

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİREYLERİN SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK BİLİŞLERİNİN
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Veli DÖNDER

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2023

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİREYLERİN SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK BİLİŞLERİNİN
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Veli DÖNDER

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Vildan MEVSİM

İÇİNDEKİLER

1.	GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.	GENEL BİLGİLER	3
2.1.	Sağlık Algısı.....	3
2.1.1.	Sağlık Algısını Etkileyen Faktörler	5
2.1.2.	Sağlık Algısının Davranışa Etkileri.....	6
2.2.	Sağlık Bilişleri	6
2.3.	Sağlık Arama Davranışı.....	8
2.4.1.	Geleneksel Sağlık Arama Davranışı.....	12
2.3.2.	Çevrimiçi Sağlık Arama Davranışı	18
2.3.3.	Profesyonel Sağlık Arama Davranışı.....	22
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1.	Araştırma Modeli ve Evren	27
3.1.1.	Dahil Edilme Kriterleri	27
3.1.2.	Hariç Bırakma Kriterleri.....	27
3.2.	Örneklem Sayı ve Yöntemi	27
3.3.	Veri Toplama Araçları	28
3.3.1.	Sosyodemografik Veri Formu	28
3.3.2.	Sağlık Algısı Ölçeği.....	28
3.3.3.	Sağlık Bilişleri Ölçeği	29
3.3.4.	Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)	30
3.4.	İstatistiksel Analiz.....	30
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.5.1.	Bağımlı Değişkenler.....	30
3.5.2.	Bağımsız Değişkenler	30
3.6.	Gerekli İzinler	31

4.	BULGULAR	31
4.1.	Tanımlayıcı Bulgular.....	31
4.2.	Analitik Bulgular	35
4.2.1.	Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	35
4.2.1.1.	Cinsiyete Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	35
4.2.1.2.	Medeni Duruma Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	36
4.2.1.3.	Yaş Gruplarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	37
4.2.1.4.	Öğrenim Durumlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	38
4.2.1.5.	Çalışma Durumlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi .	39
4.2.1.6.	Gelir Düzeylerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	40
4.2.1.7.	Aile Yapısına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	41
4.2.1.8.	Kronik hastalık Varlığına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	42
4.2.1.9.	Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	43
4.2.1.10.	Sigara Kullanım Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	44
4.2.1.11.	Alkol Kullanım Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	45
4.2.2.	Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	46
4.2.2.1.	Cinsiyete Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	46
4.2.2.2.	Medeni Duruma Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	47
4.2.2.3.	Yaş Gruplarına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	48
4.2.2.4.	Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	48
4.2.2.5.	Çalışma Durumuna Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	49
4.2.2.6.	Gelir Düzeyine Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	50

4.2.2.7.	Aile Yapısına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	51
4.2.2.8.	Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	51
4.2.2.9.	Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	52
4.2.2.10.	Sigara Kullanımına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	53
4.2.2.11.	Alkol Kullanımına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	53
4.2.3.	Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	54
4.2.3.1.	Cinsiyete Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	54
4.2.3.2.	Medeni Duruma Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	55
4.2.3.3.	Yaş Gruplarına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	56
4.2.3.4.	Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	57
4.2.3.5.	Çalışma Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi..	59
4.2.3.6.	Gelir Düzeyine Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	60
4.2.3.7.	Aile Yapısına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	61
4.2.3.8.	Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	62
4.2.3.9.	Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	63
4.2.3.10.	Sigara Kullanım Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	63
4.2.3.11.	Alkol Kullanım Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	64
4.2.4.	Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması	65
4.2.5.	Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması	66
5.	TARTIŞMA.....	68
6.	KAYNAKÇA.....	76
7.	EKLER	88

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya katılanların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi özelliklerine göre dağılımı

Tablo 2. Araştırmaya katılanların aile yapısı, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı ve sigara/alkol kullanımı özelliklerine göre dağılımı

Tablo 3. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumu puanları ve son ve son bir yıl içinde hekime başvuru sayıları ortalamaları

Tablo 4. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 5. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 6. Araştırmaya katılanların Sağlık arama davranışı ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 7. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 8. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre dağılımı

Tablo 9. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 10. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Tablo 11. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Tablo 12. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının gelir düzeyine göre dağılımı

Tablo 13. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının aile yapısına göre dağılımı

Tablo 14. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Tablo 15. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının ailede kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Tablo 16. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Tablo 17. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Tablo 18. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 19. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı

Tablo 20. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 21. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Tablo 22. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Tablo 23. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının gelir durumuna göre dağılımı

Tablo 24. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının aile yapısına göre dağılımı

Tablo 25. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Tablo 26. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının ailede kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Tablo 27. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Tablo 28. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Tablo 29. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 30. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre dağılımı

Tablo 31. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 32. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Tablo 33. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Tablo 34. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının gelir düzeyine göre dağılımı

Tablo 35. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 36. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Tablo 37. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının ailede kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Tablo 38. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Tablo 39. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Tablo 40: Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması

Tablo 41: Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması

KISALTMA LİSTESİ

E-ASM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
AHAD	Aile Hekimliği Anabilim Dalı
SPSS	The Statistical Package for Social Sciences
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HİV	Human İmmunodeficiency Virus
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
SAÖ	Sağlık Algısı Ölçeği
SBÖ	Sağlık Bilişleri Ölçeği
SADÖ	Sağlık Arama Davranış Ölçeği
N	Sayı
p:	İstatistiksel Anlamlılık Değeri
r:	Korelasyon Katsayısı
SS	Standart Sapma

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesindeki her türlü destek ve katkılarından dolayı danışman hocam Prof. Dr. Vildan Mevsim'e, bilgi ve desteğinden yararlandığım Prof. Dr. Mehtap Kartal'a, Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a, Prof. Dr. Dilek Güldal'a, Prof. Dr. Tolga Günvar'a, Doç. Dr. Neslişah Tan'a, Uzm. Dr. Gizem Limnili ve Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim eş kıdem arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan ve desteğini hissettiğim başta sevgili eşim Nihan Beyhan Dönder'e, beni bugünlere getiren aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

BİREYLERİN SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK BİLİŞLERİNİN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Veli DÖNDER

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Vildan Mevsim

Amaç: Bu çalışmada sağlık arama davranışını etkileyebilecek sosyodemografik özelliklerin yanı sıra sağlık algısı ve sağlık bilişi ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız; DEÜ AHAD E-ASM evreninden 18-65 yaş arası 418 hastanın dahil edildiği kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Hastalar liste üzerinden basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilerek telefonla aranıp çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve ASM'ye davet edilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik bilgiler anketi, Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi, ANOVA testi ve korelasyon analizleri uygulanmıştır. Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 418 kişinin %61,5'i (n=257) kadın %38,5'i (n=161) erkekti. Sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyut puanları ile medeni durum, yaş grupları, öğrenim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve ailede kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları ile cinsiyet, medeni durum, yaş grupları, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık ve ailede kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyut puanları ile yaş grupları, öğrenim durumu ve kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları ile sağlık arama davranışı ve alt boyut puanları arasındaki korelasyona bakılmış ve sağlık algısı ve alt boyutları ile geleneksel sağlık arama arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon var iken

diğer sağlık arama alt boyutları ile zayıf düzeyde pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. (sirasıyla $p=0,00$; $r= -0,138$ / $p=0,00$, $r=0,209$).

Sonuç: Araştırmamız sonucunda sağlık algısının birçok faktörden etkilendiği ve bu sağlık algısının sağlık arama davranışı ile zayıf düzeyde pozitif korele olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkararak sağlık okuryazarlığını artırma ve bilinçlendirme çalışmalarına devam edilmelidir. Çalışanların ve kronik hastalığı olmayanların daha çok  evrimi i sağlık arama davranışı göstermesi sebebiyle sağlık arama davranışını geliştirme stratejileri planlanırken bu sonuçlar göz önünde bulundurulabilir. Bireylerin yaşı arttı a hastalıklara yönelik işlevsiz düşüncelerin arttığı görülmüştür. Bu nedenle yaşlı hastalarımıza hastalıkları ve tedaviyi anlatmak konusunda daha çok vakit ayrılabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık arama davranışı, sağlık algısı, sağlık bilişleri

ABSTRACT / SUMMARY

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND HEALTH COGNITIONS OF INDIVIDUALS AND HEALTH SEEKING BEHAVIOR

Dr. Veli DÖNDER

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine the Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Vildan Mevsim

Aim: In this study, it was aimed to reveal the relationship between health perception and health cognition as well as sociodemographic characteristics that may affect health seeking behavior.

Method: Our study was a cross-sectional descriptive study in which 418 patients aged 18-65 years were included from the DEU AHAD E-ASM population. Patients were selected from the list by simple random sampling method, informed about the study by phone call and invited to the ASM. Sociodemographic information questionnaire, Health Perception Scale, Health Cognitions Scale and Health Seeking Behavior Scale were administered to the participants by the researcher using face-to-face interview method. SPSS 24.0 package program was used for statistical analysis. Independent samples t test, ANOVA test and correlation analysis were applied in the evaluation of the data. In all analyzes, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Findings: Of the 418 participants, 61.5% ($n=257$) were female and 38.5% ($n=161$) were male. Statistically significant relationships were found between the health-seeking behavior scale and its subscale scores and marital status, age groups, educational status, employment status, presence of chronic disease and presence of chronic disease in the family ($p < 0.05$). Statistically significant relationships were found between the health perception scale and its subscale scores and gender, marital status, age groups, educational status, employment status, income level, presence of chronic disease and presence of chronic disease in the family ($p < 0.05$). Statistically significant relationships were found between health cognitions scale and sub-dimension scores and age groups, educational status, employment status, income level, chronic disease and presence of chronic disease in the family ($p < 0.05$). The correlation between

health perception scale and sub-dimension scores and health seeking behavior and sub-dimension scores was examined and it was observed that there was a weak negative correlation between health perception and sub-dimensions and traditional health seeking, while there was a weak positive correlation with other health seeking sub-dimensions ($p=0.00$; $r= -0.138$ / $p=0.00$, $r=0.209$, respectively).

Results: As a result of our research, it was seen that health perception is affected by many factors and this health perception is weakly positively correlated with health seeking behavior. Based on these findings, efforts to increase health literacy and raise awareness should continue. Since employees and those without chronic diseases show more online health seeking behavior, these results can be taken into consideration when planning strategies to improve health seeking behavior. It was observed that dysfunctional thoughts about diseases increased as the age of individuals increased. Therefore, more time can be allocated to explain diseases and treatment to our elderly patients.

Keywords: Health seeking behavior, health perception, health cognitions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2016 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre erkeklerde yaşam beklentisi 69,1 yıl iken kadınlarda ise bu süre 73,8 yıl olarak açıklanmıştır.(1) Erkeklerin kötü sağlığının başlıca sebepleri arasında erkeklerin risk alma davranışlarının daha fazla olması ve sağlık hizmetlerini gereğinden az kullanmaları gösterilmiştir.(2)

Kadınlar ve erkekler arasında, tüm dünyada hem erkeklerin kadınlardan daha genç yaşta ölmeleri hem de ölüme neden olan hastalıklara daha fazla yakalanmaları ve ölmeleri açısından belirgin farklılıklar vardır. Koroner Kalp Hastalıkları açısından erkeklerin daha riskli olduğu uzun yıllardır bilinmektedir. Avrupa’da tüm erkek ölümlerinin yaklaşık olarak yarısına koroner kalp hastalıkları neden olmaktadır. (3)

Bireylerin sağlık arama davranışları; bir rahatsızlık hissettikleri durumda, sağlık ile ilgili bilgi arayışında olduklarında ya da kendileri ile ilgili bir sorun tanımlamalarının ardından gerçekleştirdikleri davranışları içermektedir. Sağlık arama davranışı, kendisinde bir sağlık sorunu olduğunu veya hasta olduğunu algılayan/düşünen bireylerin uygun bir çare bulmak amacıyla üstlendikleri herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır.(4)

Türkiye Sağlık Bakanlığı 2008 yılı verilerine göre kolorektal kanser insidansı kadınlarda yüz binde 13,2 iken, erkeklerde yüz binde 20,8 olarak açıklanmıştır. (4) Fakat bu oranlara rağmen Türkiye’de yapılan az katılımlı çalışmalarda erkeklerde kanser taraması yaptırma ve yaptıрма düşüncesi oranları kadınlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Araştırmalar genelde erkeklerin sağlık hizmetlerini kadınlardan daha az kullandıklarını gerek yardım aramada gerekse belirtileri tanımlamada kadınlara göre daha fazla geciktiklerini göstermiştir.(5) Dahası erkeklerin son 12 ayda kendi aile hekimlerine daha seyrek göründükleri, hastaneye daha az başvurup ve daha az bir tarama testi veya genel sağlık kontrolü yaptırdıkları belirlenmiştir.(6) Benzer bir durum ruh sağlığı problemleri olan erkekler için de geçerlidir. Psikolojik destek arayanların sadece üçte biri erkektir ve problemleri daha ciddi ve kalıcı hale gelene kadar yardım arama davranışını geciktirmektedir.(7)

Yapılan farklı araştırmalarda erkeklerin kadınlara göre tüm yaş gruplarında birinci basamak sağlık hizmetlerine daha az başvurduğu bulunmuştur. En büyük fark 21-39 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Bu yaş gruplarında erkeklerin sadece yarısı birinci basamak sağlık

hizmetlerine başvurmaktadır. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili başvuruları hariç tutulduğunda dahi anlamlı bir fark bulunmaktadır. (8)

2005 yılında Danimarka’da yapılan bir çalışmada 36 milyon pratisyen hekim başvurusu ve 1,2 milyon hastane yatışı incelenmiş olup erkeklerin daha az birinci basamak sağlık hizmeti kullanımının daha geç tanı ve daha fazla hastane kullanımı yol açtığı görülmüştür. 50 yaş üstü erkeklerde tanısız tip 2 diyabet oranının kadınlardan 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. (9)

Kişinin öz sağlığıyla ilgili bireysel fikirleri, duyguları, peşin hükümleri ve umutlarının toplamı sağlık algısı olarak adlandırılır. Kişinin sağlığıyla alakalı olarak pozitif fikirlerin olması iyi sağlık algısı; negatif fikirlerinin oluşması kötü sağlık algısı olarak sınıflandırılır(10)

Bilişsel-davranışçı modele göre sağlık kaygısı, bireyin algıladığı sağlık tehdidinin derecesi, dört düşünce şekli ile kategorize edilmektedir. Bunlar; hastalığın olasılığı, hastalığın korkunçluğu, hastalık ile baş etme ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği şeklindedir. Bu dört kategoride elde edilen algı bireyin sağlığa ilişkin bilişlerini anlamamızı sağlar (11). Sağlık bilişleri kavramı, hastalıkla ilgili durumlar karşısında, insan davranışlarının altında yatan bilişsel süreçleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir(12) 2020 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmada cinsiyete göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Erkeklerin sağlık algısı puanının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada medeni duruma göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sağlık algısı puanının en yüksek bekarlarda, en düşük ayrılmış/dul grupta olduğu görülmüştür.(13)

Bu çalışmanın yapılma gerekçesi sağlık arama davranışını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulması, etkili faktörlerin belirlenmesine katkı sunmak ve bu faktörlere yönelik müdahale çalışmalarıyla insanların sağlık hizmetlerini daha verimli kullanması için farkındalık yaratmaktır.

Bu çalışmanın amacı sağlık arama davranışını etkileyebilecek sosyodemografik özelliklerin yanı sıra sağlık algısı ve sağlık bilişi ile ilişkisinin ortaya konması, bu faktörlere yönelik müdahale programları ve destek stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetine başvurmayı erteleme sonucu daha büyük ve kalıcı sorunların ortaya çıkmasından kaçınmak için olası önleme stratejileri üzerine çalışmalara yol göstermek hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Algısı

Temel hakların içinde olan sağlıklı olmak ve sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesini amaçlayan günümüz sağlık bakım politikaları, kişilerin sağlıklarının sorumluluğunun üstlenmesi ve sağlıklarını geliştirecek davranışları kazanması üzerine odaklanmaktadır (14)

Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde insan hayatının kaliteli ve değerli olmasının önemli bir yeri vardır. Her ne kadar sağlık evrensel bir kavram olsa da herkes tarafından farklı algılanmaktadır. Kişinin öz sağlığıyla ilgili bireysel fikirleri, duyguları, peşin hükümleri ve umutlarının toplamı sağlık algısı olarak adlandırılır. Kişinin sağlığıyla alakalı olarak pozitif fikirlerin olması iyi sağlık algısı; negatif fikirlerinin oluşması kötü sağlık algısı olarak sınıflandırılır (10). Sağlık davranışlarını etkilemesi bakımından sağlık algısı önemli bir göstergedir. Sağlık algısı arttıkça bireylerin davranışlarında sağlıklı olma olasılığı artar ve sağlığını çok iyi olarak algılayan birey kötü algılayan bireye göre yaşamını daha kaliteli geçirir (15). Sağlık algısı kişilerin kendi sağlıkları hakkında yaptıkları yorum ve değerlendirmeleri içerir. İyi sağlık algısı kişinin sağlığını iyi olarak algılaması pozitif hislerin oluşması, kötü sağlık algısı ise negatif hislerin taşınması ile gerçekleşir. Sağlığı hem objektif hem de subjektif yönleri ile ölçmek için sağlık algısının değerlendirilmesi oldukça uygun bir yöntem olarak kullanılmaktadır (16). Kişinin sağlığına etki eden sağlık tutumlarının ilerlemesinde düşünceler, duygular etkiliyken; toplumun sağlığını koruyan, devam ettiren ve daha ileri taşıyan; erken teşhis koyduran, hastalıktan daha önce sağlığa odaklanan tıbbi durumlar, sağlık algısı düşüncesi olarak tarif edilmektedir (17). Bu fikirler, insanların kişisel bakım sorumluluğunu almasına neden olarak, öz sağlığı ile ilgili doğru hükümler olması için bireylere arka çıkar. Birbirlerinden tamamen farklı şartlarda yaşayan toplumlarda sağlık algıları değişiklik göstermektedir (10). Subjektif düşünce duygu beklenti ve önyargılarını içerdiği gibi objektif değerlendirmeler ile de yakından ilgilidir (18). Bireyin sağlığını geliştirmesi ve devam ettirmesinde sağlık algısının etkisi vardır, bireyin yaşamında sağlıklı yaşam davranışları sergilemesi ve bunların tekrar edilmesinde de direkt bağlantısı vardır (19,20). Sağlık inanç modeli sağlık algısının hem sağlık davranışlarını hem de kişilerin kendi sağlığı ile ilgili üstlendikleri sorumlulukların etkilediğini savunmaktadır. Bu durumda gösteriyor ki sağlık algısı bireylerin sağlıklarının iyileştirici ve sağlıklarının sürdürülmesini sağlayan davranışlar kazandırmayı hedeflemektedir (18). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını; hastalık ya da sakatlığın olmamasının yanı sıra

bedensel, ruhsal ve sosyal yönden daha iyi olma, tam bir iyilik halinde olma şeklinde tanımlamıştır(21). Objektif olarak sağlık ise muayene ve tanı testleri ile saptanan herhangi bir patolojik durumun olmamasıdır. Bireye tam anlamıyla sağlıklı diyebilmek için kişinin hem objektif sağlığa hem de subjektif sağlığa sahip olması beklenmektedir (22). Kişilerin sağlık davranışlarının oluşumunda birçok değişkenin önemli etkisi vardır bunları inanç, tutum ve psikososyal vb. değişkenlerdir. Sağlık algısı, kişilerin bireysel bakım sorumluluğu almasını ve sağlıkları için doğru kararlar almasına motive eder. Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili değişikliklere karşı hassas olmaları sağlık algısının değerlendirilmesi ile önem kazanabilir.(23) Bireyin sağlık durumunu özümseyebilmesi için sağlık algısı sık kullanılan bir ölçme yöntemidir (22,24) Sağlığın tanımlanmasında görülen farklılar hastalığın algılanmasında da geçerlidir. Kimi bireyler için sağlık "toplumsal görevleri yerine getirebilme durumu" iken kimi bireyler için soğuk algınlığı büyük bir hastalıktır (25). Bir bireye sağlık durumu yerinde demek için; kişinin kendini subjektif olarak sağlıklı objektif olarak sağlıklı olduğunu kanıtlaması gerekir. Birçok zaman laboratuvar sonuçları kişiyi hasta olarak işaret etse de kişi kendini sağlıklı olarak ifade edebilir bu birçok sebepten kaynaklanabilir. Örneğin kişiler hastalık konularında inkârcı olabilir, bu da kişinin sağlık algısının yüksek olduğu sonucuna dayanır. Diğer bir kısım ise hiçbir objektif bulgusunun bulunmamasına rağmen birey kendinin hasta olarak ifade eder. Bu farklılıkların sebebi algılanan sağlık algısının psikolojik, biyolojik ve sosyal durumlarının sağlığı algılama biçimi üzerinde etkin bir şekilde ortaya çıkmasıdır. Sağlık davranışı, bireylerin sağlıklı olma durumlarını korumak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlardır bu davranışların oluşmasında inanç, algı ve tutum gibi faktörlerin etkisi olmaktadır (Vergi, 2018). Pek çok randomize kontrollü çalışmada, sağlık ölçümlerinin yorumlanmasında bireylerin sağlıklarına yönelik kişisel algıları ölçümlü bir veri olarak ele alınır. Algılanan sağlık, sağlığın fiziksel, kültürel ve duygusal öğelerini bütün olarak kapsamaktadır. (Kaya,2014)

İnsan hayatının kaliteli ve değerli olmasında sağlığın korunması ve sürdürülmesi önemli bir yer tutar. Sağlık evrensel bir kavram olmasına rağmen herkes tarafından farklı olarak algılanmaktadır. Sağlık kavramı önceki zamanlarda "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı", hastalık kavramını da "sağlıklı olmama" şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır (26) (27) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını; hastalık ya da sakatlığın olmamasının yanı sıra bedensel, ruhsal ve sosyal yönden daha iyi olma, tam bir iyilik halinde olma şeklinde tanımlamıştır. (21)

Sağlığın farklı olarak algılanmasında bireyin inançları ve değerleri, toplumdaki sosyal konumundan ve sorumluluklarından etkilenmektedir. Bir bireye sağlıklı diyebilmemiz için hem

subjektif olarak iyi hissetmesi hem de objektif olarak tam iyilik hali olması gerekir. Subjektif sağlık, bireyin kendini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden algılaması halidir. Objektif sağlık ise tıbbi tanı ve testler sonucu iyilik halinin belirtilmesidir (27).

Bireyin kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmesinde uygun ve doğru kararlar alması, sorumluluk sahibi olması, iyilik halinin devamlılığının sağlanması yönünde sağlık anlayışına yönelik olumlu davranışlar kazanmalıdır(28). Bireyin kendi sağlığı ile ilgili duygusu, düşüncesi, önyargısı, endişesi ve beklentisi bireyin sağlık algısını oluşturmaktadır. Sağlık algısı kişiden kişiye, toplumlar ve kültürler arasında değişkenlik göstermektedir. Sağlık algısını ölçmek için bireye sorular yöneltilir ve sağlığını nasıl değerlendirdiğini söylemesi istenir. Sağlığı objektif olarak değerlendirmede yetersiz kalındığı durumda sağlık algısı değerlendirilerek kişinin sağlığı ölçülmektedir (22,24). Bireylerin sağlık ve hastalıkla ifade ettikleri belirtiler ve şikayetleri yapılan tetkikler ile desteklendiği görülmekte, bu da sağlık algısının tanı koymada önemli bir ölçüt olduğunu ve bütüncül sağlık göstergesi olduğunu ortaya koymaktadır (29)(30). Sağlık algısını birey kendisini öznel olarak değerlendirmelidir. Bireylerin bazıları birden fazla kronik hastalığa sahipken kendini sağlıklı olarak ifade ederken, tanısı konmuş hastalığı bulunmayan birey kendini hasta olarak hissedebilir. Sağlık algısı bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak çok boyutlu değerlendirmesini sağlayan kolay, basit fakat güçlü bir sağlık göstergesidir.

