep olan durumların belirlenmesi ve bu durumların sebep olduğu sağlık kaygısının optimum düzeyde tutulması ile sağlık hizmeti talebinin olumlu yönde etkilenmesi bakımından önemli bir</p>	

araştırma olduğu savunulmaktadır.

Araştırmanın Yöntemi	Anketle veri toplamaya yönelik nicelik özelliği taşıyan kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır.
Veriler katılımcılardan toplanacaksa öngörülen katılımcı sayısı ve bu sayının hangi metotla belirlendiği (Örneklem belirlenmesi).	Evreni oluşturan 500 katılımcıya anket uygulanması hedeflenir.
Araştırmanın örnekleminde yer alacak katılımcıların özelliklerini ve	Kronik hastalığı olan ve yaşlı bireyler olmaları
katılımcıların nasıl seçileceğini belirtiniz.	
Çalışmanın katılımcılarını tanımlayınız. (Üniversite öğrencileri, İlkokul öğrencileri, Yaşlılar, Hastalar, İşsizler, Çocuk işçiler, Tutuklular, Çalışan yetişkinler, Hasta yakınları vb. gibi)	Kronik hastalığı olanlar- yaşlı bireyler

Yukarıda tanımladığınız katılımcılar için (örneğin anket küçük yaştaki öğrencilere uygulanacak ise kanuni temsilcilerinden) araştırmanıza katılmalarının yasal ve etik açıdan uygunluğunu sağlamak için onay almak gibi bir durum sizin çalışmanız için söz konusu mu? Şayet söz konusu ise onay alma işlemi nasıl yapacaksınız?	Hayır
Tarih, kültür ve diğer alantarda yapılacak çalışmalar için bu formda yer alan sorular yeterli değilse çalışmanızdaki araştırma yöntemleri hakkında bilgi veriniz.	
Veri Toplama Yöntemi (Anket, Ölçek, Test, Mülakat, Gözlem, Bilgisayar ortamında uygulamak, Video/film kaydı, Ses kaydı, Telefon, Diğer(Belirtiniz))	Anket
Etik Kurul Raporu için Kurula göndermiş olduğumuz Çalışma Başlığı ve/veya Anket formunuzu daha sonra değiştirdiğiniz zaman tekrar Etik Kurul İzininin alınması gerektiğini biliyor musunuz?	Evet
Veri toplama süresi (Örneğin; bir anketin bir katılımcıya uygulanma süresi vb.)	Veri toplama süresi bir katılımcıdan ortalama beş dakikadır.

<p>Video/film kaydı, Ses kaydı, Telefon vb. kayıtlar olacaksa ne kadar süre, hangi şekilde saklanıp kayıtların güvenliği nasıl sağlanacak? İmha yöntemi nasıl olacak?</p>	<p>Olmayacak</p>
<p>Konusu (yasadışı, utanç duyulan vs.), katılımcısı (çocuk, dezavantajlı gruplar vs.) ve uygulama açısından (yanıtma, kamera kayıt vs.) hassas araştırma veya kabul edilebilirden daha yüksek bir risk taşıyan çalışma ise ne gibi önleyici tedbirler alınmıştır ve alınması gereken ek önlemler varsa nelerdir?</p>	<p>Önlem gerektirecek bir durum söz konusu değildir.</p>

<p>Veri Toplanacak Dönem (Başlangıç/Bitiş)</p>	<p>25.12.2022 - 01.02.2023</p>
<p>Veri Toplanması Planlanan Yerler, Kurum ve Kuruluşlar</p>	<p>Online anket yöntemi ile</p>

Veriler katılımcılardan toplanacaksa, çalışma katılımcılara herhangi bir şekilde yanlış/yanlış bilgi vermeyi, çalışmanın amacını tamamen gizli tutmayı gerektiriyor mu? (Plasebo veya kontrol gruplarının kullanıldığı çalışmalar gibi)	Hayır
Veriler katılımcılardan toplanacaksa, çalışma katılımcıların fiziksel veya ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular, maddeler, uygulamalar içeriyor mu?	Hayır
Çalışmada kullanılan materyaller hakkında bilgi veriniz (ölçek isimleri, geliştiriciler, uyarlayanlar, geçerlik ve güvenilirlik ile ilgili bilgiler, patent sahipleri vb.)	Tez çalışmada veri toplama yöntemi olarak iki ölçek kullanılacaktır. Tez çalışmada veri toplama yöntemi olarak iki ölçek kullanılacaktır. Katılımcıların sağlık kaygısını ölçmek için UYKUR B, CENGİZ C, KIRPINAR I, AYDEMİR Ö, ve Tülay SATT'ın (2013) geliştirmiş olduğu sağlık kaygısı envanteri ölçeği, ÇİFTÇİ KIRIĞ F, YILMAZ G, KIRIĞ R, SÖYLER'in (2022) geliştirmiş olduğu sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ölçeği kullanılacaktır. Çalışma anket ile veri toplamaya dayalı kişisel bir alan çalışmasıdır. Ve kronik hastalığı olan bireyler ve yaşlı bireylere uygulanacaktır. Çalışmada elde edilen veriler üzerinde önce geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılacaktır. Daha sonra verilerin dağılımına göre uygun testler yapılacaktır.