2.1.1. Sağlık Algısını Etkileyen Faktörler

Sağlık algısını etkileyen ve sağlık davranışlarını etkileyen içsel ve dışsal faktörler vardır. Sağlığı geliştiren davranışları olumsuz etkileyen faktörler bireyin fizyolojik ve psikolojik özellikleri, sağlık durumu, çevresiyle olan ilişkileri, motivasyon ve kişisel nedenlerdir. Olumlu etkileyen faktörler sağlığı geliştiren faktörlerin yararını algılanması, olumlu değişikliklere karşı farkındalık kazanılması ve aile, arkadaş, sosyal kurumlar, kanunların varlığı olarak sunulmaktadır (31)

Amerika'da halk sağlığı araştırmacıları 1950'lerde planlanan bir araştırmada koruyucu sağlık davranışlarının yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik sebepler, genetik gibi birçok faktörün etkili olduğunu, ancak sağlık hizmetleri sunumu ücretsiz olduğunda bile sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin daha az sağlık hizmeti aldıklarını fark etmiş olup, sağlık davranışlarını başka faktörlerinde etkilediği kanısına varmışlardır (32,33). Bu durumda Sağlık İnanç Modeli kavramı ortaya çıkmıştır. Kişilerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve

tutumlarından etkileneceğini ortaya koymaktadır (34). Bu inanç ve tutumlar sağlık davranışı için olumsuz ise bu durumlara yönelik eğitim ve tedavi verilmelidir. Sağlık İnanç Modeli astım, diyabet, osteoporoz, meme kanseri pap-smear taramaları ve bağışıklama programları ile ilgili birçok çalışmada kullanılmıştır (35). Cerrahi hastaların sağlık algılarını etkileyen faktörleri araştırmak için 2018'de yapılmış bir çalışmada eğitilmiş ve evli olmanın hastaneye ilk yatışta sağlık algısını olumlu yönde etkilediği görülürken, yaşın yüksek olması, kronik hastalık varlığı, iki veya daha çok çocuğa sahip olmanın ise sağlık algısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (36).

2.1.2. Sağlık Algısının Davranışa Etkileri

Sağlık İnanç Modeli, hastalık, hastalıkta bireyin rolü, sağlık test ve taramaları, önleyici sağlık uygulamalarında bulunmayı içermektedir. Bireyin Sağlık İnanç Modeline göre sağlık davranışı kazanmasında, sağlık ve hastalık kavramını algılamasını, hastalığa yakalanma riskini, hastalığın ciddiyetini ve sonuçlarını, tedbirin önemi, riskleri en aza indirmenin ve tedavinin faydasını algılamasına bağlıdır (37). Bireylerin Sağlık İnanç Modeline göre sağlıklarını koruma ve geliştirmede olumlu sağlık davranışlarını kazandığı, olumsuz sağlık davranışlarından ise kaçındıkları görülmektedir. Sağlık davranışı kazanmada spor yapma, düzenli ve sağlıklı beslenme, düzenli sağlık taramaları yaptıрма, koruyucu olan aşı uygulamalarını yaptırmak sağlıklı olmayı hedefleyen davranışlarda bulunmayı, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımından uzak durma gibi olumsuz davranışlardan kaçmayı gerektirmektedir.(38). Sağlık algısı ve davranışı kişiden kişiye sosyokültürel farklılıkların olmasıyla, cinsiyet farklılığı, yaşları, eğitim durumları, psikolojik ve ekonomik faktörleri gibi değişkenler ile farklılıklar göstermektedir (33).

2.2. Sağlık Bilişleri

Bilişsel-davranışçı modele göre sağlık kaygısı, bireyin algıladığı sağlık tehdidinin derecesi, dört düşünce şekli ile kategorize edilmektedir. Bunlar; hastalığın olasılığı, hastalığın korkunçluğu, hastalık ile baş etme ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği şeklindedir. Bu dört kategoride elde edilen algı bireyin sağlığa ilişkin bilişlerini anlamamızı sağlar (11). Sağlık bilişleri kavramı, hastalıkla ilgili durumlar karşısında, insan davranışlarının altında yatan bilişsel süreçleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (12). Dolayısıyla, bireyin hasta olma

olasılığı, hastalığın korkunçluğu, hastalık ile baş etme ve sağlık hizmetlerinin yetersizliğine dair algıları, bireyin sağlık kaygısıyla da ilişkilidir (11). Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre sağlık kaygısının temelinde, bireyin çocukluğunda geliştirdiği uyum bozucu temel inançlarının etkili olduğu düşünülmektedir (39). Bu uyum bozucu inançlar ise bireyin geçmiş yaşantılarından, yakın ailesinde deneyimlediği veya hasta ebeveyninin hastalık süreçlerinden ileri gelen öğretilerden kaynaklandığı düşünülmektedir (40). Sağlık kaygısını açıklamada yaygın olarak kullanılan bilişsel davranışçı modele göre; şiddetli sağlık kaygısına sahip bireylerin normal bedensel belirtileri yanlış veya gereğinden yoğun şekilde algılamaları, bu belirtilerin sürekli olarak bedensel bir hastalıkmiş gibi yorumlamalarına yol açtığını savunur (41). Sağlık kaygısına yol açan yanlış yorumlamalar, normal bedensel semptomların seçici dikkat ile negatif şekilde algılanması sonucu, bireyin hastalık ve sağlık ile ilgili oluşan genel inançlarından da kaynaklanmaktadır. Bu yanlış yorumlar bireyin kaygı düzeyini artırır, birey yine bu kaygının azaltılmasına yönelik bedeni kontrol etme ve tıbbi güvence davranışlarında bulunma eğilimi gösterir. Yanlış yorumlamalar bu şekilde daha da artar ve birey kendini bir çeşit kısır döngünün içerisinde bulur (41).

Sağlık kaygısının ortaya çıkmasını ve devamını sağlayan koşullar bilişsel davranışçı yaklaşıma göre şu sıralamada da ele alınmıştır. Öncelikle birey hasta olma ve hastalık süreci ile ilgili uyum bozucu düşünceler geliştirir. Ardından geçmiş tecrübelerinden dolayı başına geleceklerin neler olduğuyla ilgili kaygı geliştirir. Vücudunda değişiklikler olduğunu ve bu değişiklikleri hastalık habercisi olarak yanlış bir şekilde yorumlar. Son olarak bireyin, medikal testlere ve ilaçlara olan ilgisi artar ve hasta olandan kaçarak kendini olası bir hastalığa karşı koruma eğilimine girer; böylece güvenlik ve kaçınma davranışları geliştirir (42). Sağlık kaygısında temelde yanlış yorumlanan birkaç semptom vardır. Bunlar, göğüste ağrı, baş ağrısı, bazı uzuvlarda acı hissi, titreme, terleme, hissizlik ve belli uzuvlarda karıncalanmadır. Birey bu semptomları yanlış yorumlar ve önemli bir hastalığın habercisi olarak algılar. Bu sebeple kaygı seviyesi yükselir. Kaygıdan kaynaklanan ikincil semptomlar, kalp çarpıntıları artar, terlemeye başlarlar, titrerler, mide ve bağırsak sistemlerinde rahatsızlıklar ortaya çıkar (43). Marcus ve arkadaşlarının araştırma sonuçları sağlık kaygısı yaşayan bireylerin sağlığa dair belirli irrasyonel düşüncelerinin olduğunu destekleyici niteliktedir. Bu düşünceler sırasıyla bedensel duyuların tehlikeli olduğu inancı, hastalığın kontrol edilemeyeceği, sağlıklı olabilmemin sadece bedensel semptomların yokluğunda olabileceği ve sağlık sorunlarının kaçınılmaz olduğu şeklindedir (11). Sağlık Bilişleri Ölçeği araştırma sonuçları, bir sağlık kognisyonu derecesi olarak, sağlık kaygısı bilişsel-davranışsal modeline göre tanımlanmıştır. Warwick ve Salkovkis (1990) bulguların sağlık kognisyonu bilişsel-davranışsal modelini desteklediğini öne sürmüştür

ve bu da yaşanan sağlık tehdidinin derecesinin bu kognisyonların bir işleyişı olduğunu ileri sürmüştür. Hadjistavropoulos ve arkadaşlarının çalışma sonuçları, bilişsel davranışsal modelin, sağlık kaygısı kognisyonlarının, depresyon ve kaygı kontrol altına alınsa bile, sadece sağlık kaygısına bağlı olacağı gibi sonuca dair birtakım tahminleri doğrular (44).

2.3. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık kavramının tanımlanmasına yönelik çeşitli çabalar sarf edilmiş, araştırmacılar sağlık kavramının farklı yönlerine dikkat çekmişlerdir. Sağlık kavramının tanımlanmasına ilişkin bu çabalar neticesinde ortaya çıkan çeşitli tanımlardan bir kısmı sağlığın negatif tanımları şeklindeyken, bir kısmı ise sağlığın pozitif tanımlarına yer vermiştir. Sağlık kavramının tanımlanmasına yönelik bu çabalar sürerken DSÖ sağlığa ilişkin hem geniş kabul gören hem de sıklıkla eleştirilen bir tanım yapmıştır. Bu tanıma göre sağlık sadece negatif tanımlarda olduğu gibi sağlıksızlık halinin olmaması değil, aynı zamanda pozitif tanımlardaki şekliyle bir iyilik halinin de bulunması olarak tanımlanmıştır. DSÖ'ye göre sağlık “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (45). Bu tanım, sağlık tanımları arasında açık ara en çok bilineni ve en çok kullanılanı olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak DSÖ tarafından yapılan ve geniş kapsamlı olan bu tanım da yıllar içerisinde tartışmalara konu olmuştur. Öncelikle bu tanım pratik bir çerçeve sunmamakta ve özellikle değer temelli bakımın (value-based care) geliştiği yeni döneme uyum sağlayamamaktadır (46). Araştırmacılar sağlık kavramının bu tanımından yola çıkarak “sağlıklılık” halinin sağlanması çok zor olduğunu, aynı zamanda değişen koşullara uyum sağlamadığını belirtmektedirler (47). Bu tanım ile beraber sağlıklı olma kriteri, ulaşılabilir bir noktanın ötesine konulmuştur. Zira bu tanımda belirtilen kriterlerin gözetilmesi; hafif sağlık problemleri, yönetilmesi kolay olan ve iyi yönetilebilen kronik hastalıkları veya küçük bir takım engellilik durumları olan bireyleri de sağlıksız olarak sınıflandırmak anlamına gelmektedir (48). Örneğin diyabet gibi kronik bir hastalığı olan bir birey uygun yaşam biçimi düzenlemeleri ve periyodik takip ile herhangi bir hastalığı olmayan bir birey gibi yaşamını sürdürebilmekte, yaşamdan zevk alabilmekte ve sosyal rollerini yerine getirebilmektedir. Öte yandan eskiden akut ve ölümcül bir hastalık olarak tanımlanan HIV/AIDS gibi bir hastalık dahi artık kontrol altında tutulabilmekte ve HIV pozitif bireyler de uzun yıllar boyunca sağlıklı bir yaşam sürebilmektedir. Dolayısıyla bu hastalık da artık kronik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (49). Ayrıca bu tanıma göre gözlük kullanan veya diş teli kullanan

insanların da sağlıklı olarak sınıflandırılması mümkün değildir (46). Bu nedenle DSÖ tanımı sorgulanırken yeni sağlık tanımlarının yapılmasına yönelik çabalar da ortaya konulmaktadır (Leonardi 2018). Son dönemde DSÖ tanımında yer alan hastalık ve sakatlığın olmaması ifadesi; toplumsal yapı ile demografik ve epidemiyolojik değişimler neticesinde geçerliliğini yitirmiş görünmekte, tam bir iyilik hali ifadesi ise sağlanması zor bir kriter olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık kavramının güncel koşullara uygun olarak tanımlanması gerekmektedir. Bu tanımların birinde Card (2017) sağlığı şu şekilde ifade etmektedir: “Sağlık fiziksel ve psikolojik olarak bir iyi olma deneyimidir. İyi sağlık ve kötü sağlık bir ikilem değil, süreklilik olarak ortaya çıkar. Hastalık veya sakatlığın olmaması iyi bir sağlık durumu için ne yeterli ne de gereklidir”. Bu tanım DSÖ tanımı ile ters düşmemekte, sağlığı bir esenlik deneyimi olarak tanımlamaktadır. Bununla beraber DSÖ tanımından farklı olarak hastalık veya sakatlığın bir dereceye kadar var olmasını sağlıklı olma durumu açısından diskalifiye edici bir kriter olarak öne sürmemektedir (46). Bir başka tanımda sağlık kavramı “birtakım hastalıklara ve/veya sakatlıklara rağmen, yaşamdan maksimum fayda sağlama” şeklinde ifade edilmektedir (Söyler ve Çavmak 2019). Bu daha güncel tanımlar, son dönemde literatürde yer alan sağlık tanımlarının birçoğu ile uyum içerisindedir. Örneğin Bircher ve Kuruvilla (2014)’ya göre “Sağlık, bireylerin biyolojik olarak sahip oldukları ve bireysel olarak edindikleri potansiyellerini yaşamın gereklilikleri çerçevesinde refahı artıracak şekilde yönetmek için kullandıklarında ortaya çıkar.” Bu tanımda sağlık bir süreç olarak ifade edilmekte ve bu sürecin yaşam boyunca devam ettiği, sağlığın belirleyicilerinden olan sosyal ve çevresel belirleyiciler içerisinde yer aldığı belirtilmektedir (48). Bu tanımlarda görüleceği üzere sağlık kavramı ile ilgili olarak artık, bireylerin toplumun kendilerinden beklediği rolleri yerine getirebilmesi, kişinin hastalık ve sakatlığı olmasına rağmen yaşam kalitesinin yüksek olması, gerçekleştirmek istediği fonksiyonları yerine getirebilmesi gibi noktalar ön plana çıkmaktadır. Ayrıca bu tanımlarda sağlığa ilişkin olarak yaşamın taleplerine yanıt verme ile ilgili bir süreklilikten bahsedildiği de görülmektedir. Sağlık kavramının tanımlanması, bazı çevrelerce gereksiz veya aşırı teorik bir çaba olarak görülmesine rağmen, sağlıklı olma durumunun ne olduğunun tanımlanması hem bireylerin hem de toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Zira bu çaba neticesinde sağlıklı olarak nitelendirilen durumların araştırılması, sebeplerinin ortaya konulması ve sağlığın tesis edilmesi ile geliştirilmesi de mümkün olabilmektedir (Söyler ve Çavmak, 2019).

Sağlık davranışları sağlık statüsü üzerinde etkili olan en önemli faktörlerden biri olarak ön plana çıkmaktadır. Birçok araştırma sağlık çıktıları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi açıkça ortaya koymuş, yine birçok araştırmada sağlık davranışının mortalite ve morbidite

açısından önem arz ettiği ifade edilmiştir. Birtakım çalışmalarda ise sağlık davranışlarının kronik hastalığın başlamasını geciktirerek ve aktif yaşam süresini uzatarak yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğine dikkat çekilmiştir (32). Sağlık davranışları; genetik, çalışma ortamı ve iş çevresi de dahil olmak üzere yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık durumuna etki eden önemli bir faktör olarak ön plana çıkmakta; sağlıklı olma halinin korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesi için gerekli olan davranışlar şeklinde tanımlanabilmektedir (50). Diğer bir bakış açısına göre ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili davranışlar, sağlık davranışı olarak tanımlanmaktadır (51). Zaybak ve Fadiloğlu ise sağlık davranışını “bireylerin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak amacıyla inandığı ve uyguladığı davranışlar bütünü” olarak tanımlamaktadır (52). Sağlıkla ilgili davranışlar (health-related behaviors) olarak da adlandırılabilen sağlık davranışları; bireyler tarafından gerçekleştirilen, sağlıklı olma halini veya ölüm oranlarını etkileyen eylemler olarak ifade edilmektedir. Bu eylemler bilinçli olarak ya da bilinçsiz olarak gerçekleştirilebilmekte, eylemi gerçekleştiren kişinin ya da başkalarının sağlığını geliştirebilmekte veya bozabilmektedir. Bu eylemler arasında sigara ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı, diyet, fiziksel aktivite, uyku, riskli cinsel eylemler, sağlık hizmeti arama davranışları ve hekimin önerdiği tedaviye bağlı kalma gibi önemlieylemler de yer almaktadır (53). Sağlık davranışları sağlığı iyileştiren ve geliştiren eylemler gibi, kişinin hastalık riskini artıran eylemleri de içeren geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir (54). Sağlık davranışı geniş anlamda hastalıkların tespit edilmesi ya da sağlık ve esenliğin geliştirilmesi için gerçekleştirilen her türlü faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hizmetlerin kullanılması, diyabette olduğu gibi bir takım tıbbi rejimlere uyum sağlanması ve kişinin kendi yönettiği egzersiz, diyet ya da sigara kullanımı gibi davranışların tümü bu tanımın işaret ettiği davranışlar arasında yer almaktadır (32) Literatür incelendiğinde sağlık davranışı, hastalık davranışı ve hasta rolü davranışı şeklinde bir sınıflandırmanın mevcut olduğu görülmektedir. Sağlık davranışı bireyin bir hastalığı önlemek için ya da hastalık henüz asemptomatik iken tespit edebilmek için gerçekleştirdiği herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Hastalık davranışı, hasta/rahatsız hisseden bir bireyin bu hastalığın teşhisi ve uygun şekilde tedavisi için gerçekleştirdiği herhangi bir davranıştır. Bu kapsamda ifade edilen davranışlar; bireylerin sağlıkları ile ilgili şikâyetlerini arkadaşlarına, akrabalarına ya da sağlık alanında eğitim almış kişilere ileterek bu kişilerden bir danışmanlık almaya çalışması olarak ortaya çıkabilmektedir. Hasta rolü davranışı ise kendisinin hasta olduğunu kabul eden bireylerin iyileşmek amacıyla üstlendikleri faaliyetlerdir. Bu faaliyetler uygun profesyonellerden tedavi almayı da içerecek şekilde bir dizi birbirine bağlı davranışı içermekte ve bireyin birtakım sorumluluklarını bir dereceye kadar ihmal etmesine yol açmaktadır.

Toplumda hasta olmak ile ilgili olarak açık ve açık olmayan kurallar vardır. Hasta rolü davranışı tanımlamasına göre birey hastalandığı için sorumluluklarını gerçekleştirememesi durumundan sorumlu tutulamamakta, normal sosyal zorunluluklarından bir anlamda muaf tutulmaktadır. Ancak hasta rolü genellikle istenmediği ve bir noktada da normalden sapmış olarak görülmekte olduğundan, birey iyileşmek için çaba göstermek ve uygun bir yardım arama davranışı göstermek zorundadır. Burada doktor veya ilgili alan uzmanının tamamlayıcı bir rolü bulunmaktadır. Bu uzman, hasta kişinin iyileşmesinde ve normal sosyal sorumluluklarına geri dönmesinde rol oynamaktadır (55).

Hastalık davranışı terimiyle, farklı bireylerin algıladıkları semptomlar ve rahatsızlıkları farklı şekillerde değerlendirebileceği, bu doğrultuda önlem almak ve/veya teşhis ve tedavi için harekete geçebileceği ya da geçmeyebileceğine de atıfta bulunmaktadır. Bir hastalık veya rahatsızlıkla ilgili daha önceki deneyimler, konuya ilişkin eğitim düzeyi vb. nedenlerle bireylerin bir kısmı hızlıca harekete geçerek yardım arayabilirken, bir kısmı ilgili semptom ve rahatsızlıkları göz ardı edebilmektedir. Dolayısıyla hastalık davranışı teşhis ve tedavinin başlayıp başlamayacağını dahi belirlemektedir (56). Zira bireylerin sağlığa ilişkin algıları ve sağlık davranışları ile risk altında olduklarını düşündüklerinde gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışları incelenmeden herhangi bir sağlık hizmetinin gerektiği şekilde kullanılamayacağı ifade edilmektedir. Görüldüğü gibi sağlık ve hastalık süreci birtakım aşamalardan oluşmakta, her aşamasında bireylerin farklı rollere sahip olması ve belirli davranışlar gerçekleştirmesi beklenmektedir. Sağlık davranışları ile sağlık durumunun bozulmasını ve hastalıklara yakalanmayı önlemek amaçlanırken, bireyler bir rahatsızlık hissettiklerinde ise hastalık davranışı sürecini deneyimlemektedirler. Burada artık bir sorun olduğunun kabul edildiği ve soruna ilişkin bilgi almayı da içeren birtakım davranışların gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu noktada iyileşmek için çaba gösteren bireylerin ise hasta rolü davranışı gerçekleştirdikleri ifade edilmektedir.

Dolayısıyla bu tez çalışması kapsamında irdelenen bireylerin sağlık arama davranışları; bir rahatsızlık hissettikleri durumda, sağlık ile ilgili bilgi arayışında olduklarında ya da kendileri ile ilgili bir sorun tanımlamalarının ardından gerçekleştirdikleri davranışları içermektedir. Sağlık arama davranışı, kendisinde bir sağlık sorunu olduğunu veya hasta olduğunu algılayan/düşünen bireylerin uygun bir çare bulmak amacıyla üstlendikleri herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır (4). Mahmood ve ark. ise sağlık arama davranışını bireylerin algıladıkları kötü sağlık durumunu düzeltmek için üstlendikleri iyileştirici eylemler dizisi olarak tanımlamıştır. Diğer bir tanıma göre sağlık arama davranışı sağlık durumunu sürdürmek ya da bozulan sağlık durumunu düzeltmek için gerekli olan tüm davranışları içeren bir kavram

olarak ifade edilmektedir. Buna ek olarak sağlık arama davranışının sağlık kaybına neden olan durumdan kurtulma ve hastalığa ilişkin seyrin ve etkilerin azaltılması ile ilgili davranışları da içerdıği belirtilmektedir (57). Bireyler bir rahatsızlık hissettiklerinde çeşitli arayışlar içerisine girebilmektedirler. Bunlar bazen bir hekime başvuru olarak ortaya çıkabilmekteyken, bazen kendi kendine ilaç kullanma, güvendiği bir kişinin önerilerine uyma gibi davranışlar olarak görülebilmektedir. Bazı durumlarda ise doğaüstü güçlerden yardım bekleme gibi davranışlarla da karşılaşmaktadır (58). Kırac ve Öztürk (2021) da benzer şekilde geliştirmiş olduğu “Sağlık Arama Davranışı Ölçeği” içerisinde sağlık arama davranışını çevrimiçi yöntemle sağlık arama davranışı, geleneksel sağlık arama davranışı ve profesyonel sağlık arama davranışı olarak sınıflandırmıştır(59).

2.4.1. Geleneksel Sağlık Arama Davranışı

Yardım arama davranışı, kişinin yaşadığı toplumsal değerlerden, toplumsal etmenlerden, aile üyelerinin tedavi arayışına dahil edilmesinden, kişide var olan ruhsal hastalıklardan ve psikolojik etmenlerden etkilenmektedir (60). Bireyler, çeşitli nedenlerle sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarını değerlendirdiklerinde sağlık hizmeti arama kararı verme noktasına gelmektedirler. Ancak sağlık hizmeti arama kararı karmaşık bir yapıya sahiptir. Aile ve arkadaş çevresi, dini veya kültürel olabilen geleneksel şifacılar ya da farklı sağlık kurumlarında yer alan sağlık profesyonellerine başvuru şeklinde farklı kanallarla sağlık arama davranışı gerçekleştirilebilmektedir (61). Bu çerçevede genel bir yanılısma, bireylerin sadece iyi olma hallerini göz önünde bulundurarak sağlık hizmeti talep edeceğidir. Esasında burada birçok farklı faktörün de yer aldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Burada yer alan sağlık inançları, ekonomik koşullar, demografik ve kültürel değışkenler, sağlık hizmeti arama kararını ve bu hizmetlerin kimden talep edileceğini etkileyen önemli faktörlerdir (62).

Modern sağlık hizmetleri örgütlenmesinin yanı sıra, geleneksel şifacılar, aktarlar, kırık-çıkıkçılar, formal eğitimi olmayan ebeler gibi bir takım geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar da sağlık hizmeti talep eden bireylerin tercih ettiği uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Öte yandan, modern sağlık hizmetlerine başvuran ancak burada şifa bulamadığını düşünen, sıkıntıları geçmeyen ya da sorunlarının kötüleştiğini düşünen bireyler modern sağlık hizmetlerinden ziyade şifalı bitkileri ya da besin takviyelerini de reçete edebilen geleneksel sağlık hizmetlerine yönelebilmektedirler (63).

Uygun sağlık hizmetlerinin neler olduğuna ilişkin bilgi eksikliğinin olması da bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde problemler yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu durum bazı

toplumlarda daha yoğun bir şekilde görülebilmektedir. Örneğin Nijerya’da gerçekleştirilen bir araştırmada, toplumun neredeyse üçte birinin hangi hizmetlerin uygun sağlık hizmetleri olduğuna ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bireylerin azımsanamayacak bir kısmı geleneksel şifa evleri, kiliseler, ruhani şifa evleri vb. yerleri tedavi kaynağı olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada katılımcıların yarısından fazlası geleneksel ilaçların Ortodoks ilaçlara göre daha etkili olduğu konusunda düşüncelere sahiptirler veya hangisinin daha etkili olduğu konusunda kararsız kalmaktadırlar (64).

Metin girmek için buraya tıklayın veya dokununuz. Geleneksel tıp, sağlığın korunmasında, fiziksel, zihinsel veya sosyal hastalıkların teşhisinde, önlenmesinde veya ortadan kaldırılmasında kullanılan, açıklanabilir olsun veya olmasın; teorilere, inançlara ve yerli kültürel deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı olarak tanımlanmaktadır (65). Kültürden kültüre farklılık gösterebilen şifacılar genel olarak doğaüstü güçlere sahip olduğuna inanılan kişiler, dini roller üstlenmiş şifacılar ile bitkisel ürünleri tedavi amaçlı kullanan kişiler olarak sınıflandırılabilir. Bitkilerle tedavi uygulayan kişiler gibi şifacılar da kırıkçı-çıkıkçı, sünnetçi, dükkânlarda veya pazarlarda ilaç satan kişiler gibi alt sınıflara ayrılabilir (66).

Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin organizasyonunda yaşanan sorunlar ve ilaç gibi ürünlere erişimde yaşanan sıkıntılar nedeniyle bireyler alternatif kaynaklara yönelebilmekte, geleneksel ürünleri şifa bulmak amacıyla kullanabilmektedir (63). Amegbor ve ark. tarafından yaşlı popülasyon üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre sağlık sigortasına sahip olmayanların geleneksel yöntemleri tercih etme ihtimali sağlık sigortasına sahip olanlara göre daha yüksektir. Öte yandan gelir düzeyi arttıkça geleneksel yöntemlere başvurma ihtimalinin azaldığı ortaya konulmuştur. Dolayısıyla bu araştırma neticesinde geleneksel tedavi yöntemlerinin çoğunlukla ekonomik olarak düşük seviyede ve sağlık sigortasından yoksun kesim tarafından kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hjelm ve Atwine genel yaşam koşullarının, bireysel inançların ve cinsiyet ile ilgili konuların sağlık arama davranışını etkilediğini öne sürmektedir. Aynı çalışmada kadınların ekonomik gücünün çoğunlukla eşlerine bağlı olduğu toplumlarda, ekonomik sebeplerle profesyonel sağlık hizmetleri yerine alternatif yöntemlerin tercih edilebildiği belirtilmiştir. Bu durum da çeşitli faktörlerin tek tek ya da birlikte geleneksel sağlık arama davranışı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.(63)

Kenya’da geleneksel ve bitkisel tedavilerin ele alındığı bir araştırmada tahmini olarak her bir tedavi uygulayıcısının yılda yaklaşık 2000 hastaya tedavi uyguladığı belirtilmiştir. Yine tahmini olarak genele yansıtıldığında geleneksel tedavi uygulayıcıları ile hasta temasının yıllık 80 milyondan fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu merkezlere başvuru şikâyetlerin devlete

bağlı sağlık hizmet sunucularına başvurularla benzerlik gösterdiği de ifade edilmektedir. Araştırmanın sonucunda özellikle kırsal kesimde yaşayan düşük gelirli kesimlerin sağlık hizmetlerini hükümet düzenlemelerine bağlı olmayan geleneksel sağlık hizmeti sunucularından talep ettiği bildirilmiştir. Bu araştırmada esasında hane halklarının sağlık arama davranışı çerçevesinde mantıklı kararlar verdikleri, ulaşılabilir olduğu takdirde hastanelerden hizmet almak istedikleri belirtilmiştir. Hastanelerin uzak olduğu durumlarında bölgesel klinikler ve diğer sağlık merkezlerini tercih etmektedirler. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda ise geleneksel tedavi yollarını tercih etmektedirler (67).

Ülkemizde hekime başvuru oranları özellikle sağlıkta dönüşüm programının ardından artış göstermiştir (2002 yılında kişi başına 3,1 başvuru, 2019 yılında kişi başına 9,8 başvuru) (68). Bu durum da bireylerin erişebilir oldukları durumda resmi sağlık kurumlarını tercih edebileceklerine ilişkin önemli bir göstergedir. Bu çerçevede ele alındığında sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artırılması önem arz etmektedir. Burada değinilmesi gereken diğer bir konu ise erişilebilir dahi olsa bireylerin resmi sağlık hizmetlerine erişim sağlamaları için gerekli bilgi düzeyine sahip olması gerektiğidir. Bu anlamda sağlık okuryazarlığının artırılması, buna yönelik önlemler alınması gerektiği yadsınamaz bir gerçektir.

Bireyleri geleneksel yöntemlerle sağlık aramaya iten sebepler arasında, bu kişilerin sağlık ve hastalığa ilişkin sağlık inançlarının da yer aldığı bilinmektedir. Örneğin sağlık durumu bozulan ve sağlıklı olma haline dönmek isteyen ya da sağlık durumunu sürdürmek isteyen bireyler sağlık ve hastalığın kaynağının doğaüstü güçler olduğuna inanıyorsa, sağlık arama davranışı da doğaüstü güçleri olduğuna inanılan şifacıları veya bitkileri tercih etmek şeklinde gerçekleşebilmektedir. (69), (63), (70). Ayrıca Güleç ve ark. sıra bekleme ve randevu alma gereksinimi olmaması, hizmet bedellerinin ödenebilir düzeylerde olması, kullanılan araç ve gereçlerin ulaşımının kolay olması gibi nedenlerle bireylerin geleneksel yöntemlere modern yöntemlerden daha kolay ulaşabildiğini ifade etmektedirler(71). Stekelenburg ve ark. da benzer şekilde bekleme süresinin önemli bir faktör olduğunu tespit etmiştir.(66) James ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre Ebola hastalığını atlatmış bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı sağlık hizmetlerine yönelmesinde etkili olan faktörler; resmi sağlık hizmeti sunan kurumlarda ilaçların erişilebilirliği konusu ve sağlık hizmet sunucuları ile diğer hastaların olumsuz davranışları olarak ifade edilmiştir. Bu çerçevede bireylerin modern sağlık hizmetleri örgütlenmesinde ihtiyaç duydukları ürünlere erişip erişememesi ile damgalanma şeklinde gerçekleşen davranışlar nedeniyle de alternatif kanallara yönelebildikleri görülmektedir (72).

Ülkemizde de tıp dışı olduğu ifade edilen ancak toplumun geniş bir kısmı tarafından terk edilemeyen çok sayıda ilkel ve büyüsel inançlar ile bunlara bağlı olarak ortaya çıkan pratikler olduğu bilinmekte, bu tür uygulamaları kullanma eğiliminin daha da arttığı gözlemlenebilmektedir (73)

Ünal ve ark. gerçekleştirdikleri araştırmada bireylerin çare arama davranışlarında geleneksel/dinsel yöntemlerin de önemli bir yeri olduğunu tespit etmişlerdir. Bireylerin bir kısmı rahatsızlıkları için daha önce geleneksel yöntemlere başvurduklarını ifade ederken, bir kısmı da bir yakınlarında böyle bir problemin olması durumunda geleneksel yöntemleri önerebileceklerini ifade etmişlerdir (74).

Geleneksel şifacılarla ilişkin üç farklı görüşün olduğu ifade edilmektedir. Bunlardan ilkinde göre özellikle bazı kırsal kesimlerde resmi sağlık hizmeti ağının mevcut olmaması nedeniyle geleneksel şifacılar tek sağlık hizmet sunucuları olarak görülmektedirler ve bu nedenle sağlık hizmet sunumu üzerinde bir monopoliye sahiptirler. İkinci görüşe göre geleneksel şifacılar şarlatan olarak tanımlanmakta ve müşterilerini kandırarak onlardan faydalanmaktadırlar. Bu görüşe göre geleneksel şifacılar maddi koşulları nedeniyle resmi sağlık hizmetlerinden faydalanma olanağı olmayan, sağlık arama noktasında doğru ile yanlış ayırma yeteneğinden yoksun olacak derecede düşük bilgi düzeyine sahip olan, gerçekten hasta olmayan ya da kendi kendine de iyileşebilecek hastalıklara sahip olan kişilere hizmet sunmakta ya da oluşturdukları geçici plasebo etkisi ile hastalar tekrardan kötü hissetmeden önce para kazanmaktadırlar. Üçüncü görüş geleneksel şifacıların varlıklarını sürdürebilme nedenlerini sundukları hizmetlere dayandırmaktadır. Buna göre geleneksel şifacılar gerçekten de faydalı olan birtakım terapilere hakimdir. Bu terapileri, içerisinde yaşadıkları topluma yönelik olarak şifalı ilaçlara dönüştürebilmektedirler. Zira tedavi sundukları toplumu, içerisinde yaşadıklarından dolayı, iyi tanımaktadırlar (67). Hangi görüş geçerli olursa olsun, bireylerin ilk olarak modern tıp yerine geleneksel sağlık hizmetlerine başvurmaları özellikle modern sağlık hizmetlerine başvuruların gecikmesine neden olabildiği için birtakım sorunlara sebep olabilmektedir. Öte yandan modern tıp ile bu tedavilere yönelinmesi, modern sağlık hizmetlerinin önerdiği tedavilerin hastalar tarafından sonlandırılmasına da neden olabilmektedir (71), (64), (70). Stekelenburg ve ark. araştırmalarında katılımcıların birçoğunun hastanelerden önce geleneksel şifacılarından hizmet aldıklarını ve bunlar arasında hastaneye geç başvuru nedeniyle hastalığı ilerlemiş olanlar ile beraber malpraktis nedeniyle zarar görmüş olanların da mevcut olduğunu tespit etmişlerdir(66). Adhikari ve ark. lenfödem hastalığından mustarip kişilerin sağlık arama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında bireylerin hastalığın ilk aşamalarında geleneksel tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini tespit etmişlerdir. Bu

kapsamda bir takım dini/ruhani ritüeller, bazı yiyeceklerden uzak durmak, astrolojistler, sıcak su uygulamaları gibi evde tedavi yöntemleri vb. geleneksel yöntemlerin tercih edilebildiği bildirilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların hastalıklarını gerçek sebeplerinden ziyade geçmişte yaptıkları işlere ve fiziksel aktivitelerine bağladıkları tespit edilmiştir. Dolayısıyla bireylerin birçoğunun lenfödem hastalığına ilişkin koruyucu önlemleri bilmedikleri ifade edilmektedir. Katılımcıların doğru olmayan bir şekilde bazı besinlerden uzak durması, vücutlarında beslenme problemlerine bağlı sorunların da ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (75).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda sağlık arama davranışının incelendiği bir araştırmada katılımcıların %53'ünün sağlık hizmetlerine başvurmadan önce birtakım ilaçları kendi kendine kullandığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerine alternatif olarak en fazla başvuru alan yer geleneksel şifacılarıdır. Ayrıca katılımcıların %46'sı semptomatik dönemde cinsel ilişki yaşadığını, bunların da %75'i kondom kullanmadığını ifade etmiştir. Kondom kullanmayan çoğunluk sağlık hizmeti için geleneksel şifacıları tercih etmiştir (76).

Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada özellikle psikiyatrik problemlerle ilgili farkındalığın düşük olmasından dolayı bu tür belirtilerde modern sağlık hizmetlerinden ziyade öncelikle çeşitli geleneksel tedavilerin uygulandığı ya da kötü ruhları kovma yeteneği olan kişilerden şifa arama yönteminin tercih edildiği tespit edilmiştir.

Diabet hastalarının geleneksel sağlık hizmeti arama davranışlarının incelendiği bir araştırmada katılımcıların semptomları için profesyonel sağlık hizmetlerinin yanı sıra şifacılarla başvurdukları, birtakım bitkileri kullandıkları, çeşitli beslenme önerileri aldıkları tespit edilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların ayrıca yakın çevrelerinden öneri aldıkları ve bir kısmının radyodan sağlık programlarını takip ettikleri; bir kısmının ise başkalarında işe yarayan tedavileri alabilmek için arkadaşlarından ve diğer hastalardan yardım aldıkları tespit edilmiştir (61).

Görüldüğü gibi bireyler modern batı tıbbının yanı sıra şifacılarla, bitkisel uygulamalara, kitle iletişim araçlarına ve sosyal çevrelerine başvurarak sağlık arama davranışını sergileyebilmektedirler. Burada ön plana çıkan diğer bir davranış şekli ise kendi kendine tedavi uygulama (self-treatment) ve kendi kendine ilaç kullanımı (self-medication) olarak öne çıkmaktadır. Zira hekim önerisi olmadan, reçetesiz ilaçların evde kullanımı da yaygın bir şekilde görülebilmektedir. Bu davranış şekli de farklı topluluklara göre farklılık arz edebilmekte ve diğer geleneksel tedavi yöntemleri ile benzerlik göstermektedir (77).

Dünya genelinde bitkisel tedavilerin ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı artış göstermektedir. Bu kullanım tek yöntem olabileceği gibi, modern tıp profesyonelleri tarafından

verilen ilaçlarla aynı anda da gerçekleşebilmektedir (78). Gelişmekte olan ülkelerde bireyler modern batı tıbbına erişim sağlayamadıkları ya da maliyetlerini karşılayamadıkları için bitkisel tedavilere başvururken, benzer ama ters yönde işleyen bir ilişki de endüstrileşmiş ülkelerde yaşanmaktadır. Bu ülkelerde bireylerin batı tıbbına ek olarak reçetesiz satılan bir takım bitkisel gıdalar ve bu gıdalardan elde edilen tıbbi ürünlere bir yönelimi olduğu gözlenmektedir (79).

Kendi kendine tedavi davranışında bireylerin algıladıkları sağlık durumları, ekonomik koşulları ve bireysel sağlık davranışlarının önemli faktörler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ilgili sağlık durumuna ilişkin algılanan ciddiyet, belirti süresi gibi farklı değişkenlerin kendi kendine tedavi kararı üzerinde etkili olduğu, aynı zamanda eğitimsel ve ekonomik değişkenlerin de sağlık hizmeti seçimi üzerinde önem arz eden konular arasında olduğu belirtilmektedir (80). Farklı etnik kökenlerden bireylerin geleneksel sağlık inançlarının incelendiği bir araştırmada, katılımcıların %40'ının evde yapılan birtakım tedavilerin hastalıkları tedavi etme noktasında, reçeteli ilaçlardan daha etkili olduğuna inandığı sonucuna varılmıştır. Aynı araştırmada katılımcıların yaklaşık %22'si acil bir durum olmadığı sürece çocuklarını doktora götürmektense evde tedavi etmeyi tercih edeceklerini ifade etmiştir. Oransal olarak düşük olsa da, katılımcıların bir kısmı doktordan herhangi bir reçete almadan, bir takım ilaçların çocukları tedavi etmek için kullanılabileceğini ifade etmişlerdir (77).

Kendi kendine ilaç kullanımının küresel bir olgu olduğu ve birçok önemli sağlık sorununa yol açabileceği belirtilmektedir. Kendi kendine ilaç kullanımı konusunda yaşanabilecek bilgi eksikliği, ilaçlara dirençten ciddi alerjik reaksiyonlara kadar varabilen sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (81).

Sağlık sisteminin organizasyonunda sıkıntılar olan, bekleme sürelerinin uzun olduğu ve randevu almanın zor olduğu sağlık sistemlerine sahip ülkelerde, özellikle ilaca geç erişimin olumsuz bir sonuç doğurabileceği doğum kontrol hapı kullanımı, astım ilaçlarına erişim gibi durumlarda direkt olarak ilaca erişim sağlanması hayati öneme sahip olabilmektedir. Ayrıca kendi kendine ilaç kullanımının gereksiz konsültasyonları önleyebileceği, eczacı becerilerinin daha etkin kullanılmasını sağlayabileceği, ufak sağlık sorunlarında işe devamsızlığı önleyebileceği belirtilmektedir. Öte yandan yanlış uygulamanın yanı sıra kendi kendine ilaç kullanımında; kendi kendine teşhis koymanın getirebileceği olumsuzluklar, acil durumlarda hızlı tıbbi hizmet alınmaması, ilaç-gıda ve ilaç-ilac etkileşimi tehlikeleri, yetersiz dozaj ve bağımlılık gibi tehlikeler de ön plana çıkan sorunlar arasında yer alabilmektedir (82).

Sigarayı bırakma noktasında da profesyonel destek alınmaması, kişilerin iradelerini kullanarak, daha önce bırakmış kişilerin önerilerine uyararak ya da güvendikleri kişilerden duydukları bir takım bitkisel uygulamaları ya da besinleri alarak bırakma çabasına girişmesi

sigara kullanımında tekrarlayan problemlerin ortaya çıkabilmesine neden olabilmektedir. Bu kişiler başarıya ulaşamamakta, sigaraya tekrar başlamakta ya da bir takım sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Dolayısıyla bu noktada sarf edilen emeğin, kullanılan ekonomik kaynakların ve ayrılan zamanın profesyonel olarak desteklenmesi, sigarayı bırakma çabasının başarıya ulaşmasında önemli bir rol oynayabilir.

Sigara kullanımının sonlandırılmasında kendi kendine ilaç kullanımının incelendiği bir araştırmada tüm katılımcıların hayatlarında en az bir defa nikotin bağımlılığına yönelik kendi kendilerine uygulamak üzere reçetesiz satılan ürünleri satın aldığı tespit edilmiştir. Burada sakız, bant ya da farklı türlerde ürünlere ulaşım sağlandığı görülmüştür. Katılımcıların %94'ü bir ayın sonunda kendi kendine aldıkları tedaviden memnun olmadıklarını belirtmiştir (83).

2.3.2. Çevrimiçi Sağlık Arama Davranışı

İnternet günümüzde insan yaşamının neredeyse ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. İnternetin gelişimi, yayılması ve bugün olduğu gibi ceplere kadar girmesiyle beraber iş hayatında olduğu gibi sosyal yaşamda da birçok değişiklik olmuştur. Buna ek olarak özellikle arama motorlarının geliştirilmesi ve bireylerin bilgiye hızlı bir şekilde ulaşma arzusu da bilgi ihtiyacı ya da bir konu ile ilgili merak uyandıran bir durum ortaya çıktığında internetin ilk başvurulacak araç olmasını beraberinde getirmiştir. Söz konusu sağlık olduğunda da bireyler zaman zaman merak ettikleri konuları ya da kendilerinde veya yakınlarında ortaya çıkan bir takım rahatsızlık belirtilerini, ilaçlarla ilgili birtakım konuları vb. araştırma ihtiyacı hissedebilmektedirler. Bu noktada da çok az çaba ve zaman ayırarak en hızlı şekilde bilgiye ulaşma yolu internetin kullanılması olarak görülebilmektedir. Bireyler artık hemen herkesin erişiminin olduğu bilgisayar ve cep telefonları aracılığı ile bu konuları araştırma yoluna gidebilmektedirler. Bu kapsamda çevrimiçi/online sağlık arama ya da sağlık bilgisi arama davranışının gerçekleştirildiği görülmektedir. Dolayısıyla gelişen teknoloji ve yaygınlaşan internet aracılığı ile bireylerin çare arama davranışları içerisinde çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının da artık yer edinmiş durumda olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Geleneksel sınıflandırmaya göre sağlık bilgi kaynakları üç kategoriye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki formal kaynaklar olan hekimler veya diğer sağlık profesyonelleridir. İkinci olarak informal kaynaklar olarak ifade edilen aile ve arkadaşlar gibi kaynaklar belirtilmekte, son kategoride ise televizyon, gazete ve dergi gibi medya kanalları yer almaktadır. Bu

geleneksel sınıflandırmada internet kullanımı göz ardı edilse de internetin de sağlık açısından bir bilgi kaynağı olarak kullanıldığı bilinmektedir. Özellikle televizyon ve buna benzer medya araçları sağlık bilgilerinin yayılmasında önemli roller üstlenmiş olsa da internetin gelişimi ve yaygınlık kazanmasıyla beraber internet kaynakları bu işlevlerin çoğunu üstlenmektedir (84).

İnternet birçok insanın sağlık ile ilgili bilgilere kendi kendine ulaşmasını, geniş bir sağlık bilgileri dizisine daha fazla maruz kalmasını ve iyi ya da kötü anlamda sağlık hizmet sürecini etkilemesini çok daha kolay hale getirmiştir (85). İnternet yaygınlaştıkça, internetin sağlıkla ilgili amaçlar çerçevesinde kullanımı da yaygınlaşmaktadır. Bu noktada belki de en yaygın amaç tüketici sağlık bilgisi arama sürecini oluşturmaktadır (86). Ayrıca internetin öneminin artması, sağlıkla ilgili başvuru bilgi kaynaklarının geleneksel kaynaklardan internete doğru kaymasına da neden olmaktadır (87). Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için internetin kullanılmasının birçok ihtiyaca yanıt verebileceği ifade edilmektedir. Özellikle internetin daha özelleşmiş içerikler açısından temel rol oynayacağı belirtilmektedir. Dahası destek grupları gibi, bireylerin karşılıklı ilişkisini gerekli kılan sağlık iletişimi çabalarının da internet aracılığı ile gerçekleştirilebilmesi mümkündür. Aynı zamanda internet, geleneksel kişilerarası bağlamlarda elde edilemeyen bir anonimlik sağlayabilmektedir. Bu nitelikleri ile internet aracılığı ile sağlık arama yöntemi geleneksel yöntemlerin bıraktığı bir boşluğu doldurabilmektedir (88). Zira internet aracılığı ile bilgiye erişimin dolaysız ve hızlı olması, günün herhangi bir saatinde erişim sağlayabilme, bilgilerin potansiyel olarak sürekli güncellenmesi ve erişilebilir olan bilgi yelpazesinin genişliği, interneti diğer bilgi kaynaklarından ayrı bir noktaya taşımaktadır (84).

Öte yandan sağlık kurumları ile devlete bağlı kurumlar sağlıkla ilgili bilgileri daha geniş halk kitlelerine sunmak için interneti kullanmaktadırlar. Ayrıca hastaların sağlık hizmet süreçlerinde “bilgilendirilmiş (informed)” şekilde yer almaları da teşvik edilmektedir. Bu durum da internetin sağlık amaçlı kullanımının artmasındaki arz yönlü etkiler arasında yer almaktadır (89). İnternet ortamında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler çoğunlukla diyet, egzersiz gibi alanları kapsamasına rağmen birtakım hastalıklarda uygulanan tedaviler ve bakım gibi süreçler de bireyler tarafından aranılan bilgiler arasında yer almaktadır (90).

İnternet kullanımının günümüzdeki boyutlarına ulaşmamış olduğu erken dönemlerde gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcılar arasında çevrimiçi sağlık arama davranışı sergileyenlerin oranının %21 (643 kişi) olduğu tespit edilmiştir. Çevrimiçi sağlık arama davranışı sergilediği tespit edilen kişilerin %60’ı bir hastalığın seyri ya da sebeplerini, %45’i bir hastalığın ya da benzeri bir sağlık durumunun yönetimini veya tedavisini, %18’i vitaminler ya da alternatif ilaçlar gibi tamamlayıcı tıp uygulamalarını, %10’u ilgili hastalık için kullanılan

reçeteli ya da reçetesiz ilaçları, %9'u destek gruplarını ve %3'ü ise çeşitli aletleri araştırmışlardır. Bu davranışı sergileyenlerin bir kısmı (%19) bu bilgiyi ikinci bir görüş olarak kullanırken, %16'sı elde ettikleri bilgileri doktor veya eczacıları ile tartışmış, %11'i sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmiş, %4'ü bir eczaneden ya da başka bir mağazadan, %1'i ise çevrimiçi olarak ilaç satın almış ve %3'ü ise bir sağlık hizmet sunucusu seçmek için kullanmıştır (91). Bir başka araştırmada ise katılımcıların %40'ı son bir yıl içerisinde interneti sağlıkla ilgili bilgi ya da tavsiyeler bulmak için kullandığını belirtmiştir. Bu kullanıcılar internet ve e-mail teknolojisini sıklıkla sağlık durumları ile ilgili arkadaşları ya da aileleriyle görüşmek için, aynı zamanda daha az da olsa sağlık profesyonellerine erişmek ya da benzer hastalıklara sahip bireylere ulaşmak için kullandıklarını belirtmişlerdir (92). [Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.](#)

Bir başka araştırmada internet erişimi olanların %74'ünün interneti kendileri ya da aile üyelerinden biri için gerekli olan bir sağlık bilgisine ulaşmak amacıyla kullandıkları tespit edilmiştir (93). Gallager ve Doherty (2009) tarafından gerçekleştirilen benzer bir araştırmada internet kullanıcılarının neredeyse yarısının interneti sağlıkla ilgili bilgilere erişmek için kullandığı tespit edilmiştir. Daha güncel olan diğer bir araştırmada ise katılımcıların %56,1'inin çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (87).