I. aydemir, ö., kırpınar, i., satı, t., uykur, b., & cengizci, c. (2013). Sağlık Anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için Güvenirlilik Ve Geçerlilik Çalışması. 325-331.

Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin Türkçe sürümünün güvenilirliği ve geçerliliğinin çalışması amaçlanmıştır. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin çevirisi ve geri çevirisi yapılarak ölçek hazırlanmıştır. Araştırma grupları psikiyatri kliniklerinde ayakta veya yatarak tedavi gören ve somatoform bozukluk tanısı konan 65, panik bozukluğu tanısı konan 55, majör depresif bozukluk tanısı konan 22 hasta ile üniversite öğrencilerinden oluşan 114 sağlıklı gönüllülerden oluşmaktadır. Değerlendirmede Sağlık Anksiyetesi Ölçeği yanı sıra Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Güvenirlilik analizlerinde Crobach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 ve madde toplam puan bağıntı katsayıları 0,405 ile 0,769 arasında saptanmıştır. Test - yeniden test bağıntı katsayısı $r=0,572$ olarak hesaplanmıştır. Yapı geçerliliğinde varyansın %54,5'ini açıklayan iki faktör elde edilmiştir ve faktörler bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve bedensel hastalıkla ilgili kaygı boyutlarını temsil etmektedir. Birlikte geçerlilikle tüm araştırma ölçekleriyle orta - iyi düzeyde bağıntı göstermiştir. Araştırma gruplarının karşılaştırılmasında, somatoform bozukluk ve anksiyete bozukluğu grupları majör depresif

	<p>bozukluk ve anksiyete bozukluğu grupları majör depresif bozukluk ve kontrol gruplarından anlamlı olarak daha yüksek sağlık anksiyetesi göstermişlerdir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe sürümünü hem klinik uygulamada hem araştırmalarda güvenilir ve geçerli biçimde kullanabilir.</p> <p>2. Söyler, S., Uyar, S., Kırac, R., Yılmaz, G., & Çiğeci Kırac, F. (2022) Healthcare Demand Procrastination scale: development and validation study, Journal of Basic and Clinical Health Sciences 6(2), 283-292. 11 sorudan oluşmaktadır. Kendi kendine çare arama, kaçınma ve harekete geçme olarak 3 alt boyutu bulunmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmıştır</p>
Çalışmada kullanılan materyallere (ölçekler vs.) ilişkin materyal sahibinden	Gerekli izinler alınmıştır.
kullanım izni almak gerekiyor mu? Gerekliyse bunu yaptınız mı?	
Projeniz her hangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenecek mi?	Hayır
Destekleyecek kurum/kuruluşun adını belirtiniz	
Çalışmanızla ilgili Etik Kurulun bilmesigereken özel bir durum var	Özel bir durum bulunmamaktadır.

Çalışmanız için bir desteğe ihtiyaç var ise ihtiyacınız olan destek ne kadar?	İhtiyaç yoktur
Çalışmanızın bir bütçesi var ise bütçenizden hangi harcama kalemlerine ne kadar pay ayırmayı düşünüyorsunuz?	
Yok	

*Birden fazla olan yardımcı araştırmacıların her biri için yeni satırlar açılarak tüm bilgilerin eksiksiz doldurulması zorunludur.

ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket, Kahramanmaraş Sıhhi İhtisas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yürütülmekte olan "Sağlık Kaygısının Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyeni Etkisi" adlı yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Elde edilecek olan veriler kesinlikle gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Sizden istenen her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun cevabı işaretlersenizdir. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Gösterdiğiniz ilgi ve yardımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Gülseren YÖNDER
Kahramanmaraş Sıhhi İhtisas Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

I. BÖLÜM

1. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

2. Yaşınız:

17-20 21-26 27-36 37-45 46 ve üstü

3. Öğrenim durumunuz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek Lisans Doktora

3. Medeni durumunuz:

Bekar Nişanlı Evli

4. Ailenizin aylık geliri aşağıdakilerden hangi gruba girer?

1 Yıl Orta Kısa

5. Herhangi bir sağlık güvencesi var mı?

Var Yok

6. Aşağıdaki hastanelerden genellikle hangisini tercih edersiniz?

Devlet Hastaneleri Üniversite ve Araştırma Hastaneleri Özel Hastane / Özel Poliklinik

7. Son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna kaç kez başvurduunuz?

1 Kez 2-4 Kez 5-10 Kez 11 Kez ve üzeri

8. Yaşadığınız bölge?

İl İlçe Kasaba Köy

9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ.