İnternet, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi yaymak, iletişimi geliştirmek ve hastalar ile sağlık hizmeti sunum sistemi arasında geniş bir etkileşim yelpazesini kolaylaştırmak için bir araç olma özelliği gösterebilmektedir. Bu anlamda yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerinde ve nihayetinde toplum sağlığı üzerinde önemli ilerlemeler sağlanmasını olanaklı kılabilir (92). Aynı şekilde bireylerin çevrimiçi sağlık arama davranışlarının olası faydalarının sağlık ile ilgili bilgilere yaygın ve kolay erişim sağlanabilmesi, interaktif olabilmesi, kişiye uygun mesajların oluşturulabilmesi ve bu mesajlara ulaşım sağlanabilmesi, bireylerarası etkileşimi ve sosyal desteği kolaylaştırma potansiyeli ve kişilerin kimlik bilgilerinin saklanması suretiyle sağlanabilecek potansiyel anonimlik olduğu ifade edilmektedir (86).

Birçok sağlık sisteminde sağlıkla ilgili bilgi almak için bir aile hekimini ziyaret etmek ya da acil servise başvurmak bireylerin çeşitli maliyetlere katlanmasına neden olabilmektedir. Öte yandan sağlık bilgisi almak için aile bireylerine danışmak ya da interneti kullanmak en azından kısa vadede önemli maliyetlere yol açmamaktadır. Ancak bu tür kaynaklardan elde edilen yanlış bilgi ve uygulamalar sağlıkla ilgili yanlış tercihler yapılmasına ya da hekime müracaatların gecikmesine sebep olarak uzun vadede önemli sağlık sorunlarına ve maliyetlere yol açabilmektedir (94). Burada; ilgili kaynaklara erişim ile ilgili engeller, internette gezinme

zorlukları ve elde edilen bilgilerin kalitesi ile ilgili konular önem arz eden olumsuzluklar olarak ifade edilmektedir. Bunlar arasında, aynı zamanda, internette yer alan aşırı denilebilecek sayıda bilgi, bu bilgilerin organize bir şekilde değil dağınık bir şekilde yer alması, kullanıcı kolaylığının zayıf olması, aşırı teknik bir dilin kullanılması, kalıcı değil akıcı bir şekilde bilgilerin sürekli dolaşması, düzenlemenin ya da kontrolün zayıf olması; doğru olmayan, yanlış yönlendirme potansiyeline sahip ya da tehlike arz eden bilgilerin yer alması, tüketicilerin değerlendirme kabiliyetine uygun olmayan bilgilerin yer alabilmesi, riskli bir takım sağlık davranışlarını kolaylaştırması, sanal bağımlılıklara ve davranış bozukluklarına neden olabilmesi gibi birçok önemli olumsuz durum da söz konusu olabilmektedir (86).

Sağlık bilgisi nitelik olarak “deneyimlenebilen bir ürün” olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda kalitesine ilişkin değerlendirmeler ancak bireyler burada yer alan bilgilere göre hareket ettikten sonra yapılabilir ve yanlış bilgilere göre davranmak sağlığı tehdit eden hatta ölümcül dahi olabilen sonuçlara neden olabilmektedir. Muazzam miktarda bilginin yer aldığı internet ortamında bu bilgilerin doğruluğunu teyit etmenin zorluğu, bireylerin internet üzerinde yer alan her bilginin doğru olmadığını ve bu bilgiye göre hareket etmeden önce doğruluğunun teyit edilmesi gerektiğinin farkında olmasını gerekli kılmaktadır (95). Fransa’da 2010 ile 2017 yılları arasında çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarının gelişimini inceleyen bir araştırmada 2014 ve 2017 yıllarında sağlıkla ilgili web sitelerinin ilk kaynak olarak görüldüğü, kurumsal web sitelerinin ise geri planda kaldığı tespit edilmiştir (96). Çin’de gerçekleştirilen diğer bir araştırmada ise Çinli üniversite öğrencilerinin, yanlış bilgi ve dezenformasyonu tespit etmek için yeterli bilgi/beceri sahibi olmaksızın kendilerinin ve başkalarının sağlığını yönetmek amacıyla çevrimiçi olarak elde ettikleri sağlık bilgilerine büyük ölçüde güvendikleri tespit edilmiştir. Bu riskli sağlık arama davranışının özellikle gençler için doğru ve eyleme geçirilebilir sağlık bilgilerinin sağlanması, siber güvenliğin artırılması ve sağlık bilgi okuryazarlığının teşvikini gerekli kıldığı belirtilmektedir (97). Kore’de gerçekleştirilen ve internet üzerinden sağlık arama davranışını doktorların penceresinden irdeleyen bir araştırmada ise, hekimlerin büyük bir çoğunluğu, hastalarının internette edindikleri bilgileri tartıştıklarını belirtmişlerdir. İnternet üzerinden edinilen sağlık bilgilerinin hastaların sağlıkları ile ilgili bilgilerini artırma noktasında olumlu yanlarının olabileceğini belirtirlerken, öte yandan uygun olmayan hizmet kullanımı nedeniyle maliyetlerin artması, hastaların sağlıklarıyla ilgili aşırı kaygılı hale gelmeleri, hekime başvuruda muayene süresinin etkili kullanılmasını engellemesi gibi olumsuzlukların yaşandığı da ifade edilmiştir. Ayrıca hekimler internette edinilen sağlık bilgilerinin genel olarak hastaların durumları ile ilişkili olmadığını ve hatta yanlış bilgiler olduğunu bildirmişlerdir. Bu açıdan bakıldığında hekimler, çevrimiçi sağlık arama davranışını

hem pozitif hem de negatif yönleri olduğu için tarafsız olarak değerlendirmektedirler (98). İlgili literatürden yola çıkıldığında, internetin sağlık arama davranışı olarak yoğun bir şekilde kullanıldığı, kullanıcıların ise çeşitli amaçlar doğrultusunda bu davranışı sergiledikleri görülmektedir. İnternetin yaygınlaşması ile bu amaçla kullanım oranı da artmış, birçok yöntem yerini internet üzerinden sağlık aramaya bırakmıştır.

2.3.3. Profesyonel Sağlık Arama Davranışı

Sağlık hizmetleri günümüzde, sağlıklı bir toplum oluşturma amacı doğrultusunda ve insan hayatının her alanına etki etmesi nedeniyle önemi artmakta olan bir hizmet alanı olarak ifade edilmektedir. Sağlık statüsünün artırılması da sadece tıp uzmanlarının değil, artık sosyal bilimcilerin de ilgi gösterdikleri bir konudur. Cinsiyet, yaş, ilgili hastalıklar, sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin algılanan kalitesi gibi unsurlar sağlık arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Sağlık arama davranışı ise yardım arama davranışının spesifik bir alanı olarak görülmektedir. İnsanların sağlık hizmetlerine başvurma durumları da farklılık göstermektedir. Bazı bireyler herhangi bir problemle karşılaştıklarında direkt olarak hizmet talebinde bulunurken, bazıları ise büyük bir acı içerisinde olduklarında ya da hastalıklarının ilerlediği durumlarda sağlık arama davranışı gerçekleştirebilmektedirler. Burada bireyin sağlığı ile ilgili olumsuzluğu fark etmesiyle bunun için harekete geçmesi arasındaki zaman farkı, hizmet alınan sunucunun türü, sağlık meslek mensuplarından ya da informal kanallardan yardım alma sebepleri gibi konular davranışların açıklanması için önem arz etmektedir (99).

Sağlık hizmetleri ihtiyacının ortaya çıkması, ideal sağlık durumu ile mevcut sağlık durumu arasında farklılıkların ortaya çıkması suretiyle olur. Burada çeşitli sağlık gereksinimlerinin olduğu ifade edilmektedir. Bireylerin sağlık durumlarında ortaya çıkan sapmaları algılamaları, algılanan gereksinimi ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla bu tür bir gereksinim kişinin sübjektif değerlendirmelerine dayanmaktadır. Örneğin bir bireyin göğsünde yanma hissetmesi ve bu durumdan rahatsızlık duyması bu duruma örnek gösterilebilmektedir. Algılanan gereksinimin ifade edilmesi ve talebe dönüştürülmesi açıklanan gereksinimi oluşturmaktadır. Göğsünde yanma hisseden bireyin bir sağlık kurumuna başvurması buna örnektir (100).

İşte algılanan bir gereksinim ortaya çıktığı zaman bireylerin sağlık hizmeti talep ettiği kanal burada ön plana çıkmaktadır. Zira bireyler sağlıkları ile ilgili olumsuz bir durum

olduğunda ya da olumsuz bir durumun ortaya çıkma ihtimalinden şüphelendiklerinde informal kanallara başvurabildikleri gibi resmi sağlık bakım hizmetlerinin içerisinde yer alan kanallardan da sağlık arama yoluna gidebilmektedirler. Bir sağlık ihtiyacı ortaya çıktığında başvuru üç farklı sektör olduğu ve bunların popüler sektör, folk sektör ve profesyonel sektör olarak sınıflandırıldığı belirtilmektedir. Buna göre popüler sektör sağlık alanında eğitimi olmamasına rağmen yaş ve tecrübe gibi özellikleri nedeniyle görüşlerine değer verilen aile büyükleri, komşular, eş-dost, arkadaş gibi sıradan insanların yer aldığı sektördür. Burada bir sağlık sorunu ortaya çıktığında ilk olarak bu kişilere danışılmakta ve önerileri neticesinde sorun ortadan kalkarsa bir sağlık kurumuna başvurulmamaktadır. Folk sektör olarak ifade edilen sektörde kırıkçı-çıkıkçı, üfürükçü, medyum, biyoenerji, ara ebesi gibi belirli alanlarda resmi bir eğitimi olmadan uzmanlaşmış kişiler yer almaktadır ve bu kişilerin resmi makamlar tarafından kabul görmeleri pek çok ülke açısından söz konusu olmamaktadır. Profesyonel sektör ise hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık alanlarında formal eğitim almış, yine resmi makamlarca kabul gören, etik değerleri olan mesleklerin yer aldığı bir sektördür. Bu sektörde bilimsel bilgi ve kanıtlara dayalı hizmetler sunulmasına rağmen, tüm sağlık hizmetleri içerisindeki payının düşünüldüğünden düşük olduğu belirtilmektedir. Profesyonel/formal sağlık bakımı üç kategoride incelenebilmektedir. Bunların ilki evde bakım şeklinde, ikincisi eğitilmiş sağlık çalışanları tarafından gündüz bakım merkezlerinde verilen toplum temelli bakım şeklinde ve üçüncüsü ise sağlık kurumlarında bakım şeklinde organize edilebilmektedir. Sağlık kurumlarında bakım profesyonel sağlık hizmetlerinin en geleneksel ve baskın türünü oluşturmaktadır (101).

Genel olarak arzu edilen sağlık arama davranışının da bireyin bir problemle karşılaştığında resmi olarak tanınan bir sağlık hizmeti ortamında, resmi eğitimi olan bir hekimden yardım istemesi olduğu ifade edilmektedir. Latunji ve Akinyemi’de çalışmalarında uygun sağlık arama davranışını, formal sağlık bakım kaynaklarından alınan hizmetler olarak ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada uygun kanallar, nitelikli tıp profesyonellerine ya da birinci basamak sağlık merkezlerine, özel klinikler ya da genel hastaneler gibi modern tıp merkezlerine başvuru olarak belirtilmiştir. Uygun olmayan sağlık arama davranışları ise yardım aramama, kendi kendine tedavi, geleneksel şifacılar gibi kaynaklar olarak belirtilmiştir (102). Diğer bir çalışmada ise mental problemler için formal yardım kanalları psikiyatrist, psikolog ve aile hekimlerini içermektedir. İnfomal yardım kanalları kız/erkek arkadaş, arkadaş, baba, anne veya diğer akrabalar ile öğretmenler, din adamları vb. olarak ifade edilmiştir (103). Benzer şekilde Lauzier-Jobin ve Houle (2021) araştırmalarında formal kanalları sağlık kurumunda çalışan ya da özel hekimlik yapan ücretli çalışanlar olarak, informal kanalları ise eşler, aile

üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları ya da komşular gibi destek ağları olarak tanımlamaktadırlar(104). Li ve Song çalışmalarında yaşlılar için resmi bakımı genellikle bir sağlık kurumu veya birey tarafından ihtiyacı olan bir kişi için sağlanan ücretli bakım hizmetleri olarak, gayri resmi ya da informal bakımı ise aile, yakın akrabalar, arkadaşlar ve komşular tarafından sağlanan ücretsiz bakım olarak tanımlamaktadır(101).

Bireylerin bir sağlık problemi ortaya çıktığında informal kanallardan geniş ölçüde yararlandığı belirtilmesine rağmen, profesyonel sağlık hizmetlerinin yeri tüm sağlık hizmetlerinin içerisinde majör bir rol oynamaktadır ve aynı zamanda sağlıkla ilgili sorumluluğun giderek profesyonel/resmi sağlık bakım sisteminin elinde yoğunlaştığı ifade edilmektedir. Ayrıca resmi ya da formal olarak da ifade edilen profesyonel sağlık bakım sisteminin sağlık ve hastalık konularına ilişkin üstünlüğü geniş olarak belgelendirilmiştir ve kabul edilmektedir (105).

Günümüzde sağlık hizmetleri hem kamu kurumları hem de özel kurumlar tarafından sunulabilmektedir. Burada devletin resmi sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısı olması düşüncesinin neoliberal politikalar neticesinde değiştiği ve özel sektörün de resmi sağlık hizmetleri içerisinde giderek artan bir paya sahip olduğu ifade edilmektedir (101).

Sağlık hizmetleri birtakım hastalıkların teşhis ve tedavisi ile rehabilitasyon gibi hizmetlerin yanı sıra; hastalıkların önlenmesi, birey ve toplum sağlığının geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin tamamından oluşmaktadır. Diğer bir tanımla sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler teşhis ve tedavi, rehabilitasyon, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Sağlık kurumları ise temel amacı farklı olsa da her grupta yer alan hizmetleri farklı düzeylerde üretmektedirler. Temel işlevi koruyucu sağlık hizmetleri olan birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde teşhis ve tedavi gibi hizmetler de sunulmaktadır. Ayrıca sağlık eğitimi gibi sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de burada yer alabilmektedir. Bununla beraber hastaneler de yataklı tedavi hizmetlerini sunmalarının yanında aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ya da sigarayı bıraktırma programları gibi sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sunmaktadırlar. Sağlık hizmetleri ayrıca hizmet kapsamı, ulaşılabilirlik, maliyetler, temel amaç gibi konular açısından da birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde sınıflandırılabilirler (100).

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıkları üzerinde kontrollerinin artırılması ve sağlıklarını geliştirmelerinin sağlanması sürecidir. Sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile sağlanan sağlık eğitiminin yanı sıra; örgütsel,

ekonomik ve çevresel desteklerin bileşimi ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde özellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların, toplam hastalık yükü içerisindeki oranının artması dikkat çekicidir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı 2019-2023 stratejik planında da “sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılması” ilk amaç olarak öne çıkmaktadır. Bu amaç kapsamında yer alan hedeflerden bir tanesi de tütün ve tütün ürünleri ile mücadele etmek ve bu ürünlerin kullanımlarını azaltmaktır (106,107).

Sağlığın geliştirilmesi çabaları içerisinde yer alan tütünle mücadele kapsamında Türkiye resmî kurumları aracılığı ile çeşitli girişimlerde bulunmuştur. “Dumansız Hava Sahası” kampanyası başlatılmış, 171 ülke tarafından imzalanan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” 2004 yılında imzalanmıştır. 2007 yılında “Ulusal Tütün Kontrol Programı” açıklanmış ve ilgili mevzuatta düzenlemelere gidilmiştir. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan “MPOWER Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi” de başarı ile uygulanmıştır (106,107). Ülkemizde profesyonel anlamda sigarayı bıraktırma çabaları çok yönlü olarak sürdürülmektedir. 2010 yılında ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmete açılmıştır. Bu danışma hattı sigarayı bırakmak isteyen bireylere motivasyon sağlamak, sigara bırakma sürecinde rehberlik etmek, yoksunluk belirtileri ile baş etme noktasında gerekli davranış değişiklikleri ile ilgili danışmanlık sağlamak, sigarayı bıraktırma birimleriyle ilgili bilgiler vererek istendiği takdirde randevu oluşturmak şeklinde fonksiyonları üstlenmiştir. Bu nedenle bu hatta görev alacak kişiler öncelikle bir eğitim ve sınav sürecinden geçirilmekte, daha sonra bu süreci başarıyla tamamlayanlar görevlendirilebilmektedir. Burada çalışan bireylere periyodik olarak hizmet içi eğitimler de sunulmaktadır. Aynı zamanda bu kanala ulaşan bireylerin onay vermesi durumunda düzenli olarak geri dönüş sağlanmakta, sigarayı bırakan bireylerin ise bırakma durumunu sürdürmesi için destek sağlanmaktadır. Bu çerçevede takip edilen kişilerin %8’inin sigarayı bıraktığı ve bu oranın dünyada faaliyet gösteren diğer çağrı merkezlerinden yüksek olduğu belirtilmektedir. Bunların yanı sıra tütün ürünlerinin zararları ile ilgili bilgi vermek ve yürütülen çalışmaları yayınlamak, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonel bırakma tekniklerine dayalı olarak hazırlanan mesajları paylaşmak, sigarayı bırakmış kişilerin kendi hikâyelerine de yer vermek için web siteleri kullanıma açılmıştır. Ülkemizde ayrıca sigara bırakma poliklinik hizmetleri de yürütülmektedir. Bu hizmetleri veren hekimler konuya ilişkin olarak eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Bu hekimler arasında aile hekimliği, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, psikiyatri, dahiliye, halk sağlığı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yanı sıra pratisyen hekimler de yer almaktadır. 2018 yılında 386 tanesi Sağlık Bakanlığı ve 90 tanesi üniversiteler bünyesinde olan toplam 476 adet sigara bıraktırma polikliniği hizmet vermiştir. Bu polikliniklerde sigarayı bırakma tedavisinde

kullanılan ilaçlar ile nikotin replasman tedavisinde kullanılan preparatlar da, sigarayı bırakmak isteyen kişilere sunulmaktadır. Bu çabalar çerçevesinde 2016 yılında %17,8 olarak gerçekleşen sigara bırakma oranı 2018 yılına gelindiğinde %25'e ulaşmıştır (108).

Bir bireyin belirli bir sağlık, hastalık ya da hasta rolü davranışını yerine getirme ihtimali iki değişkenin fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar; algılanan tehdit düzeyi ile davranışın çekiciliği ya da değeri olarak ifade edilmektedir. Tehdidin algılanan düzeyi ise en az üç değişkene bağlıdır. Bu değişkenler; sağlığın birey için önemi, ilgili hastalığa duyarlılık ve ilgili hastalığın sonuçlarına ilişkin algılanan ciddiyet şeklindedir. Davranışın çekiciliği, ilgili davranışın istenen korumayı ya da iyileştirmeyi sağlayacağına ilişkin algılanan olasılık ve davranışı gerçekleştirmenin maliyetlerinin herhangi bir davranış gerçekleştirmeme maliyeti karşısındaki durumu tarafından etkilenmektedir (55). Bu nedenle “Sağlık İnanç Modeli”nin sağlık ve hastalık davranışlarının anlaşılması için kullanışlı bir model olarak literatürde yer aldığı ifade edilebilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli ve Evren

Araştırma, kesitsel analitik modelde tasarlanmış ve yürütülmüştür. Aile Sağlığı Merkezleri'nde kayıtlı 18-65 yaş aralığındaki kişiler çalışmada değerlendirilmiştir. Çalışma verileri Ekim- Kasım 2021 tarihleri arasında anket formu uygulanarak toplanmıştır.

Bu çalışmanın evreni, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 18-65 yaş erişkinler (n=9303) olarak belirlenmiştir.

3.1.1. Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş arasında olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.1.2. Hariç Bırakma Kriterleri

- Anket formlarını okuma, anlama ve doldurmayı engelleyecek fiziksel ve zihinsel engeli olması
- İletişim problemi olması

3.2. Örneklem Sayı ve Yöntemi

Örneklem; 0,04 hata payı, %95 anlamlılık düzeyi, %50 prevalans ile evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılarak $[N = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}]$ en az 564 kişi olarak belirlenmiştir

Katılımcılar belirlenen süreçte Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 18-65 yaş erişkinler liste üzerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilip iletişim kurularak gönüllülük çerçevesinde çalışmaya dahil edilmişlerdir

Liste üzerinden çalışmaya dahil edilen kişilere telefon üzerinden ulaşılarak çalışmaya katılmayı kabul edenler aile sağlığı merkezine davet edilmiş ve genel muayeneleri yapılmıştır. Veriler yüz yüze anket formu kullanılarak toplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan ‘Sosyodemografik Veri Formu’, ‘Sağlık Algısı Ölçeği’, ‘Sağlık Bilişleri Ölçeği’ ve ‘Sağlık Arama Davranışı Ölçeği’ kullanılmıştır. (Ek2)

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bilgi formu araştırmanın amacına uygun literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup, katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerini içermektedir. Bilgi formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, aile yapısı, kronik hastalık varlığı vb. şeklinde 13 soru bulunmaktadır.

3.3.2. Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 2012 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafında Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Sağlık Algısı Ölçeği 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Alt faktörler; Faktör 1=Kontrol (2, 3, 4, 12, ve 13.), Faktör 2=Kesinlik (6, 7, 8, ve 15.), Faktör 3=Öz farkındalık (5, 10, 14.), Faktör 4=Sağlığın önemi (1, 9, ve 11.) maddelerini içerir. 1, 5, 9, 10, 11, ve 14. maddeler olumlu tutum, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’tir.(17).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları, “kesinlik” alt boyutu için 0,71; “kontrol merkezi” alt boyutu için 0,76; “sağlığın önemi” alt boyutu için 0,60; “öz farkındalık” alt boyutu için 0,63 ve toplam ölçek için 0,77 olarak bulunmuştur. (109)

Sağlık Algısı Ölçeğinin; sağlığın önemi, kesinlik, kontrol merkezi, öz farkındalık olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır. “Sağlığın önemi”, alt boyutunda bireyin sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığı, sağlığını ne kadar düşündüğü ve sağlığı ile ilgili konularda maddi fedakarlıkta bulunup bulunmaması ile ilgili sorular yer almaktadır. “Kontrol merkezi” alt boyutunda, kişinin sağlığını şans, kader dini inanç gibi kendi dışındaki

faktörlere bağlayıp bağlamadığını, sağlığının kontrolünde kendini merkezde görüp görmediğini ölçmeye yönelik sorular yer almaktadır. “Öz farkındalık” alt boyutu bireyin doğru beslenme, fiziksel egzersiz konusunda ve sağlıklı olmasının kendi elinde olup olmadığı konusundaki öz farkındalığını ölçmeye yöneliktir. “Kesinlik” alt boyutunda ise bireyin sağlıklı kalmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığı değerlendirilmektedir. (109)

3.3.3. Sağlık Bilişleri Ölçeği

Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiş olup, kişilerin yaşadığı sağlık kaygısının şiddetiyle bağlantılı olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmektedir. (11)

Ölçek, hastalıkla baş etmede güçlük (HBG), tıbbi hizmetlerin yetersizliği (THY), hastalık olasılığı (HO) ve hastalığın korkutuculuğu (HK) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu 4 boyut sırasıyla hastalık olasılığı (3.5.8.12. sorular), hastalığın korkunçluğu (1, 13, 14, 17. sorular), hastalık ile başa çıkma zorluğu (2,4,6,9,10,16,19,20. sorular), sağlık hizmetlerinin yetersizliği (7,11,15,18. sorular) şeklinde planlanmıştır. Ölçek kişinin şu anda fiziksel bir hastalık tanısı (örn., kanser, diyabet, kalp hastalıkları vb.) olup olmamasına göre 20’şer soru içeren iki paralel form halinde hazırlanmıştır. Ölçek maddeleri 5’li derecelendirme ile (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum) puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan 2, 4, 7, 9, 10, 15, 19, 20 numaralı maddeler ters kodlanan maddelerdir. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerin sağlığına ilişkin işlevsel olmayan inançlarını yansıtmaktadır. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları fiziksel bir hastalık tanısı olmayan grupta 0.72- 0.90; fiziksel bir hastalık tanısı olan grupta ise 0.75- 0.91 aralığında bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yılmaz ve Dirik (2018) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun orijinaline uygun faktör yapısına ve iyi düzeyde güvenirlik ve geçerlik değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değerleri ise; hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için 0.89, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu için 0.68, hastalığın korkutuculuğu boyutu için 0.82, hastalık olasılığı boyutu için 0.78’dir. (110)

3.3.4. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)

SADÖ; çevrimiçi sağlık arama (6 madde), profesyonel sağlık arama (3 madde) ve geleneksel sağlık arama (3 madde) olmak üzere toplam 3 alt boyut ve 12 maddeden oluşan 5li likert türü (1=hiç katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Toplam ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60 ve en düşük puan 12'dir. Ölçek geliştirme sürecinde faktör analizi ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Binişik maddelerin ölçekten çıkarıldığı ifade edilmiştir. Çevrimiçi sağlık arama Cronbach alfa katsayısı 0,726, profesyonel sağlık arama 0,720 ve geleneksel sağlık arama 0,736'dır. Toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,755'tir. Buna göre ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ifade edilmiştir.

Her alt boyut ve ölçeğin tamamı için ortalama 5'e yaklaştıkça sağlık arama davranışı artmakta, ortalama 1'e yaklaştıkça sağlık arama davranışı azalmaktadır.(59,111)

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için ise sıklık ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin ölçek puanları ile karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ile ANOVA analizleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbirleriyle karşılaştırılmasında Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Sağlık Arama Davranışı

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik Veriler
- Sağlık Algısı Ölçek Puanı
- Sağlık Bilişleri Ölçek Puanı

3.6. Gerekli İzinler

Çalışmamızın izinleri Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2021 tarih ve 2021/20-29 sayılı karar no ile onay alınmıştır (Ek-3). Katılımcılara araştırmanın amacını belirten bir açıklama yapılmış ve gönüllülük onamı yazılı olarak alınmıştır (Ek-2). Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından da 21.06.2021 tarihinde 79371373/12 karar no ile izin alınmıştır (Ek -4).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya 418 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan 418 kişinin 257'si kadın (%61,5), 161'i erkektir (%38,5). Katılımcıların yaş ortalaması $37,88 \pm 12,06$ standart sapmadır (min:19 maks:65) . Araştırmaya katılan kişilerin medeni durumları incelendiğinde 270 (%64,6) kişi evli, 148 (%35,4) kişi bekar/boşanmış olduğu saptandı (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında 103'ü (%24,6) ortaokul ve altı, 125'i (%29,9) lise ve ön lisans, 190'ı (%45,5) lisan ve üstü eğitim durumuna sahipti (Tablo 1). Araştırmaya katılanların çalışma durumları incelendiğinde 247'si (%59,1) çalışıyor, 171'i (%40,9) çalışmıyordu (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kişilerin gelir durumu sorgulandığında 124'ü (%29,7) gelirim giderimden az, 240'ı (%57,4) gelirim giderime denk ve 54'ü (%12,9) gelirim giderimden fazla cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılanların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	161	38,5
	Kadın	257	61,5
Yaş	18-25 yaş	76	18,2
	26-35 yaş	131	31,3
	36-45 yaş	92	22,0
	46-55 yaş	79	18,9
	56 yaş ve üzeri	40	9,6
Medeni Durum	Evli	270	64,6
	Bekar / Boşanmış/Dul	148	35,4
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	103	24,6
	Lise / Ön lisans	125	29,9
	Lisan ve üstü	190	45,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	247	59,1
	Çalışmıyor	171	40,9
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	124	29,7
	Gelirim giderime denk	240	57,4
	Gelirim giderimden fazla	54	12,9
Toplam		418	100,0

Araştırmaya katılanların aile yapısı incelendiğinde 358'inin (%85,6) çekirdek aile, 28'inin (%6,7) geniş aile ve 32'sinin (%7,7) tek ebeveynli/parçalanmış olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerde kronik hastalık varlığı sorgulandığında 124 (%29,7) kişinin kronik hastalığı varken 294'ü (%70,3) herhangi bir kronik hastalıklarının olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların aile bireylerinin %60,5'inde (253) kronik hastalık varken % 39,5 (165) kronik hastalık olmadığı saptandı. Araştırmaya katılan kişilerin sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla %36,1 ve %26,3'tür.

Araştırmaya katılanların aile yapısı, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı ve sigara/alkol kullanımı özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılanların aile yapısı, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı ve sigara/alkol kullanımı özelliklerine göre dağılımı			
		n	%
Aile Yapısı	Çekirdek aile	358	85,6
	Geniş aile	28	6,7
	Tek ebeveynli/parçalanmış	32	7,7
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	124	29,7
	Hayır	294	70,3
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Evet	253	60,5
	Hayır	165	39,5
Sigara Kullanımı	Evet	151	36,1
	Hayır/Bıraktım	267	63,9
Alkol Kullanımı	Evet	110	26,3
	Hayır	308	73,7
Toplam		418	100,0

Katılımcılar sağlık durumlarını 1 ile 10 arasında bir puan vererek değerlendirmişlerdir. Katılımcıların genel sağlık durum puanı ortalamasının $7.2 \pm 1,86$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların son bir yıl içinde muayene amaçlı hekime başvuru sayıları incelendiğinde ortalama başvuru sayısı $4.75 \pm 9,18$ olarak gerçekleştiği görülmüştür (Tablo 3)

Tablo 3. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumu puanları ve son ve son bir yıl içinde hekime başvuru sayıları ortalamaları				
	n	Ort. $\pm$ ss	Min.	Max.
Genel Sağlık Durumu Puanı	418	$7,2 \pm 1,86$	1	10
Doktor Başvuru Sayısı	418	$4.75 \pm 9,18$	0	100

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; sağlık algısı ölçeği puan ortalaması $49,47 \pm 7,80$, SAÖ- kontrol alt ölçeği puan ortalaması $15,37 \pm 4,72$, SAÖ- kesinlik alt ölçeği puan ortalaması $12,95 \pm 3,14$, SAÖ- öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması $10,16 \pm 2,01$ ve SAÖ- sağlığın önemi alt ölçeği puan ortalaması $10,98 \pm 2,05$ olarak saptanmıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları				
	n	Ort. $\pm$ ss	Min.	Max.
SAÖ Toplam Puan	418418	$49,47 \pm 7,80$	32	75
-SAÖ Kontrol	418	$15,37 \pm 4,72$	5	25
-SAÖ Kesinlik	418	$12,95 \pm 3,14$	4	20
-SAÖ Öz farkındalık	418	$10,16 \pm 2,01$	5	15
-SAÖ Sağlığın Önemi	418	$10,98 \pm 2,05$	6	15

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; sağlık bilişleri ölçeği puan ortalaması $55,70 \pm 11,45$, SBÖ- hastalık olasılığı alt ölçeği puan ortalaması $11,55 \pm 3,57$, SBÖ- hastalık korkunçluğu alt ölçeği puan ortalaması $14,43 \pm 3,41$, SBÖ- hastalıkla başa çıkma zorluğu alt ölçeği puan ortalaması $19,57 \pm 5,87$ ve SBÖ- sağlık hizmetleri yetersizliği alt ölçeği puan ortalaması $10,15 \pm 3,21$ olarak saptanmıştır. (Tablo 5)

Tablo 5. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları				
	n	Ort. $\pm$ ss	Min.	Max.
SBÖ Toplam Puan	418	$55,70 \pm 11,45$	25	86
-SBÖ Hastalık olasılığı	418	$11,55 \pm 3,57$	4	20
-SBÖ Hastalık korkunçluğu	418	$14,43 \pm 3,41$	4	20
-SBÖ Hastalıkla başa çıkma zorluğu	418	$19,57 \pm 5,87$	8	37
-SBÖ Sağlık hizmetleri yetersizliği	418	$10,15 \pm 3,21$	4	20

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; sağlık arama davranış ölçeği puan ortalaması $3,12 \pm 0,61$, SADÖ- çevrimiçi sağlık arama alt ölçeği puan ortalaması $2,80 \pm 0,94$, SADÖ- profesyonel sağlık arama alt ölçeği puan ortalaması $3,89 \pm 0,74$, SADÖ- geleneksel sağlık arama alt ölçeği puan ortalaması $3,00 \pm 0,97$ olarak saptanmıştır. (Tablo 6)

Tablo 6. Araştırmaya katılanların Sağlık arama davranışı ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları				
	n	Ort. $\pm$ ss	Min.	Max.
SADÖ Genel puanı	418	$3,12 \pm 0,61$	1,25	5
-SADÖ Çevrimiçi sağlık arama	418	$2,80 \pm 0,94$	1,00	5
-SADÖ Profesyonel sağlık arama	418	$3,89 \pm 0,74$	1,33	5
-SADÖ Geleneksel sağlık arama	418	$3,00 \pm 0,97$	1,00	5

4.2. Analitik Bulgular

4.2.1. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

4.2.1.1. Cinsiyete Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Cinsiyetlere göre katılımcıların sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; erkeklerde SAÖ ölçek puan ortalaması erkeklerde $48,42 \pm 7,00$ iken kadınlarda $50,13 \pm 8,21$ olarak saptanmıştır. SAÖ kontrol alt boyut puan ortalaması erkeklerde $14,99 \pm 4,21$ kadınlarda $15,61 \pm 5,00$, SAÖ kesinlik alt boyut puan ortalaması erkeklerde $12,32 \pm 2,77$ kadınlarda $13,35 \pm 3,29$, SAÖ öz farkındalık alt boyut puan ortalaması erkeklerde $10,09 \pm 2,06$, Kadınlarda $10,20 \pm 1,99$, SAÖ sağlığın önemi alt boyut puan ortalaması erkeklerde $11,02 \pm 2,00$, kadınlarda $10,96 \pm 2,08$ olarak gerçekleşmiştir. Ölçekten alınan genel puan ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre cinsiyet ile SAÖ genel puanı ve SAÖ kesinlik alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,00$; $p=0,02$) (Tablo).

Tablo 7. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	*SAÖ- kontrol Ort ± ss	*SAÖ- kesinlik Ort ± ss	*SAÖ- öz farkındal ık Ort ± ss	*SAÖ- sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Erkek	161	14,99 ± 4,219	12,32 ± 2,776	10,09 ± 2,06	11,02 ± 2,00	48,42 ± 7,00
Kadın	257	15,61 ± 5,003	13,35 ± 3,29	10,20 ± 1,99	10,96 ± 2,08	50,13 ± 8,21
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,18	0,00	0,57	0,78	0,02

4.2.1.2. Medeni Duruma Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Medeni duruma göre katılımcıların sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SAÖ genel puan ortalaması Bekar/Boşanmış/Dul olanlarda ($52,42 \pm 7,41$), evli olanlara ($47,85 \pm 7,55$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). SAÖ kontrol puan ortalaması Bekar/Boşanmış/Dul olanlarda ($16,89 \pm 4,33$), evli olanlara ($14,54 \pm 4,72$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). SAÖ kesinlik puan ortalaması Bekar/Boşanmış/Dul olanlarda ($14,38 \pm 3,04$), evli olanlara ($12,17 \pm 2,91$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). SAÖ öz farkındalık puan ortalaması Bekar/Boşanmış/Dul olanlarda ($10,52 \pm 1,98$), evli olanlara ($11,17 \pm 1,96$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). SAÖ sağlığın önemi puan ortalaması evli olanlarda ($11,17 \pm 1,96$), Bekar/Boşanmış/Dul olanlara ($10,64 \pm 2,16$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Evli	270	14,54 ± 4,72	12,17 ± 2,91	9,96 ± 2,01	11,17 ± 1,96	47,85 ± 7,55
Bekar/boşanmış /ayrı	148	16,89 ± 4,33	14,38 ± 3,04	10,52 ± 1,98	10,64 ± 2,16	52,42 ± 7,41
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,00	0,00	0,00	0,01	0,00

4.2.1.3. Yaş Gruplarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının yaş grupları değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; SAÖ genel puanı ve tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p<0,00$) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 9)

Tablo 9. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	n	*SAÖ- kontrol Ort ± ss	*SAÖ- kesinlik Ort ± ss	*SAÖ- öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ- sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
18-25 yaş(a)	76	16,37 ± 5,01	13,57 ± 2,91	10,95 ± 1,82	10,54 ± 2,05	51,42 ± 7,00
26-35 yaş(b)	131	16,53 ± 4,72	13,73 ± 3,03	10,18 ± 2,03	10,89 ± 2,05	51,31 ± 7,68
36-45 yaş(c)	92	14,62 ± 4,30	13,39 ± 3,51	9,80 ± 1,90	11,30 ± 2,19	49,12 ± 8,04
46-55 yaş(d)	79	13,97 ± 4,16	11,34 ± 2,48	10,04 ± 1,97	11,43 ± 1,89	46,78 ± 6,57
56 yaş ve üstü(e)	40	14,20 ± 4,94	11,45 ± 2,58	9,65 ± 2,32	10,53 ± 1,76	45,83 ± 8,69
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Post-Hoc		a>d b>c, d e<b	a>d,e b>d,e c>d,e	a>c,d,e	-	a>d,e b>d,e

4.2.1.4. Öğrenim Durumlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına değerlendirildiğinde; öğrenim durumu ile SAÖ genel puanı ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p<0,00$) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 10)

Tablo 10. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Öğrenim durumu	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Ortaokul ve altı(a)	103	11,88 ± 3,35	11,14 ± 2,35	9,21 ± 2,19	11,50 ± 1,81	43,73 ± 6,03
Lisans/önlisans(b)	125	15,64 ± 4,46	13,02 ± 3,11	10,70 ± 1,68	10,96 ± 1,79	50,32 ± 7,18
Lisansüstü(c)	190	17,09 ± 4,51	13,89 ± 3,12	10,32 ± 1,95	10,72 ± 2,27	52,02 ± 7,47
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Post-Hoc		a<b,c b<c	a<b,c b<c	a<b,c	a>c	a<b,c

4.2.1.5. Çalışma Durumlarına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışma duruma göre katılımcıların sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SAÖ genel puan ortalaması çalışanlarda ($50,40 \pm 7,89$), çalışmayanlara ($48,12 \pm 7,49$) göre yüksek saptanmıştır($p=0,00$). SAÖ kontrol puan ortalaması çalışanlarda ($16,07 \pm 4,75$), çalışmayanlara ($14,37 \pm 4,49$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). Çalışma durumuna göre SAÖ kesinlik, SAÖ öz farkındalık ve SAÖ sağlığın önemi alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Çalışma durumu	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Çalışıyor	247	16,07 ± 4,75	13,13 ± 3,23	10,15 ± 2,11	11,05 ± 2,03	50,40 ± 7,89
Çalışmıyor	171	14,37 ± 4,49	12,71 ± 2,99	10,16 ± 1,87	10,88 ± 2,07	48,12 ± 7,49
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,00	0,18	0,96	0,40	0,00

4.2.1.6. Gelir Düzeylerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına değerlendirildiğinde gelir düzeyi ile SAÖ öz farkındalık ve SAÖ sağlığın önemi alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla p=0,01; p=0,00) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 12)

Tablo 12. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının gelir düzeyine göre dağılımı

Gelir düzeyi	n	*SAÖ- kontrol Ort ± ss	*SAÖ- kesinlik Ort ± ss	*SAÖ- öz farkındalı k Ort ± ss	*SAÖ- sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Gelirim giderimden az (a)	124	14,69 ± 5,20	13,06 ± 3,39	10,44 ± 2,10	11,44 ± 1,88	49,65 ± 9,24
Gelirim giderime denk (b)	240	15,57 ± 4,53	12,78 ± 3,10	10,16 ± 2,01	10,95 ± 2,05	49,46 ± 7,35
Gelirim giderimden fazla (c)	54	16,06 ± 4,24	13,46 ± 2,65	9,50 ± 1,680	10,07 ± 2,12	49,09 ± 6,08
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,12	0,32	0,01	0,00	0,91
Post-Hoc		-	-	a>c	a>c b>c	-

4.2.1.7. Aile Yapısına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının aile yapısı değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde SAÖ kesinlik ve SAÖ öz farkındalık alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla p=0,03; p=0,00) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 13)

Tablo 13. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının aile yapısına göre dağılımı

Aile yapısı	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Çekirdek aile (a)	358	15,23 ± 4,72	12,88 ± 3,09	10,13 ± 2,02	10,13 ± 2,11	49,19 ± 7,88
Geniş aile (b)	28	16,46 ± 5,78	12,43 ± 3,03	11,18 ± 2,29	11,18 ± 1,04	50,93 ± 9,43
Tek ebeveynli/Parçalanmış (c)	32	16,06 ± 3,38	14,28 ± 3,52	9,59 ± 1,38	9,59 ± 1,98	51,31 ± 4,43
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,28	0,03	0,00	0,51	0,20
Post-Hoc		-	a<c	a<b b>a,c	-	-

4.2.1.8. Kronik hastalık Varlığına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin kronik hastalık varlığına göre katılımcıların sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SAÖ genel puan ortalaması kronik hastalığı olmayanlar ($49,96 \pm 7,55$), kronik hastalığı olanlara ($48,31 \pm 8,30$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,04$). SAÖ sağlığın önemi puan ortalaması kronik hastalığı olmayanlarda ($11,12 \pm 2,03$), kronik hastalığı olanlara ($10,67 \pm 2,06$) göre daha yüksek saptanmıştır. ($p=0,04$) Kronik hastalık duruma göre SAÖ kontrol ve SAÖ kesinlik ve SAÖ öz farkındalık alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Kronik hastalık	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Var	124	15,11 ± 4,40	12,64 ± 3,36	9,89 ± 2,25	10,67 ± 2,06	48,31 ± 8,30
Yok	294	15,48 ± 4,85	13,09 ± 3,04	10,27 ± 1,90	11,12 ± 2,03	49,96 ± 7,55
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,46	0,18	0,07	0,04	0,04

4.2.1.9. Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin ailesinde hastalık varlığına göre katılımcıların sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SAÖ kesinlik puan ortalaması ailede kronik hastalığı olmayanlar ($13,55 \pm 2,86$), ailede kronik hastalığı olanlara ($12,57 \pm 3,25$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). Ailede kronik hastalık varlığı ile SAÖ genel puan ortalaması, SAÖ kontrol, SAÖ öz farkındalık ve SAÖ sağlığın önemi alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının ailede kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Ailede kronik hastalık	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Var	253	15,39 ± 5,21	12,57 ± 3,25	10,22 ± 2,14	10,95 ± 2,14	49,13 ± 8,96
Yok	165	15,35 ± 3,85	13,55 ± 2,86	10,07 ± 1,80	11,04 ± 1,90	49,99 ± 5,56
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,92	0,00	0,45	0,67	0,26

4.2.1.10. Sigara Kullanım Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutlarından aldığı puanlar ile sigara kullanım durumu aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; sigara kullanım durumu ile SAÖ özfarkındalık ve SAÖ sağlığın önemi alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,0; p=0,00). Sigara kullanım durumu ile SAÖ genel puanı, SAÖ kontrol ve SAÖ kesinlik alt boyutları arasından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). (Tablo 16)

Tablo 16. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Sigara kullanım	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Evet	151	15,55 ± 4,192	12,75 ± 2,873	9,78 ± 1,942	10,62 ± 1,973	48,70 ± 6,828
Hayır/bıraktım	267	15,27 ± 5,001	13,07 ± 3,286	10,37 ± 2,034	11,19 ± 2,071	49,90 ± 8,291
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,56	0,33	0,00	0,00	0,13

4.2.1.11. Alkol Kullanım Durumuna Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının alkol kullanım durumu aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; SAÖ genel puanı, SAÖ kontrol, SAÖ kesinlik ve SAÖ sağlığın önemi puanları ile alkol kullanım durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Alkol kullanım durumu ile SAÖ öz farkındalık alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p>0,05$) (Tablo 17)

Tablo 17. Araştırmaya katılanların sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Alkol kullanım	n	*SAÖ-kontrol Ort ± ss	*SAÖ-kesinlik Ort ± ss	*SAÖ-öz farkındalık Ort ± ss	*SAÖ-sağlığın önemi Ort ± ss	SAÖ Genel Puan Ort ± ss
Evet	110	17,29 ± 4,12	13,75 ± 3,02	9,87 ± 2,10	10,59 ± 2,05	51,50 ± 7,29
Hayır	308	14,69 ± 4,73	12,67 ± 3,14	10,26 ± 1,98	11,12 ± 2,03	48,74 ± 7,86
Toplam	418	15,37 ± 4,72	12,95 ± 3,14	10,16 ± 2,01	10,98 ± 2,05	49,47 ± 7,80
p		0,00	0,00	0,08	0,01	0,00

4.2.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

4.2.2.1. Cinsiyete Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Cinsiyetlere göre katılımcıların sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; erkeklerde SADÖ ölçek puan ortalaması erkeklerde $3,10 \pm 0,53$ iken kadınlarda $3,14 \pm 0,66$ olarak saptanmıştır. SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması erkeklerde $2,78 \pm 0,81$ kadınlarda $2,81 \pm 1,02$, SADÖ Profesyonel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması erkeklerde $3,88 \pm 0,55$ kadınlarda $3,90 \pm 0,84$, SADÖ Geleneksel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması erkeklerde $2,95 \pm 0,90$ Kadınlarda $3,04 \pm 1,01$ olarak gerçekleşmiştir. Ölçekten alınan genel puan ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre cinsiyet ile SADÖ genel ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı					
Cinsiyet	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Erkek	161	2,78 ± 0,81	3,88 ± 0,55	2,95 ± 0,90	3,10 ± 0,53
Kadın	257	2,81 ± 1,02	3,90 ± 0,84	3,04 ± 1,01	3,14 ± 0,66
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
P		0,81	0,77	0,37	0,53

4.2.2.2. Medeni Duruma Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Medeni duruma göre katılımcıların sağlık arama davranış ölçeği (SADÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SADÖ genel puan ortalaması Bekar/Boşanmış/Dul olanlarda ($3,24 \pm 0,58$), evli olanlara ($3,06 \pm 0,62$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama puan ortalaması Bekar/Boşanmış/Dul olanlarda ($2,93 \pm 0,90$), evli olanlara ($2,73 \pm 0,96$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,04$). Medeni duruma göre SADÖ Profesyonel Sağlık Arama ve SADÖ Geleneksel Sağlık Arama puan ortalama arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı					
Medeni Durum	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Evli	270	2,73 ± 0,96	3,84 ± 0,76	2,95 ± 0,97	3,06 ± 0,62
Bekar/Boşanmış/Dul	148	2,93 ± 0,90	3,99 ± 0,71	3,11 ± 0,95	3,24 ± 0,58
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
P		0,04*	0,053	0,10	0,00*

4.2.2.3. Yaş Gruplarına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının yaş grupları değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; SADÖ genel puanı ve çevrimiçi sağlık arama davranışı alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla p: 0,00, p: 0,00)

İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 20)

Tablo 20. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımı					
Yaş grupları	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
18-25 yaş(a)	76	2,82 ± 0,92	3,93 ± 0,63	2,89 ± 0,92	3,11 ± 0,61
26-35 yaş(b)	131	3,16 ± 0,63	3,79 ± 0,83	3,02 ± 1,00	3,28 ± 0,53
36-45 yaş(c)	92	2,93 ± 1,15	3,87 ± 0,77	3,18 ± 0,91	3,23 ± 0,73
46-55 yaş(d)	79	2,45 ± 0,87	3,94 ± 0,63	2,83 ± 0,88	2,92 ± 0,52
56 yaş ve üstü(e)	40	1,95 ± 0,72	4,08 ± 0,77	3,15 ± 1,17	2,78 ± 0,49
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,00*	0,25	0,11	0,00*
Post-Hoc		a < b a > e b > d,e c > d,e e < hepsi			a > e b > d,e c > d,e