II. BÖLÜM

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınıza en iyi ifade eden seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi dairesi içine alarak işaretleyin. Örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünyorsanız (a) yı işaretleyin; hiden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşünyorsanız size uygun ifadelerin hepsini işaretleyin.

- (a) Sağlıkla ilgili endişelenmem.
- (b) Sağlıkla ilgili nadiren endişelenirim.
- (c) Sağlıkla ilgili çok sık endişelenirim.
- (d) Sağlıkla ilgili her zaman endişelenirim.

2. (a) Yaştlarına göre daha az ağrı/acı hissederim.
(b) Yaştlarım kadar ağrı/acı hissederim.
(c) Yaştlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim.
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genelikle vücudumdaki dayanım ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki dayanım ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki dayanım ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki dayanım ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyarak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yaparsam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genelikle ciddi bir hastalığımı olduğum korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığımı olduğum korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığımı olduğum korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığımı olduğum korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri görürüm. Ötise gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri görürüm. Ötise gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri görürüm. Ötise gelir.
7. (a) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımı ilgili düşünceleri uzaklaştırmaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığımı söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlamam ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlamam ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığımı söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğuma düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğuma düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğuma düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğuma düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğuma merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen, çoğunlukla ne olduğuma merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğuma merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğuma bilmek isterim.
11. (a) Genelikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğuma düşünürüm.
(b) Genelikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğuma düşünürüm.
(c) Genelikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğuma düşünürüm.
(d) Genelikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğuma düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığımı olduğuma düşünmem.
(b) Bazen ciddi bir hastalığımı olduğuma düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığımı olduğuma düşünürüm.
(d) Genelikle ciddi bir hastalığımı olduğuma düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersen başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersen başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersen başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersen başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımı yeterince ilgilendiğimi söyler.

12

- (b) Ailem ve dostlarım sağlığımı normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığımı için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğuma söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlatırken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınızı (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olmaydı masal olarak diye düşünün. Tabii ki tam olarak masal olarak bilincinizde ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusunda bilgilerinizi dayatarak masal olarak konuştuğunuz en iyi tabiri yapılmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığımı olmaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabiliyorum.
(b) Ciddi bir hastalığımı olmaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabiliyorum.
(c) Ciddi bir hastalığımı olmaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almıyorum.
(d) Ciddi bir hastalığımı olmaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk almıyorum.
16. (a) Ciddi bir hastalığımı olmaydı modern tıbbin beni iyileştirmeye jansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığımı olmaydı modern tıbbin beni iyileştirmeye jansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığımı olmaydı modern tıbbin beni iyileştirmeye jansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığımı olmaydı modern tıbbin beni iyileştirmeye jansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamamın bazı alanlarım bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamamın bir çok alanımı bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamamın neredeyse her alanımı bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamamın mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığımı olmaydı enarımı zedelemiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığımı olmaydı enarımı biraz zedelemiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığımı olmaydı enarımı oldukça çok zedelemiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığımı olmaydı enarımı tamamen kaybetmiş hissederdim.

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

SORULAR	Keslikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Keslikle Katılıyorum
KENDİ KENDİNE/ BİREYSEL ÇARE ARAMA					
1. Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında hemen hekime başvuruyorsanız büyüklerimin veya arkadaş çevremizin önerilerini uygularım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında hemen hekime başvuruyorsanız internetten çözüm önerileri araştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında benzer belirtileri yaşamış kişilere ne yapmam gerektiğini sorarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
KAÇINMA					
4. Bir takım tıbbi test (tahlil, röntgen, vb.) ve/veya tedaviye maruz kalmaktan başka belirtilerimle yaşamayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Hekime gitmem gerektiğini bilsen de mümkün olduğunca reddederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Hayatımı tehdit eden bir durum olmadığı sürece hekime başvurmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sadece acil durumlarda hekime başvururum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HAREKETE GEÇMEME					
8. Bazı hastalık belirtilerim/rahatsızlıklarım olsa da hasta olduğumu inkar ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Bazı hastalık belirtilerim/rahatsızlıklarım ortaya çıktığında geçici bir şey olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Bazı hastalık belirtilerim/rahatsızlıklarım ortaya çıktığında vakit kaybetmeden bir hekime başvururum.*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)