4.2.2.4. Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA

analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına değerlendirildiğinde; öğrenim durumu ile SADÖ genel puanı ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla p: 0,00; p: 0,00; p:0,01; p:0,00) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 21)

Tablo 21. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Öğrenim durumu	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Ortaokul ve altı(a)	103	2,19 ± 0,82	3,97 ± 0,55	3,11 ± 0,97	2,86 ± 0,41
Lisans/ön lisans(b)	125	2,70 ± 0,97	4,00 ± 0,70	2,77 ± 1,04	3,04 ± 0,66
Lisansüstü(c)	190	3,19 ± 0,79	3,77 ± 0,84	3,10 ± 0,89	3,32 ± 0,60
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,00	0,01	0,00	0,00
Post-Hoc		a<b,c b<c	b>c	a>b b<a,c c>b	a<c b<c

4.2.2.5. Çalışma Durumuna Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışma duruma göre katılımcıların sağlık arama davranış ölçeği (SADÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama puan ortalaması çalışanlarda (2,88 ± 0,95), çalışmayanlara (2,69 ± 0,92) göre daha yüksek saptanmıştır (p=0,04). Çalışma durumuna göre SADÖ Profesyonel Sağlık Arama, SADÖ Geleneksel Sağlık Arama puan ortalama ve SADÖ Genel Puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Çalışma Durumu	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort±ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort±ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort±ss	SADÖ Genel Puan Ort±ss
Çalışıyor	247	2,88 ± 0,95	3,89 ± 0,80	3,02 ± 0,96	3,17 ± 0,64
Çalışmıyor	171	2,69 ± 0,92	3,89 ± 0,66	2,98 ± 0,98	3,06 ± 0,56
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,04*	0,95	0,63	0,07

4.2.2.6. Gelir Düzeyine Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına değerlendirildiğinde gelir düzeyi ile SADÖ genel puanı ve alt boyutlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (Sırasıyla p: 0,36; p: 0,09; p:0,63; p:0,44) Anlamlı ilişki bulunmaması sebebiyle post-hoc analizi yapılmamıştır. (Tablo 23)

Tablo 23. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının gelir durumuna göre dağılımı

Gelir durumu	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Gelirim giderimden az	124	2,66 ± 0,93	3,88 ± 0,69	3,10 ± 0,93	3,07 ± 0,57
Gelirim giderime denk	240	2,88 ± 0,97	3,91 ± 0,78	2,96 ± 0,96	3,16 ± 0,66
Gelirim giderimden fazla	54	2,75 ± 0,80	3,81 ± 0,69	2,98 ± 1,05	3,07 ± 0,44
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,09	0,63	0,44	0,36
Post-Hoc		-	-	-	-

4.2.2.7. Aile Yapısına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının aile yapısı değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde SADÖ genel puanı, çevrimiçi sağlık arama ve geleneksel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla p: 0,00; p: 0,02; p:0,00;) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 24)

Tablo 24. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyutlarının aile yapısına göre dağılımı

Aile yapısı	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Çekirdek aile(a)	358	2,80 ± 0,95	3,88 ± 0,70	2,95 ± 0,97	3,11 ± 0,61
Geniş aile(b)	28	2,42 ± 0,83	3,90 ± 1,00	3,07 ± 0,86	2,95 ± 0,68
Tek ebeveynli/parçalanmış(c)	32	3,11 ± 0,89	4,02 ± 0,97	3,59 ± 0,83	3,46 ± 0,44
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,02*	0,60	0,00*	0,00*
Post-Hoc		b<c	-	a<c	a<c b<c

4.2.2.8. Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve

Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin kronik hastalık varlığına göre katılımcıların sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama puan ortalaması kronik hastalığı olmayanlar (2,88 ± 0,89), kronik hastalığı olanlara (2,60 ± 1,04) göre daha yüksek saptanmıştır (p=0,00). SADÖ Profesyonel Sağlık Arama puan ortalaması kronik hastalığı olanlar (4,01 ± 0,66), kronik hastalığı olmayanlara (3,84 ± 0,77) göre daha yüksek saptanmıştır. (p=0,03) Kronik hastalık duruma göre SADÖ Geleneksel Sağlık Arama ve SADÖ genel puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Kronik Hastalık	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Var	124	2,60 ± 1,04	4,01 ± 0,66	3,07 ± 0,90	3,07 ± 0,59
Yok	294	2,88 ± 0,89	3,84 ± 0,77	2,98 ± 1,00	3,14 ± 0,62
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,00*	0,03*	0,37	0,25

4.2.2.9. Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Arama Davranış

Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin ailesinde hastalık varlığına göre katılımcıların sağlık arama davranış ölçeği (SADÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama puan ortalaması ailede kronik hastalığı olmayanlar ($2,95 \pm 0,87$), ailede kronik hastalığı olanlara ($2,70 \pm 0,98$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). SADÖ Profesyonel Sağlık Arama puan ortalaması ailede kronik hastalığı olanlar ($3,95 \pm 0,71$), ailede kronik hastalığı olmayanlara ($3,80 \pm 0,78$) göre daha yüksek saptanmıştır. ($p=0,04$) Ailede kronik hastalık duruma göre SADÖ Geleneksel Sağlık Arama ve SADÖ genel puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının ailede kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Ailede Kronik Hastalık	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Var	253	2,70 ± 0,98	3,95 ± 0,71	2,96 ± 0,94	3,08 ± 0,62
Yok	165	2,95 ± 0,87	3,80 ± 0,78	3,07 ± 1,00	3,19 ± 0,60
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,00*	0,04*	0,25	0,057

4.2.2.10. Sigara Kullanımına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puanlar ile sigara kullanım durumu aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde sigara kullanım durumu ile SADÖ genel puanı ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 27)

Tablo 27. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Sigara Kullanım	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort $\pm$ ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort $\pm$ ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort $\pm$ ss	SADÖ Genel Puan Ort $\pm$ ss
Evet	151	2,84 $\pm$ 0,89	3,83 $\pm$ 0,74	3,09 $\pm$ 0,85	3,15 $\pm$ 0,52
Hayır/Bıraktım	267	2,77 $\pm$ 0,98	3,93 $\pm$ 0,74	2,96 $\pm$ 1,03	3,11 $\pm$ 0,66
Toplam	418	2,80 $\pm$ 0,94	3,89 $\pm$ 0,74	3,00 $\pm$ 0,97	3,12 $\pm$ 0,61
p		0,45	0,20	0,20	0,48

4.2.2.11. Alkol Kullanımına Göre Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının alkol kullanım durumu aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; SADÖ Çevrimiçi sağlık arama puanları alkol kullananlarda (3,10 $\pm$ 0,74) alkol kullanmayanlara (2,69 $\pm$ 0,99) göre daha yüksek saptanmıştır. ($p=0,00$) SADÖ genel puanı alkol kullananlarda (3,28 $\pm$ 0,54) alkol kullanmayanlara (3,07 $\pm$ 0,62) göre daha yüksek saptanmıştır. Alkol kullanım durumu ile SADÖ Profesyonel sağlık arama ve SADÖ geleneksel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p>0,05$) (Tablo 28)

Tablo 28. Araştırmaya katılanların sağlık arama davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Alkol Kullanım	n	*SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Profesyonel Sağlık Arama Ort ± ss	*SADÖ Geleneksel Sağlık Arama Ort ± ss	SADÖ Genel Puan Ort ± ss
Evet	110	3,10 ± 0,74	3,80 ± 0,74	3,12 ± 0,85	3,28 ± 0,54
Hayır	308	2,69 ± 0,99	3,92 ± 0,74	2,96 ± 1,00	3,07 ± 0,62
Toplam	418	2,80 ± 0,94	3,89 ± 0,74	3,00 ± 0,97	3,12 ± 0,61
p		0,00*	0,15	0,13	0,00*

4.2.3. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

4.2.3.1. Cinsiyete Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Cinsiyetlere göre katılımcıların sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; erkeklerde SBÖ ölçek puan ortalaması erkeklerde $55,38 \pm 10,02$ iken kadınlarda $55,90 \pm 12,28$ olarak saptanmıştır. SBÖ hastalık olasılığı alt boyut puan ortalaması erkeklerde $11,72 \pm 3,78$ kadınlarda $11,44 \pm 3,44$, SBÖ hastalık korkunçluğu alt boyut puan ortalaması erkeklerde $14,34 \pm 3,55$ kadınlarda $14,49 \pm 3,31$, SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu alt boyut puan ortalaması erkeklerde $19,14 \pm 5,16$, Kadınlarda $19,84 \pm 6,27$, SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyut puan ortalaması erkeklerde $10,18 \pm 2,64$, kadınlarda $10,13 \pm 3,52$ olarak gerçekleşmiştir. Ölçekten alınan genel puan ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre cinsiyet ile SBÖ genel puanı ve SBÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçlu ğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliğ i Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Erkek	161	11,72 ± 3,78	14,34 ± 3,55	19,14 ± 5,16	10,18 ± 2,64	55,38 ± 10,02
Kadın	257	11,44 ± 3,44	14,49 ± 3,31	19,84 ± 6,27	10,13 ± 3,52	55,90 ± 12,28
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,44	0,66	0,23	0,87	0,65

4.2.3.2. Medeni Duruma Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Medeni duruma göre katılımcıların sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SBÖ hastalık olasılığı alt boyut puan ortalaması evli olanlarda (12,11 ± 3,58) Bekar/Boşanmış/Dul olanlara (10,53 ± 3,34), göre daha yüksek saptanmıştır (p=0,00). Medeni durum değişkeni ile SBÖ genel puanı, SBÖ hastalık korkunçluğu, SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu ve SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). (Tablo 30).

Tablo 30. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçluğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetlerin in yetersizliği Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Evli	270	12,11 ± 3,58	14,37 ± 3,23	19,94 ± 5,79	10,37 ± 3,17	56,79 ± 10,91
Bekar/boşanmış/a yrı	148	10,53 ± 3,34	14,53 ± 3,72	18,91 ± 5,97	9,74 ± 3,25	53,71 ± 12,17
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,00	0,66	0,08	0,052	0,08

4.2.3.3. Yaş Gruplarına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının yaş grupları değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; SBÖ hastalık olasılığı ve SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p=0,00$; $p=0,04$) İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 31)

Tablo 31. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçluğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. başa çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetlerin in yetersizliği Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
18-25 yaş(a)	76	9,93 ± 3,34	14,68 ± 3,09	18,20 ± 5,80	9,70 ± 3,19	52,51 ± 11,28
26-35 yaş(b)	131	11,35 ± 3,41	14,79 ± 3,56	19,82 ± 5,23	10,73 ± 3,31	56,69 ± 11,94
36-45 yaş(c)	92	11,91 ± 3,41	13,64 ± 3,36	20,02 ± 6,50	10,35 ± 3,49	55,92 ± 11,20
46-55 yaş(d)	79	11,90 ± 3,66	14,61 ± 3,32	19,29 ± 4,76	9,85 ± 2,65	55,65 ± 8,71
56 yaş ve üstü(e)	40	13,75 ± 3,44	14,20 ± 3,56	20,90 ± 7,88	9,25 ± 2,97	58,10 ± 14,47
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
P		0,00	0,12	0,12	0,04	0,06
Post-Hoc		a<b,c,d,e b,c,d<e			-	

4.2.3.4. Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına değerlendirildiğinde; öğrenim durumu ile SBÖ genel puanı, SBÖ hastalık olasılığı, SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu, SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,00$). Öğrenim durumu ile SBÖ hastalık korkunçluğu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 32)

Tablo 32. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre dağılımı						
Öğrenim durumu	n	*SBÖ-hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ-hastalık korkunçluğu Ort ± ss	*SBÖ-hast. başa çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ-sağlık hizmetlerinin yetersizliği Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Ortaokul ve altı(a)	103	12,45 ± 3,69	14,73 ± 3,04	21,20 ± 5,04	9,57 ± 2,39	57,95 ± 9,70
Lisans/önlisans(b)	125	10,88 ± 3,20	13,92 ± 3,56	18,39 ± 6,25	9,48 ± 3,22	52,67 ± 11,62
Lisansüstü(c)	190	11,51 ± 3,66	14,60 ± 3,47	19,47 ± 5,86	10,90 ± 3,43	56,47 ± 11,86
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,00	0,13	0,00	0,00	0,00
Post-Hoc		a>b		a>b,c	a<c b<c	a>b b>a, c

4.2.3.5. Çalışma Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışma duruma göre katılımcıların sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği puan ortalaması çalışanlarda ($10,47 \pm 3,18$), çalışmayanlara ($9,68 \pm 3,20$) göre yüksek saptanmıştır ($p=0,01$). Çalışma durumuna göre SBÖ genel puanı ve SBÖ hastalık olasılığı, SBÖ hastalık korkunçluğu ve SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 33).

Tablo 33. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre dağılımı						
Çalışma durumu	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort $\pm$ ss	*SBÖ- hastalık korkunçluğu Ort $\pm$ ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort $\pm$ ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliği Ort $\pm$ ss	SBÖ Genel Puan Ort $\pm$ ss
Çalışıyor	247	$11,60 \pm 3,68$	$14,26 \pm 3,60$	$19,93 \pm 5,90$	$10,47 \pm 3,18$	$56,27 \pm 11,43$
Çalışmıyor	171	$11,47 \pm 3,43$	$14,67 \pm 3,10$	$19,06 \pm 5,80$	$9,68 \pm 3,20$	$54,88 \pm 11,46$
Toplam	418	$11,55 \pm 3,57$	$14,43 \pm 3,41$	$19,57 \pm 5,87$	$10,15 \pm 3,21$	$55,70 \pm 11,45$
p		0,71	0,23	0,13	0,01	0,22

4.2.3.6. Gelir Düzeyine Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut

Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına değerlendirildiğinde gelir düzeyi ile SBÖ genel puanı ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$) Anlamlı fark saptanmadığı için post-hoc analizi yapılmamıştır. (Tablo 34)

Tablo 34. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının gelir düzeyine göre dağılımı						
Gelir düzeyi	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçlu ğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliği Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Gelirim giderimden az (a)	124	11,82 ± 3,74	14,37 ± 3,42	19,52 ± 5,60	10,33 ± 3,34	56,05 ± 11,95
Gelirim giderime denk (b)	240	11,50 ± 3,59	14,26 ± 3,58	19,55 ± 6,14	10,19 ± 3,30	55,50 ± 11,53
Gelirim giderimden fazla (c)	54	11,15 ± 3,09	15,31 ± 2,29	19,80 ± 5,33	9,54 ± 2,37	55,80 ± 9,99
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,48	0,11	0,95	0,30	0,90
Post-Hoc		-	-	-	-	-

4.2.3.7. Aile Yapısına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının aile yapısı değişkeni ile aralarındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde SBÖ genel puanı, SBÖ hastalık olasılığı ve SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla $p=0,00$; $p=0,00$; $p=0,03$). Aile yapısı değişkeni ile SBÖ hastalık korkunçluğu ve SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. İlişkinin hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc (tukey) analizi yapılmıştır. (Tablo 35)

Tablo 35. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı						
Aile yapısı	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçlu ğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliğ i Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Çekirdek aile (a)	358	11,76 ± 3,66	14,50 ± 3,52	19,86 ± 5,68	10,28 ± 3,28	56,40 ± 11,41
Geniş aile (b)	28	9,86 ± 2,62	13,43 ± 2,15	17,11 ± 5,47	9,64 ± 3,08	50,04 ± 8,51
Tek ebeveynli/ Parçalanmış (c)	32	10,66 ± 2,78	14,50 ± 2,88	18,53 ± 7,59	9,16 ± 2,14	52,84 ± 12,64
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45

p		0,00	0,27	0,03	0,11	0,00
Post-Hoc		a>b		a>b		a>b

4.2.3.8. Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin kronik hastalık varlığına göre katılımcıların sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SBÖ genel puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda ($58,80 \pm 12,76$), kronik hastalığı olmayanlara ($54,39 \pm 10,61$) göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,00$). Kronik hastalık durumu ile SBÖ hastalık olasılığı, SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu ve SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları ile anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p=0,00$; $p=0,01$; $p=0,04$) Kronik hastalık durumu ile SBÖ hastalık korkunçluğu alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 36).

Tablo 36. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı						
Kronik hastalık	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort $\pm$ ss	*SBÖ- hastalık korkunçluğu Ort $\pm$ ss	*SBÖ- hast. başa çıkma zorluğu Ort $\pm$ ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliği Ort $\pm$ ss	SBÖ Genel Puan Ort $\pm$ ss
Var	124	13,31 $\pm$ 3,44	14,21 $\pm$ 3,98	20,63 $\pm$ 6,20	10,65 $\pm$ 3,29	58,80 $\pm$ 12,76
Yok	294	10,81 $\pm$ 3,37	14,52 $\pm$ 3,13	19,13 $\pm$ 5,68	9,94 $\pm$ 3,15	54,39 $\pm$ 10,61
Toplam	418	11,55 $\pm$ 3,57	14,43 $\pm$ 3,41	19,57 $\pm$ 5,87	10,15 $\pm$ 3,21	55,70 $\pm$ 11,45
p		0,00	0,39	0,01	0,04	0,00

4.2.3.9. Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin ailesinde kronik hastalık varlığına göre katılımcıların sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde; SBÖ genel puan ortalaması, SBÖ hastalık olasılığı, SBÖ hastalık korkunçluğu ve SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu ve SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının ailede kronik hastalık durumuna göre dağılımı						
Ailede kronik hastalık	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçlu ğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliğ i Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Var	253	11,62 ± 3,73	14,30 ± 3,76	19,52 ± 5,87	10,10 ± 3,18	55,53 ± 12,18
Yok	165	11,44 ± 3,32	14,63 ± 2,77	19,66 ± 5,89	10,22 ± 3,26	55,96 ± 10,26
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,62	0,32	0,80	0,69	0,71

4.2.3.10. Sigara Kullanım Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyutlarından aldığı puanlar ile sigara kullanım durumu aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi

yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; sigara kullanım durumu ile SBÖ genel puanı ve SBÖ hastalık korkunçluğu alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,06$; $p=0,03$). Sigara kullanım durumu ile SBÖ hastalık korkunçluğu, SBÖ hastalıkla başa çıkma zorluğu ve SBÖ sağlık hizmetlerinin yetersizliği alt boyutları arasından anlamlı fark saptanmamıştır($p>0,05$). (Tablo 38)

Tablo 38. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı						
Sigara kullanım	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçluğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. başa çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetlerin in yetersizliği Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Evet	151	11,05 ± 3,08	14,14 ± 3,62	19,25 ± 6,18	9,89 ± 3,38	54,32 ± 11,43
Hayır/bıraktım	267	11,84 ± 3,80	14,59 ± 3,27	19,76 ± 5,69	10,30 ± 3,10	56,48 ± 11,41
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,03	0,19	0,39	0,21	0,06

4.2.3.11. Alkol Kullanım Durumuna Göre Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt

Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının alkol kullanım durumu aralarındaki ilişkiyi incelemek için bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde; alkol kullanım durumu ile SBÖ genel puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır($p>0,05$). (Tablo 39)

Tablo 39. Araştırmaya katılanların sağlık bilişleri ölçeği ve alt boyutlarının alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Alkol kullanım	n	*SBÖ- hastalık olasılığı Ort ± ss	*SBÖ- hastalık korkunçlu ğu Ort ± ss	*SBÖ- hast. baş çıkma zorluğu Ort ± ss	*SBÖ- sağlık hizmetleri nin yetersizliğ i Ort ± ss	SBÖ Genel Puan Ort ± ss
Evet	110	11,45 ± 4,13	14,51 ± 3,63	18,99 ± 5,00	10,29 ± 2,95	55,25 ± 11,08
Hayır	308	11,58 ± 3,36	14,40 ± 3,33	19,78 ± 6,14	10,10 ± 3,30	55,86 ± 11,59
Toplam	418	11,55 ± 3,57	14,43 ± 3,41	19,57 ± 5,87	10,15 ± 3,21	55,70 ± 11,45
p		0,74	0,77	0,22	0,58	0,62

4.2.4. Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Algısı

Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutları ile sağlık algısı ölçeği (SAÖ) ve alt boyutları aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Pearson korelasyon analiz sonuçlarına göre;

SAÖ toplam puanı ile SADÖ toplam puanı, SADÖ-çevrimiçi sağlık arama alt boyutu ve SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı pozitif korelasyon (sırasıyla p:0,00; r: 0,20 / p:0,00; r: 0,27 / p:0,00; r: 0,16) SADÖ-geleneksel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. (p:0,00; r: -0,13)

SAÖ-kontrol alt boyutu ile SADÖ toplam puanı, SADÖ-çevrimiçi sağlık arama alt boyutu ve SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı pozitif korelasyon

(sırasıyla p:0,00; r: 0,15 / p:0,00; r: 0,20 / p:0,01; r: 0,11); SADÖ-geleneksel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. (p:0,04; r: -0,09)

SAÖ-kesinlik alt boyutu ile SADÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (p>0.05)

SAÖ-öz farkındalık alt boyutu ile SADÖ toplam puanı, SADÖ-çevrimiçi sağlık arama ve SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. (sırasıyla p:0,00; r: 0,16 / p:0,00; r: 0,20 / p:0,01; r: 0,13)

SAÖ-sağlığın önemi alt boyutu ile SADÖ toplam puanı, SADÖ-çevrimiçi sağlık arama ve SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. (sırasıyla p:0,00; r: 0,18 / p:0,00; r: 0,20 / p:0,01; r: 0,21)

Bulgular tablo 40'ta gösterilmiştir

Tablo 40: Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması								
	SADÖ Toplam		SADÖ- Çevrimiçi Sağlık Arama		SADÖ- Profesyonel Sağlık Arama		SADÖ- Geleneksel Sağlık Arama	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SAÖ Toplam	0,209	0,00	0,276	0,00	0,168	0,00	-0,138	0,00
SAÖ-kontrol	0,153	0,00	0,204	0,00	0,115	0,01	-0,098	0,04
SAÖ-kesinlik	0,015	0,76	0,065	0,18	-0,014	0,78	-0,079	0,10
SAÖ-öz farkındalık	0,169	0,00	0,207	0,00	0,132	0,00	-0,078	0,11
SAÖ-sağlığın önemi	0,188	0,00	0,201	0,00	0,216	0,00	-0,083	0,09
Pearson Korelasyon Analizi								

4.2.5. Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Bilişleri

Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması

Bireylerin sağlık arama davranışı ölçeği (SADÖ) ve alt boyutlarından aldığı puanlar ile sağlık bilişleri ölçeği (SBÖ) ve alt boyut puanları aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Pearson korelasyon analiz sonuçlarına göre;

SBÖ toplam puanı ile SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon (p:0,00; r: -0,22), SADÖ- geleneksel sağlık arama ile anlamlı pozitif korelasyon (p:0,00; r:0,23) saptanmıştır.

SBÖ-hastalık olasılığı alt boyutu ile SADÖ-geleneksel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. (p:0,04; r:0,09)

SBÖ-hastalık korkunçluğu alt boyutu ile SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon (p:0,00; r: -0,12), SADÖ- geleneksel sağlık arama ile anlamlı pozitif korelasyon(p:0,00; r:0,18) saptanmıştır.

SBÖ-hastalıkla başa çıkma zorluğu alt boyutu ile SADÖ-çevrimiçi sağlık arama ve SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon (sırasıyla p:0,04; r: -0,10; p:0,01; r: -0,12), SADÖ- geleneksel sağlık arama ile anlamlı pozitif korelasyon(p:0,00; r:0,24) saptanmıştır.

SBÖ-sağlık hizmet yetersizliği alt boyutu ile SADÖ-çevrimiçi sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı pozitif korelasyon (p:0,00; r:0,15), SADÖ-profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (p:0,00; r: -0,48).

Bulgular tablo 41’de gösterilmiştir

Tablo 41: Sağlık Arama Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının, Sağlık Bilişleri Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Karşılaştırılması								
	SADÖ Toplam		SADÖ- Çevrimiçi Sağlık Arama		SADÖ- Profesyonel Sağlık Arama		SADÖ- Geleneksel Sağlık Arama	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SBÖ Toplam	0,026	0,59	0,003	0,95	-0,221	0,00	0,230	0,00
SBÖ- hastalık olasılığı	0,032	0,51	-0,029	0,55	0,051	0,30	0,098	0,04
SBÖ- hastalık korkunçluğu	0,083	0,09	0,062	0,20	-0,127	0,00	0,186	0,00
SBÖ- hastalık başa çıkma zorluğu	-0,019	0,70	-0,100	0,04	-0,121	0,01	0,241	0,00
SBÖ- sağlık hizmet yetersizliği	0,003	0,95	0,159	0,00	-0,487	0,00	0,071	0,146
-Pearson Korelasyon Analizi								

5. TARTIŞMA

Bireyler sağlık sorunları karşısında bu sorunlarını gidermek amacıyla herhangi bir sağlık arayışı içerisine girebilirler. Kişilerin sosyodemografik özellikleri, sağlık algısı ve sağlık bilişleri sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Bu çalışma kapsamında da bireylerin sağlık algısı, sağlık bilişlerini ve sağlık arama davranışlarını belirleyerek bunlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Algısı Arasındaki Bulguların Tartışılması

Cinsiyet ile sağlık algısı ve kesinlik alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Sağlık algısı toplam puanı ve kesinlik alt boyutunda kadınların puan ortalamalarının erkeklerin puan ortalamalarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde; Kaleta (2018) ve Kolaç ve ark (2018) tarafından yapılan çalışmalarda sağlık algısı ölçeği toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(112). Bunun yanında Şen ve Öztürk (2020) yaptıkları kanser tarama ve sağlık algısı ilişkisinin incelendiği çalışmada erkek sağlık çalışanlarının sağlık algısı ölçeği toplam puanının kadın sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür(113). Seyhan Demir (2022) tarafından Bursa’da 360 sağlık çalışanı üzerinde yapılan başka bir çalışmada erkek sağlık çalışanlarının SAÖ sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamalarının kadın sağlık çalışanlarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür(114).

Medeni durum ile sağlık algısı ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Medeni hali bekar/boşanmış/dul olanların evli olanlara göre kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt boyut puanları daha yüksek olarak bulunurken; evli olanların sağlığın önemi alt boyut puanları bekar/boşanmış/dul olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; Bıçakçı 2022 çalışmasında medeni durum ile sağlığın önemi alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık olmadığını tespit etmiştir(115). Seyhan Demir (2022) de Bursa’da 360 sağlık çalışanı üzerinde yapılan başka bir çalışmada evli sağlık çalışanlarının SAÖ sağlığın önemi alt boyut puan ortalamalarının bekar sağlık çalışanlarından anlamlı şekilde yüksek

olduğu görülmüştür(114). Özdemir ve Arpacıoğlu 2020 çalışmasında bekar katılımcıların SAÖ sağlığın önemi alt boyut puan ortalamalarının evlilerden yüksek olduğu görülmüştür(116). McMahon ve ark. (2003) hiç evlenmemiş olanlarda %72 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı varken, evli olanlarda %59, boşanmış olanlarda ise %21 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı olduğunu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir(117). Erengin ve Dedeoğlu (1997) ise esi hayatta olmayan veya esinden ayrılmış bireylerde sağlık algısının anlamlı olarak daha kötü olduğunu saptamışlardır(118). Çapık 2006 çalışmasında yoksul olan ve olmayan kadınların sağlık algısını incelemiş medeni durum ile sağlık algısı arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir(119).

Yaş grupları ile sağlık algısı ölçeği ve tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testine göre sağlık algısındaki farkın 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 46-55 yaş ve 56 yaş ve üstü bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol merkezi alt boyutundaki farkın 18-25 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 46-55 yaş; 26-35 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 36-45 yaş, 46-55 yaş ve 56 yaş üstü bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı, kesinlik alt boyutundaki farkın 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş bireylere ait ortalamaların 46-55 yaş ve 56 yaş üstü bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı ve öz farkındalık alt boyutundaki farkın ise 18-25 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 36-45 yaş, 46-55 yaş ve 56 yaş üstü bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde; Seyhan Demir (2022) Muğla çalışmasında yaş grupları ile sağlık algısı arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir(114). Çapık (2006) sadece kadın katılımcılar ile yaptığı çalışmasında yaş ilerledikçe sağlık algısının kötüleştiğini bildirmiş olup(119), Karakoyunlu Şen (2019) çalışmasında aynı sonuçlara ulaşmıştır(113). Koraltan (2017) yaş değişkeni ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edememiştir(120). Al-Windi (2005) 46-64 yaş grubundaki kişilerin büyük çoğunluğunun kötü sağlık algısına sahipken 16-44 yaş grubunun daha olumlu sağlık algısına sahip olduklarını belirtmiştir (121).

Öğrenim durum ve sağlık algısı ölçeği ve tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Tukey testi sonuçlarına göre lisansüstü grubun sağlık algısı puanları diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; Szaflarski, Cubbins (2004), Ahmad ve ark. (2005) okuryazarlık durumunun sağlık algısı ile ilişkili

olduğunu saptamış ve eğitim durumunun sağlığı algılamada önemli bir etmen olduğunu vurgulamışlardır (122) (123) Belek (2004) bireyleri beş yıl boyunca izlemiş ve eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık algısının da yükseldiğini saptamıştır(124).

Gelir düzeyi ile sağlık algısı ölçeği öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişki gelirim giderimden az grup puan ortalamalarının gelirim giderime denk ve gelirim giderimden fazla grubundan yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde; Çapık 2006 çalışmasında hem yoksul hem de yoksul olmayan grupta sağlık algısı ile aylık gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da gelirin artmasıyla birlikte sağlık algısı yükselmektedir(119). McMahon ve arkadaşları (2003) gelir durumu düştükçe sağlık algısının da düşmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamış ve en alt düzeyde geliri olan grupta %40 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı varken bu oranın en üst düzey geliri olan grupta %82 olduğunu belirtmiştir. Belek (2004) ise beş yıl sürecinde gelirin azalması ile birlikte bireylerin sağlıklarını daha kötü değerlendirdiklerini belirtmektedir(124). Sturm ve Gresenz (2002) düşük gelirin sağlık algısıyla ilişkili olduğunu tespit etmiş ve en düşük gelire sahip olan grubun anlamlı olarak diğer gruplardan daha olumsuz sağlık algısına sahip olduğunu vurgulamıştır(125)

Çalışmamızda sigara kullanımı ile sağlık algısı ölçeğinin öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sigara kullanmayan ya da bırakmış olanların öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyut puanları sigara içenlere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çapık 2006 çalışmasında sağlık algısı ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir(119). Al-Windi (2005), Ahmad ve ark. (2005), McMahon ve ark. (2003) sağlık algısının sigara kullananlarda daha olumsuz olduğunu saptamışlardır(121)(122)(117)

Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Arama Davranışı Arasındaki Bulguların Tartışılması

Cinsiyet ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde Kırac (2019) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Kadınların sağlık arama davranışı, erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur(59). Yaman ve Atalay (2020) ise kadınların online ve geleneksel sağlık arama davranışlarının erkeklerden daha yüksek olduğu

sonucuna ulaşmıştır. Demirel (2021) Konya’da 500 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada cinsiyet ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı fark görülmemiştir(126). Erdoğan ve ark (2020)“nin yapmış oldukları çalışma sonucunda sosyodemografik özelliklerin(yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi) internetten sağlık bilgisi arama ve etkileriyle ilişkili olduğuna ulaşılmıştır. Kadınların erkeklere göre televizyondan yayınlanan sağlık programlarına daha fazla ilgi gösterdiği tespit edilmiştir. Kadınların geleneksel arama davranışına ek olarak online sağlık arama davranışının, erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir ((127) (128), (129)). Kadınların sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem vermeleri, annelik özellikleri ve kadınlara özgü hastalıkların olması sağlık arama davranışını arttırmaktadır (130)

Medeni durum ile sağlık arama davranışı ve online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Medeni hali bekar/boşanmış/dul olanlar evli olanlara göre daha fazla online sağlık arama davranışı sergilemektedir. Literatür incelendiğinde Demirel (2021) Konya çalışmasında Medeni durum ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edemezken, medeni durum ile online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Medeni hali evli olanlar bekar olanlara göre daha fazla online sağlık arama davranışı sergilemektedir(126). Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile çevrimiçi (online) sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir(131). Kırarç (2019) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir(59).

Yaş grupları ile sağlık arama davranışı ve çevrimiçi sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testine göre sağlık arama davranışı ölçeğindeki farkın 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 46-55 yaş ve 56 yaş ve üstü bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Çevrimiçi sağlık arama davranışı alt boyutundaki farkın ise 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki bireylerin 46-55 yaş ve 56 yaş üstü bireylerden daha fazla çevrimiçi sağlık arama davranışında bulunmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde; Kırarç (2019) tarafından yapılan çalışmada yaş ile sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Genç ve orta yaştaki bireylerin sağlık arama davranışının, yaşlı bireylere oranla daha fazla olduğunu tespit etmiştir(59). Bunun yanında Khraim ve Carey (2009) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlı kişilerin daha çok sağlık arama davranışında bulundukları sonucuna ulaşılmıştır(132). Cotten ve Gupta (2004) tarafından

170 kişi üzerinde yapılan araştırmada, yaşı büyük olanların yaşı küçük olanlara göre daha az online sağlık hizmeti kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşı ile profesyonel arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. 18-25 yaş aralığındakilerin profesyonel arama davranışı ortalaması, 36-45 yaş aralığındakilerin ortalamalarından daha düşük çıkmıştır(133). Literatürde yaştaki artışla profesyonel sağlık arama davranışının azaldığı (Thompson ve ark 2016, (134)), yoksul ve yaşlı kadınların ise geleneksel sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu (135) görülmektedir. Ülkemizde Kara'nın (2013) yaptığı çalışmada, 20-29 yaş aralığındaki kadınların profesyonel sağlık arama davranışının 40-49 yaş aralığındaki kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür(136).

 ğrenim durumu ile sağlık arama davranışı tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın lisansüstü ve lise/ön lisans bireylere ait ortalamaların ortaokul ve altı bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde; Kır   (2019)  alışmasında sağlık arama davranışı toplam puanı, online ve profesyonel sağlık arama davranışı arasında anlamlı fark tespit etmiştir. Bu yönüyle çalışmamızda benzer bulgular görülmüştür(59). Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların medya aracılığı (online) ile sağlık arama davranışının anlamlı oranda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır(131). Yaman ve Atalay (2020) ise eğitim durumu ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark bulmuş ve ilkokul mezunu olan bireylerin online sağlık arama davranışlarının doktora mezunu olan bireylerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır(137).

Gelir düzeyi ile sağlık arama davranışı  l eği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada gelir durumu ve medya aracılığı (online) ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir(131). Buna karşı Yaman ve Atalay (2020) tarafından yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların gelir düzeylerine göre online ve geleneksel sağlık arama davranışlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin online sağlık arama davranışlarının düşük bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilirken, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin geliri düşük bireylere göre geleneksel sağlık arama davranışlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır(137). Kır   (2019) ise gelir durumu ile sağlık arama davranışı arsında anlamlı bir

fark tespit etmiştir. Gelir durumu 500-1000 TL arasındaki kişilerin sağlık arama davranışı, 4000 TL ve üzerinde olanlara göre daha düşük bulunmuştur(59).

Çalışmamızda çalışma durumu ile sağlık arama davranış ölçeği genel puanı arasında anlamlı fark görülmemiştir. Fakat çevrimiçi sağlık arama davranışında anlamlı fark olup çalışanların çevrimiçi sağlık arama davranışı puanları çalışmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bizim bulgumuzdan farklı olarak Kırac (2019) çalışmasında çalışmayanların online sağlık arama puanları çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek görülmüştür(59).

Kronik hastalık durumu ile sağlık arama davranışı arasında çevrimiçi sağlık arama ve profesyonel sağlık arama alt boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Çevrimiçi sağlık arama davranışının kronik hastalığı olmayan kişilerde kronik hastalığı olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Profesyonel sağlık arama davranış puanları ise kronik hastalık sahibi kişilerde kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kırac (2019) çalışmasında ise kronik hastalığı olma durumu ile sağlık arama davranışı ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır. Kronik hastalığı olmayanların sağlık arama davranışı ortalaması, olanlara oranla daha yüksek çıkmıştır(59).

Ailede kronik hastalık varlığı ile sağlık arama davranışının analizinde tıpkı kişilerin kendilerinin kronik hastalık durumları gibi çevrimiçi sağlık arama ve profesyonel sağlık arama alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ailede kronik hastalığı olmayanların çevrimiçi sağlık arama puanları anlamlı olarak daha yüksek iken, ailede herhangi bir kronik hastalığı olanların profesyonel sağlık arama puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Kırac 2019 çalışmasında ise ailede kronik hastalık varlığı ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir(59).

İran'da 2021 yılında kadınlarda yapılan bir çalışmada cinsel kaygısı olan kadınların daha çok geleneksel sağlık arama davranışı gösterdiği görülmüştür. Geleneksel sağlık arama davranışı genç yaş ve üniversite mezunu olma ile ilişkili bulunmuştur. Profesyonel sağlık arama ise üniversite mezunu olma ve kronik hastalık öyküsü ile ilişkili bulunmuştur(138).

Çin’de 2019 yılında intihar girişiminde bulunan hastalarda yapılan bir çalışmada yardım arama davranışı ile yaş cinsiyet medeni durum ve eğitim yılı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(139).

Etiyopya’da yapılan bir çalışmada kırsal ve kent nüfusunun sağlık arama davranışı değerlendirilmiş olup profesyonel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı kırsal kesimde %48 iken kent merkezinde %80 seviyesinde görülmüştür. Kendi kendini tedavi etme prevalansı kentsel hanelerde %35,3, kırsal hanelerde ise %46,1’dir. Modern sağlık hizmeti kullanımı için dikkate alınan faktörlerden, kırsal kesimde daha yüksek aylık gelir, algılanan hastalık şiddeti, akut hastalık süresi ve sağlık tesislerine kısa mesafe; kentsel kesimde ise evli olma ve algılanan hastalık şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir(140).

2003 yılında Çin’in Zhejiang bölgesindeki adolesanlarda yapılan bir çalışmada ise son 1 yılda doktora başvuru oranlarının cinsiyet, şehir merkezi ve kırsal kesim arasında anlamlı farklılıklar olduğu gösterilmiştir(141).

2021 yılında Hindistan’da adolesan kızların sağlık arama davranışları incelendiğinde sağlık arama ile yaş, eğitim durumu, medya kullanımı, gelir düzeyi, din ve yaşanılan bölge arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür(142).

Sağlık algısı ile sağlık arama davranışı arasındaki bulguların tartışılması

Sağlık algısı puanları ile sağlık arama davranışı puanları pearson korelasyon analizi yapılarak analiz edilmiştir.

Sağlık algısı toplam puanı ve kontrol merkezi alt boyutu ile; sağlık arama davranışı toplam puanı ve çevrimiçi, profesyonel sağlık arama davranışı arasında anlamlı zayıf düzeyde pozitif korelasyon, geleneksel sağlık arama davranışıyla ise anlamlı zayıf düzeyde negatif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Sağlık algısı kesinlik alt boyutu ile sağlık arama davranışı ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir.

Sağlık algısı özfarkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları ile; sağlık arama davranışı toplam puanı, çevrimiçi sağlık arama ve profesyonel sağlık arama davranışı arasında anlamlı zayıf düzeyde pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.

Literatür incelendiğinde görülen benzer bir çalışmada katılımcıların online sağlık arama davranışları ile sağlık algısının kontrol merkezi($r=0,242$) ve kesinlik($r=0,214$) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile

bireylerin online sağlık arama davranışları arttıkça kesinlik sağlık algısı ve kontrol merkezi algısı da artmaktadır. Buradan hareketle bireylerin online sağlık arama davranışı gösterdiklerinde aradıkları durum ile ilgili kesin ve kontrol edilebilir sonuçlara ulaştıklarına inandıkları yorumu yapılabilmektedir. Son olarak sağlık algısı ile sağlık arama davranışı arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (137).



6. KAYNAKÇA

1. GH0 | By category | Life expectancy and Healthy life expectancy - Data by WHO region. WHO.
2. Baker P. Men's health: an overlooked inequality. <http://dx.doi.org/1012968/bjon201625191054> [Internet]. 2016 Oct 28 [cited 2023 Feb 3];25(19):1054–7. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2016.25.19.1054>
3. Lee C, Owens RG. Issues for a Psychology of Men's Health. J Health Psychol [Internet]. 2002 [cited 2023 Feb 6];7(3):209–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22114245/>
4. Musinguzi G, Anthierens S, Nuwaha F, Van Geertruyden JP, Wanyenze RK, Bastiaens H. Factors Influencing Compliance and Health Seeking Behaviour for Hypertension in Mukono and Buikwe in Uganda: A Qualitative Study. Int J Hypertens [Internet]. 2018 Apr 26 [cited 2023 Feb 17];2018. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29854433/>
5. Gijsbers Van Wijk CMT, Huisman H, Kolk AM. Gender differences in physical symptoms and illness behavior: A health diary study. Soc Sci Med [Internet]. 1999 Oct [cited 2023 Feb 6];49(8):1061–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10475670/>
6. Bayram Clare, General Practice Statistics and Classification Unit., BEACH (Program). Male consultations in general practice in Australia 1999-00. 2003;94.
7. Good GE, Dell DM, Mintz LB. Male Role and Gender Role Conflict: Relations to Help Seeking in Men. J Couns Psychol [Internet]. 1989 Jul [cited 2023 Feb 6];36(3):295–300. Available from: </record/1989-36340-001>
8. Baker P, Banks I. A step into no-man's land. <http://dx.doi.org/1012968/prma201626218> [Internet]. 2017 Jan 19 [cited 2023 Feb 6];26(2):18–9. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/prma.2016.26.2.18>
9. Juel K, Christensen K. Are men seeking medical advice too late? Contacts to general practitioners and hospital admissions in Denmark 2005. J Public Health (Oxf) [Internet]. 2008 Mar [cited 2023 Feb 6];30(1):111–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17981887/>
10. Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N, Üniversitesi OM, Fakültesi SB, Hemşireliği H, et al. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 13];14:275–82. Available from: <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20170310015347>
11. Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Kehler MD, Leclerc JA, Sharpe D, Bourgault-Fagnou MD. Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. J Behav Med [Internet]. 2012 Apr 13 [cited 2023 Feb 13];35(2):167–78. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-011-9339-3>
12. Patel A, Sharma P, Kumar P, Binu V. Sociocultural determinants of infertility stress in patients undergoing fertility treatments. J Hum Reprod Sci [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Feb

- 13];11(2):172. Available from: <https://www.jhrsonline.org/article.asp?issn=0974-1208;year=2018;volume=11;issue=2;spage=172;epage=179;aulast=Patel>
13. Ekti ZA. Aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. 2020 [cited 2023 Feb 6]; Available from: <http://acikerisim.afsu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12933/104>
14. Hemşirelik G, Okulu Y, Esasları H, Dalı B, Üniversitesi Y, Bilimleri S, et al. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi Semra Açıksöz (*), şenay Uzun (**), Filiz Arslan (***).
15. Yulu N. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2020 May 28 [cited 2023 Feb 13]; Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/72544>
16. Üniversite öğrencilerinin serbest zaman doyumunu ve sağlık algısı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/593286?show=full>
17. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers C v., Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. J Community Psychol [Internet]. 2007 Jul 1 [cited 2023 Feb 5];35(5):557–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcop.20164>
18. Lise öğrencilerinde yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörler [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/42069>
19. ALKAN SA, ÖZDELİKARA A, BOĞA NM. HEMşİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGILARININ BELİRLENMESİ. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Internet]. 2017 Jun 30 [cited 2023 Apr 14];6(2):11–21. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32272/359548>
20. Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Karakaya Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği SA, Corr Author S, et al. HEMşİRELİK ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK ALGISI İLE ÖZGÜVENLERİ ARASINDAKİ İLİşKİ. Journal of Human Rhythm [Internet]. 2017 Dec 28 [cited 2023 Apr 14];3(4):198–203. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/issue/33484/373559>
21. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2023 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
22. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik (İlker Belek) [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.kitapyurdu.com/kitap/sinif-saglik-esitsizlik/16861.html>
23. Algılanan sağlık statüsünün ölçümü yoluyla tıbbi müdahalelerin değerlendirilmesi: Bypass ameliyatı olan koroner arter hastaları üzerine bir araştırma -- Toplum ve Hekim [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=1262

24. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: Algılanan sağlık -- Toplum ve Hekim [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=1178
25. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar - Fatma Öz [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.nadirkıtap.com/saglik-alaninda-temel-kavramlar-fatma-oz-kitap26916819.html>
26. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E(1996), Hemşirelik Esasları, Damla Matbaacılık, 2. Baskı, Ankara, 9-40. In.
27. Birol L (1997). Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir. In.
28. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları | AVESİS [Internet]. [cited 2023 Apr 9]. Available from: <https://avesis.gazi.edu.tr/yayin/11566628-2304-40e8-aa19-ae55d9c1755b/hemsirelik-yuksekokulu-ogrencilerinin-sagligi-gelistirme-davranislari>
29. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. J Clin Epidemiol [Internet]. 1997 May [cited 2023 Apr 9];50(5):517–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9180644/>
30. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. J Epidemiol Community Health (1978) [Internet]. 2001 [cited 2023 Apr 14];55(4):233. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11566628/>
31. Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Karakaya Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği SA, Corr Author S, et al. Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki The Relationship Between Nursing Students' Health Perception And Self-Confidence The Relationship Between Nursing Students' Health Perception And Self-Confidence The Relationship Between Nursing Students' Health Perception And Self-Confidence The Relationship Between Nursing Students' Health Perception And Self-Confidence.
32. Conner, M. and Norman, P. (2005) Predicting Health Behaviour Research and Practice with Social Cognition Models. 2nd Edition, Open University Press, Maidenhead. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [cited 2023 Feb 17]. Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1283885](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1283885)
33. Conner M, Norman P. Predicting health behaviour : research and practice with social cognition models. 2005;
34. Aile Sağlık Merkezi P, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi A, Bilimleri Fakültesi S, Sorumlu Yazar A, Tuncay Yılmaz S, İnanç Modeli Örneği, et al. OLGU SUNUMU. 2019;2(1):38–46.
35. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi » Makale » Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7853/103363>

36. (PDF) CERRAHİ HASTALARININ SAĞLIK ALGILARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/324259829_CERRAHI_HASTALARININ_SAGLIK_ALGILARI_VE_ETKILEYEN_FAKTORLER
37. BULDUK S, YURT S, DİNÇER Y, ARDIÇ E. Sağlık Davranışı Modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Internet]. 2015 Jan 31 [cited 2023 Apr 9];5(1):28–34. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/4848/66622>
38. Wortman J, Lucas RE, Donnellan MB. Stability and change in the Big Five personality domains: evidence from a longitudinal study of Australians. Psychol Aging [Internet]. 2012 Dec [cited 2023 Apr 9];27(4):867–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22775362/>
39. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. Uniwersytet śląski [Internet]. 2001 [cited 2023 Feb 13];7(1):314–28. Available from: <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/cognitive-behavioral-treatment-of-hypochondriasis>
40. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Sherry SB, Stewart SH. Linking Illness in Parents to Health Anxiety in Offspring: Do Beliefs about Health Play a Role? Behavioural and cognitive psychotherapy [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2023 Feb 13];44(1):18–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24963560/>
41. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD. Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. Anxiety Stress Coping [Internet]. 2014 Mar [cited 2023 Feb 13];27(2):216–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24028508/>
42. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. [Internet]. [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1997-36553-000>
43. Hogan B. The Presentation of Self in the Age of Social Media: Distinguishing Performances and Exhibitions Online. <http://dx.doi.org/10.1177/0270467610385893> [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2023 Feb 14];30(6):377–86. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0270467610385893>
44. Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy. 1990;28(2):105–17.
45. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
46. Card AJ. Moving Beyond the WHO Definition of Health: A New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care. World Med Health Policy [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 Feb 14];9(1):127–37. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wmh3.221>

47. Huber M, André Knottnerus J, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011 Jul 30 [cited 2023 Feb 14];343(7817). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21791490/>
48. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. J Public Health Policy [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 14];35(3):363. Available from: [/pmc/articles/PMC4119253/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24119253/)
49. Levitt D. The lived experience of HIV positive immigrant African mothers in the UK: an interpretative phenomenological analysis. 2020;
50. Hildt-Ciupińska K, Pawłowska-Cypriak K. Positive Health Behaviors and Their Determinants Among Men Active on the Labor Market in Poland. Am J Mens Health [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Feb 17];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32003283/>
51. Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Mehmet Ali Şen S, Ceylan A, Emin Kurt M, Palancı Y, Adın C, Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Diyarbakır D, et al. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi [Internet]. 2017 Mar 20 [cited 2023 Feb 17];44(1):1–12. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/dicletip/issue/28113/298567>
52. Zaybak A, Fadiloglu Ç, Hemsirelik EÜ, Okulu Y, Esaslari H, Dali A, et al. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİSTİRME DAVRANISI VE BU DAVRANISI ETKİLEYEN ETMENLERİN BELİRLENMESİ. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2023 Feb 17];20(1):77–95. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49615/635912>
53. Short SE, Mollborn S. Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. Curr Opin Psychol [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 Feb 17];5:78–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26213711/>
54. Health Behaviors | County Health Rankings & Roadmaps [Internet]. [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/county-health-rankings-model/health-factors/health-behaviors>
55. Kasl S V., Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. II. Sick-role behavior. Arch Environ Health [Internet]. 1966 [cited 2023 Feb 17];12(4):531–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5324641/>
56. Mechanic D. The concept of illness behavior. J Chronic Dis [Internet]. 1962 [cited 2023 Feb 17];15(2):189–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14471950/>
57. Illness and Sick-Role Behavior | Encyclopedia.com [Internet]. [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/illness-and-sick-role-behavior>
58. Dergisi MATAH, 2015 undefined. Sağlık arama davranışı. jag.journalagent.com [Internet]. [cited 2023 Feb 17]; Available from: https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=tahd&plng=tur&un=TAHD-63678

59. KIRAÇ R, ÖZTÜRK YE. Sağlık Arama Davranışı: Ölçek Geliştirme Çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2021 Feb 20;224–34.
60. Davranýþý A, Bir Etken Olabilir mi A, Özkorumak E, Güleç H, Kose S, Borckardt J, et al. Depresyon Hastalarında Týp Dýþý Yardým SUMMARY Extra Medical Ways of Help-seeking Behaviour in Patients with Depression: Can Alexithymia be a Contributing Factor?
61. Atwine F, Hultsjö S, Albin B, Hjelm K. Health-care seeking behaviour and the use of traditional medicine among persons with type 2 diabetes in south-western Uganda: a study of focus group interviews. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015 Jan 29 [cited 2023 Feb 17];20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26090034/>
62. Roy LC, Torrez D, Dale JC. Ethnicity, traditional health beliefs, and health-seeking behavior: Guardians' attitudes regarding their children's medical treatment. *Journal of Pediatric Health Care* [Internet]. 2004 [cited 2023 Feb 17];18(1):22–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14722502/>
63. Hjelm K, Atwine F. Health-care seeking behaviour among persons with diabetes in Uganda: an interview study. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2011 [cited 2023 Feb 17];11(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21943099/>
64. Duru CB, Iwu AC, Uwakwe KA, Diwe KC, Merenu IA, Okafor CU, et al. Health Care Seeking Behaviour and Predictors of Combined Orthodox and Traditional Health Care Utilization among Households in Communities in Owerri, Imo State, Nigeria. *Open J Prev Med* [Internet]. 2017 Jul 20 [cited 2023 Feb 17];7(7):115–37. Available from: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=77770>
65. Tabuti JRS, Dhillon SS, Lye KA. Traditional medicine in Bulamogi county, Uganda: Its practitioners, users and viability. *J Ethnopharmacol* [Internet]. 2003 [cited 2023 Mar 26];85(1):119–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12576210/>
66. Stekelenburg J, Jager BE, Kolk PR, Westen EHMN, Kwaak A Van Der, Wolffers IN. Health care seeking behaviour and utilisation of traditional healers in Kalabo, Zambia. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2005 Jan [cited 2023 Mar 26];71(1):67–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15563994/>
67. (PDF) The Contribution of Traditional Herbal Medicine Practitioners to Kenyan Health Care Delivery: Results from Community Health-Seeking Behavior Vignettes and a Traditional Herbal Medicine Practitioner Survey [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317689952_The_Contribution_of_Traditional_Herbal_Medicine_Practitioners_to_Kenyan_Health_Care_Delivery_Results_from_Community_Health-Seeking_Behavior_Vignettes_and_a_Traditional_Herbal_Medicine_Practitioner_Sur
68. Health care use - Doctors' consultations - OECD Data [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>
69. MacFarlane JE, Alpers MP. Treatment-seeking behaviour among the Nasioi people of Bougainville: Choosing between traditional and western medicine. *Ethn Health* [Internet]. 2009 Apr

[cited 2023 Mar 26];14(2):147–68. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/24195375_Treatment-seeking_behaviour_among_the_Nasioi_people_of_Bougainville_Choosing_between_traditional_and_western_medicine

70. Chikafu H, Mutero I, Chimbari M. “If I Were to Suffer a Stroke Right Now, the First Place That I Should Be Taken to Is the Traditional Healer”: Community Beliefs and Health-Seeking Practices for Noncommunicable Diseases in Rural KwaZulu-Natal, South Africa. The Qualitative Report. 2022;

71. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı E. Makalenin gelip tarihi: 31.03. 2011;

72. James PB, Wardle J, Steel A, Adams J. Ebola survivors’ healthcare-seeking experiences and preferences of conventional, complementary and traditional medicine use: A qualitative exploratory study in Sierra Leone. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Jun 16];39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32379665/>

73. Bahar A., Savaş HA., Bahar G. 2010. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. New/Yeni Symposium, 48, 3, 216-222.

74. Ünal S, Özcan Y, Murat H, Çekem AB, Birgül H, Sezer Ö. 222 Hastalık açıklama modeli ve... Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı Illness explanatory model and help-seeking behaviour. Anadolu Psikiyatri Derg. 2001;2(4):222–9.

75. Adhikari RK, Sherchand JB, Mishra SR, Ranabhat K, Pokharel A, Devkota P, et al. Health-seeking behaviors and self-care practices of people with filarial lymphoedema in Nepal: a qualitative study. J Trop Med [Internet]. 2015 Jan 28 [cited 2023 Mar 26];2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25694785/>

76. Zachariah R, Nkhoma W, Harries AD, Arendt V, Chantulo A, Spielmann MP, et al. Health seeking and sexual behaviour in patients with sexually transmitted infections: the importance of traditional healers in Thyolo, Malawi. Sex Transm Infect [Internet]. 2002 [cited 2023 Mar 26];78(2):127–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12081174/>

77. Roy LC, Torrez D, Dale JC. Ethnicity, traditional health beliefs, and health-seeking behavior: Guardians’ attitudes regarding their children’s medical treatment. Journal of Pediatric Health Care [Internet]. 2004 [cited 2023 Mar 26];18(1):22–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14722502/>

78. Singh J, Singh R, Gautam CS. Self-medication with herbal remedies amongst patients of type 2 diabetes mellitus: A preliminary study. Indian J Endocrinol Metab [Internet]. 2012 [cited 2023 Mar 26];16(4):662. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23401782/>

79. Eichhorn T, Greten HJ, Efferth T. Self-medication with nutritional supplements and herbal over-the-counter products. Nat Prod Bioprospect [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2023 Mar 26];1(2):62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2131654/>

80. Yuefeng L, Kegin R, Xiaowei R. Use of and factors associated with self-treatment in China. BMC Public Health [Internet]. 2012 [cited 2023 Mar 26];12(1):995. Available from: [/pmc/articles/PMC3534538/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20615179/)
81. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. J Basic Clin Pharm [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 26];5(1):19. Available from: [/pmc/articles/PMC4012703/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20615179/)
82. Ruiz M. Risks of self-medication practices. Curr Drug Saf [Internet]. 2010 Aug 19 [cited 2023 Mar 26];5(4):315–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20615179/>
83. [Self-medication in smoking cessation among smokers] - PubMed [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26946559/>
84. Cotten SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. Soc Sci Med [Internet]. 2004 Nov [cited 2023 Mar 26];59(9):1795–806. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15312915/>
85. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. Int J Med Inform [Internet]. 2006 [cited 2023 Mar 26];75(1):8–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16125453/>
86. Cline RJW, Haynes KM. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. Health Educ Res [Internet]. 2001 [cited 2023 Mar 26];16(6):671–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11780707/>
87. Kyriacou A, Sherratt C. Online health information-seeking behavior by endocrinology patients. Hormones (Athens) [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2023 Mar 26];18(4):495–505. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749117/>
88. Rice R, Katz J. The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations. The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations. 2001 Oct 11;
89. Marton C, Choo CW. A review of theoretical models of health information seeking on the web. Journal of Documentation [Internet]. 2012 Apr [cited 2023 Mar 26];68(3):330–52. Available from: https://www.researchgate.net/publication/241708274_A_review_of_theoretical_models_of_health_information_seeking_on_the_web
90. Yun EK, Park HA. Consumers' disease information-seeking behaviour on the Internet in Korea. J Clin Nurs [Internet]. 2010 Oct [cited 2023 Mar 26];19(19–20):2860–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20598000/>
91. Bessell TL, Silagy CA, Anderson JN, Hiller JE, Sansom LN. Prevalence of South Australia's online health seekers. Aust N Z J Public Health [Internet]. 2002 [cited 2023 Mar 26];26(2):170–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12054338/>
92. Baker L, Wagner TH, Singer S, Kate Bundorf M. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. JAMA [Internet]. 2003 May 14 [cited 2023 Mar 26];289(18):2400–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12746364/>

93. Schwartz KL, Roe T, Northrup J, Meza J, Seifeldin R, Neale AV. Family medicine patients' use of the Internet for health information: a MetroNet study. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2006 [cited 2023 Mar 26];19(1):39–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16492004/>
94. Schmidt H, Wild EM, Schreyögg J. Explaining variation in health information seeking behaviour - Insights from a multilingual survey. *Health Policy* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Mar 26];125(5):618–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579562/>
95. Sage Books - The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://sk.sagepub.com/books/the-internet-and-health-communication/n3.xml>
96. Ducrot P, Montagni I, Thanh VN, Serry AJ, Richard JB. Evolution of Online Health-Related Information Seeking in France From 2010 to 2017: Results From Nationally Representative Surveys. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Mar 26];23(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851927/>
97. Zhang D, Zhan W, Zheng C, Zhang J, Huang A, Hu S, et al. Online health information-seeking behaviors and skills of Chinese college students. *BMC Public Health*. 2021 Dec 1;21(1).
98. Kim J, Kim S. Physicians' perception of the effects of Internet health information on the doctor-patient relationship. *Inform Health Soc Care* [Internet]. 2009 [cited 2023 Mar 26];34(3):136–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19670004/>
99. Pushpalata: Health care seeking behaviour-A theoretical... - Google Scholar [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0,5&cluster=18068433475167622861
100. Kavuncubaşı Başkent Üniversitesi Doç Selami Yıldırım Azerbaycan Devlet iktisat Üniversitesi Ş. HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ. [cited 2023 Mar 26]; Available from: <http://www.siyasalkitap.com>
101. Li J, Song Y. Formal and Informal Care. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 26];1–8. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1
102. Latunji OO, Akinyemi OO. FACTORS INFLUENCING HEALTH-SEEKING BEHAVIOUR AMONG CIVIL SERVANTS IN IBADAN, NIGERIA. *Ann Ib Postgrad Med* [Internet]. 2018 Jun [cited 2023 Mar 26];16(1):52. Available from: [/pmc/articles/PMC6143883/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377873/)
103. D'Avanzo B, Barbato A, Erzegovesi S, Lampertico L, Rapisarda F, Valsecchi L. Formal and Informal Help-Seeking for Mental Health Problems. A Survey of Preferences of Italian Students. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet]. 2012 Jun 5 [cited 2023 Mar 26];8(1):47. Available from: [/pmc/articles/PMC3377873/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33736520/)
104. Lauzier-Jobin F, Houle J. A comparison of formal and informal help in the context of mental health recovery. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Mar 26];68(4):729–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33736520/>

105. Penning MJ, Chappell NL. Self-Care in Relation to Informal and Formal Care*. Ageing Soc [Internet]. 1990 [cited 2023 Mar 26];10(1):41–59. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/selfcare-in-relation-to-informal-and-formal-care/2949CB78744FD714BE8A97D4EEF58314>
106. Bağcı: Türkiye sağlık sistemi - Google Akademik [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0,5&cluster=5000815180246716374
107. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ - Mehmet Atasever, Hasan Bağcı - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=zSLbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR22&ots=QmbMu8fiAt&sig=uE59GBPI__tYGy8nUrpN-z0J4Qw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
108. Sigara Bırakma Hizmetleri [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-birakma-hizmetleri.html>
109. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences [Internet]. 2012 [cited 2023 Feb 5];32(1):47–53. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-saglik-algisi-olceginin-turkce-cevriminin-gecerlilik-ve-guvenilirligi-61682.html>
110. Yılmaz Ö, Dirik G. Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Issue [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 5];6:337. Available from: www.nesnedergisi.com
111. Doç Yunus Emre ÖZTÜRK D. SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: YAPISAL EŞİTLİK MODELLEMESİNE DAYALI BİR ÇALIŞMA Ramazan KIRAÇ DOKTORA TEZİ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI.
112. Kolaç N, Balci AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. Medical Journal of Bakirkoy [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 19];14(3):267–74. Available from: https://www.researchgate.net/publication/327849081_Health_perception_and_healthy_lifestyle_behaviors_in_factory_workers
113. Tepecik İ, Ve E, Hastanesi A, Kliniği AH, Algısı S, Taraması K, et al. The Relationship Between Health Perception and Cancer Screening Awareness. Türk Aile Hek Derg. 2020;24(4):175–83.
114. Seyhan Demir M. Sağlık algısı ve COVID-19 aşısına yönelik tutumlarının incelenmesi: Sağlık çalışanları örneği. 2022.
115. Bıçakçı HS. Bir üniversite hastanesi sağlık personelinin COVID 19 pandemisinde sağlık algısı ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. 2022 [cited 2023 Jun 19]; Available from: <https://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12452/8641>
116. ÖZDEMİR D, ARPACIOĞLU S. Sosyal Medya Kullanımı, Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar [Internet]. 2020 Dec 29 [cited 2023 Jun 19];12(1):364–81. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/48355/803145>

117. McMahon C, ve A. Inequalities in Perceived Health, www.publichealth.ie/getFile.asp?FCID=14&docID=81. 2003;
118. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: Algılanan sağlık -- Toplum ve Hekim [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=1178
119. Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. 2006 [cited 2023 Jun 19]; Available from: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/10213>
120. Koraltan A. Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması. 2017 [cited 2023 Jun 19]; Available from: <https://openaccess.dogus.edu.tr/xmlui/handle/11376/3014>
121. Al-Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study, Health and Quality of Life Outcomes, 3(28), 1–9. 2005;
122. Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: Results of a national health survey. BMC Public Health [Internet]. 2005 May 19 [cited 2023 Jun 19];5(1):1–7. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-51>
123. Szaflarski M, Cubbins LA. Self-reported health in Poland and the United States: a comparative analysis of demographic, family and socioeconomic influences. Health (London) [Internet]. 2004 Jan [cited 2023 Jun 19];8(1):5–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15018716/>
124. Belek İ. Sağlıktaki Esitsizliklerin Degisimi Antalya’da Bes Yıllık Bir Arastırma, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 19(2); 92-100. 2004;
125. Sturm R, Gresenz CR. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. BMJ : British Medical Journal [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2023 Jun 19];324(7328):20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1161653/>
126. Demirel G. Sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Konya örneği. 2021.
127. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. Int J Med Inform [Internet]. 2006 [cited 2023 Jun 19];75(1):8–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16125453/>
128. Baker L, Wagner TH, Singer S, Kate Bundorf M. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. JAMA [Internet]. 2003 May 14 [cited 2023 Jun 19];289(18):2400–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12746364/>
129. Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: a national survey. Int J Med Inform [Internet]. 2006 [cited 2023 Jun 19];75(1):29–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16129659/>
130. MUTLU A, IŞIK A. Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Yayınevi Bursa s:120-165. In 2012.

131. Sarı N. Sağlık arama davranışı ve medya. 2016.
132. Khraim FM, Carey MG. Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009 May [cited 2023 Jun 19];75(2):155–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19036551/>
133. Cotten SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004 Nov [cited 2023 Jun 19];59(9):1795–806. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15312915/>
134. Bintabara D, Ntwenya J, Maro II, Kibusi S, Gunda DW, Mpondo BCT. Client satisfaction with family planning services in the area of high unmet need: Evidence from Tanzania Service Provision Assessment Survey, 2014-2015. *Reprod Health* [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2023 Jun 19];15(1):1–9. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0566-8>
135. Suswardany DL, Sibbritt DW, Supardi S, Pardosi JF, Chang S, Adams J. A cross-sectional analysis of traditional medicine use for malaria alongside free antimalarial drugs treatment amongst adults in high-risk malaria endemic provinces of Indonesia. *PLoS One* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 Jun 19];12(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27362041/>
136. DANIĞMAN YRD DOÇ AYĞE YILDIZ HemD. Evli kadınların üreme sağlığı ve üreme hakları konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2013 Aug 6 [cited 2023 Jun 19]; Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/89759>
137. Yaman Z, Atalay HN. BİREYLERİN SAĞLIK ALGISININ SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ. 2020;
138. Sabetghadam S, Maasoumi R, Keramat A, Talebi SS, Aghayan SS. Women's Help-Seeking Behaviors for Sexual Health Issues and the Related Factors: A Cross-Sectional Study from Iran. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 12];48(1):65–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34404334/>
139. Sun L, Zhang J. Factors associated with help-seeking behavior among medically serious attempters aged 15-54 years in rural China. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2023 Jul 12];274:36–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30780060/>
140. Begashaw B, Tessema F, Gesesew HA. Health Care Seeking Behavior in Southwest Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2023 Jul 12];11(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27626804/>
141. Hesketh T, Ding QJ, Tomkins AM. Health and health care-seeking behavior of adolescents in urban and rural China. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2003 Oct 1 [cited 2023 Jul 12];33(4):271–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14519568/>
142. Kumar P, Srivastava S, Chauhan S, Patel R, Marbaniang SP, Dhillon P. Factors associated with gynaecological morbidities and treatment-seeking behaviour among adolescent girls residing in Bihar and Uttar Pradesh, India. *PLoS One*. 2021 Jun 1;16(6 June).

7. EKLER

EK1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Dokuz Eylül Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Başvuru Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

2019 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre erkeklerde yaşam beklentisi 70.8 yıl iken kadınlarda ise bu süre 75.9 yıl olarak açıklanmıştır. Erkeklerin kötü sağlığının başlıca sebepleri arasında erkeklerin risk alma davranışlarının daha fazla olması ve sağlık hizmetlerini gereğinden az kullanmaları gösterilmiştir.

Kadınlar ve erkekler arasında, tüm dünyada hem erkeklerin kadınlardan daha genç yaşta ölmeleri hem de ölüme neden olan hastalıklara daha fazla yakalanmaları ve ölmeleri açısından belirgin farklılıklar vardır.

Araştırmalar genelde erkeklerin sağlık hizmetlerini kadınlardan daha az kullandıklarını, gerek yardım aramada gerekse belirtileri tanımlamada kadınlara göre daha fazla geciktiklerini göstermiştir. Dahası erkeklerin son 12 ayda kendi aile hekimlerine daha seyrek göründükleri, hastaneye daha az başvurup ve daha az bir tarama testi veya genel sağlık kontrolü yaptırdıkları belirlenmiştir.

‘Bireylerin sağlık algısı ve sağlık bilişlerinin sağlık arama davranışı ile ilişkisinin değerlendirilmesi’ isimli araştırmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri’ne kayıtlı 18-65 yaş erişkinlerde Sağlık arama davranışı ve ilişkili faktörleri inceleyeceğiz.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı:

Tel:

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

EK2: VERİ TOPLAMA ANKET FORMU ÖRNEĞİ

SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz?

1) Erkek 2) Kadın

2. Doğum yılınız

3. Medeni durumunuz?

1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Ayrı yaşıyor

4. Öğrenim durumunuz?

1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Ön-lisans 6) Lisans 7) Lisansüstü

5. Mesleğiniz?

6. Ailenizin aylık gelir durumu?

1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3) Gelirim giderimden fazla

7. Ailenizin yapısı?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Tek Ebeveynli/parçalanmış

8. Son bir yıl içinde muayene amaçlı kaç defa hekime başvuru yaptınız?

.....

9. Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb)

1) var 2) yok

10. Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı?

1) var 2) yok

11. Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız?

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

12. Sigara veya herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır/Bıraktım

13. Alkol kullanıyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır

Sağlık Bilişleri Ölçeği

Liste halinde verilen tüm ifadeleri okuyup, ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Biraz Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Biraz Katılıyorum” veya “Tamamen Katılıyorum” seçeneklerinden birini tercih ediniz. Lütfen, hiçbir soruyu atlamayarak, her soru için tek bir yanıt veriniz

1. Ciddi bir sağlık sorununa sahip olmak berbat/kötü bir durum olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
2. Bir sağlık sorunuyla karşılaşırsam, kendimi üstesinden gelmeye hazır hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
3. Büyük olasılıkla günün birinde bir sağlık sorunu yaşayacağıma inanıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
4. Gelecekte yaşayabileceğim sağlık sorunlarıyla, mücadele edebileceğimi hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
5. Sağlık sorunları yaşamam olasıymış gibi hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
6. Gelecekte yaşayabileceğim ciddi bir sağlık sorunu üstesinden geleceğimden emin değilim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
7. Aile doktorumun ortaya çıkabilecek her hangi bir sağlık sorununu etkin bir şekilde teşhis edeceğine genel olarak güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
8. Sağlık sorunu yaşama riskimin diğer insanlara göre daha yüksek olduğuna inanırım.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
9. Bir sağlık sorunumun olması, hayatımı berbat etmezdi.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

10. Gelecekte bir sağlık sorunu yaşamam halinde, kendimi olabilecek her şeye hazırlıklı hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
11. Uygulanan (ülkedeki) sağlık sistemine güvenim yok.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
12. Bir sağlık sorunu yaşama riskimin çoğu insandan daha yüksek olduğunu hissediyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
13. Ciddi bir sağlık sorunu yaşamam oldukça ürkütücü olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
14. Bir sağlık sorunu yaşamak tedirgin edici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
15. Aile doktorumun yaşayabileceğim her türlü sağlık sorunuyla mücadele etmemde etkin bir şekilde yardım edeceğine genel olarak güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
16. Kronik bir sağlık sorunum olsaydı, artık hayatımı kontrol edemezdim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
17. Eğer bir sağlık sorunu yaşıyor olsaydım, bu korkunç bir şey olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
18. Ciddi bir sağlık sorunu yaşamam halinde aile doktorumuzun pek de yardımcı olabileceğini sanmıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
19. Ciddi bir sağlık sorunu yaşasaydım da, hayattan keyif almaya devam ederdim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
20. Gelecekte yaşayabileceğim her türlü sağlık sorununu bir şekilde yenebileceğimi biliyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

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

Sağlık Algısı Ölçeği

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

EK3: ETİK KURUL İZİNİ

Karar No:2021/20-29		Tarih:30.06.2021		
KARAR BİLGİLERİ Prof.Dr. Mehtap Kartal'ın sorumlusu olduğu "Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlık Bilislerinin Sağlık Arama Davranışı İle İlişkisinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐ H ☒
Prof.Dr. Emel Çalkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐ H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK 4: DOKUZ EYLÜL AİLE HEKİMLİĞİ E-ASM ÇALIŞMA İZİNİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



BİRİM / BÖLÜM : Aile Hekimliği Anabilim Dalı

21 / 06 / 2021

SAYI : 79371373/ 112

İZMİR

KONU : Tez Çalışması HK.

Sayın Dr. Veli DÖNDER,

DEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Araştırma Görevlisi

Anabilim Dalımız öğretim üyelerinden Prof. Dr. Mehtap KARTAL'ın danışmanlığında yürütücüsü olduğunuz “Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlık Bilişlerinin Sağlık Arama Davranışı İle İlişkisinin Değerlendirilmesi” isimli tez çalışmasının, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerimize kayıtlı 18-65 yaş arasındaki hastalara gönüllülük esasına göre anket uygulanması uygundur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR
Aile Hekimliği AD. Bşk.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi / İnciraltı 35340 - İZMİR Tel: 0 232 412 49 51 Fax: 0 232 412 49 59 Eposta: nilgun.ozcakar@deu.edu.tr
Birim sorumlusu: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR (412 49 51)
Düzenleyen: Züleyha DİNÇER

