



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Emre GÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2025

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Emre GÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

KONYA, 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim değerli tez danışma hocalarım Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'a, güler yüzü ve içtenliği için değerli hocam Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na, her daim bizlere yanımızda olduğunu hissettiren, yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Nur DEMİRBAŐ'a teşekkür ederim.

Bugüne ulaőmamda büyük emekleri olan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir vakit esirgemeyen kıymetli annem Fatma GÜNEŞ'e, kıymetli babam Hayrettin GÜNEŞ'e ve kardeőim Ömer GÜNEŞ'e içten teőekkürlerimi sunuyorum. Bu süre zarfında desteklerini esirgemeyen, bizzat motivasyon kaynaklarım olan değerli halalarım İlhan ORAN ve Hanife BAĞCI'ya, kuzenim Agah BAĞCI'ya derinden teőekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık eğitimi boyunca birbirimize destek olduğumuz araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalıőanlarına teşekkür ediyorum.

Rotasyon eğitimlerim boyunca tanıőma fırsatı bulduğum, engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım ve asistan arkadaşlarım başta olmak üzere, tıp eğitimimde katkısı bulunan ve mesleğimi icra ettiğim dönemlerde bana yol gösteren, yardımcı olan, kıymetli tüm sağlık çalıőanlarına teşekkür ederim.

Emre GÜNEŞ

Mayıs, 2025

ÖZET

ACIL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Emre GÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2025

Amaç: Sağlık arama davranışı, kişilerin kendilerinde veya yakınlarında hastalık durumu hissettiklerinde veya iyilik hallerini korumak için gösterdikleri tüm eylem ve süreçleri kapsar. Bu davranışlarından birisi sağlık profesyoneline başvurmaktır. Sunulan çalışmada acil servis yeşil alana başvuran hastaların sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörleri tespit etmektir. Ayrıca bu hastaların birinci basamağı kullanma durumları ve aile sağlığı merkezine başvurularını etkileyen faktörlerin de araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanan bu çalışma, 1 Aralık 2024-1 Şubat 2025 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversite Hastanesinin acil servisinin yeşil alan bölümünde 404 katılımcıyla yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik bilgilerin, sağlık ile ilgili bilgi edinme kaynaklarının, şikayetlerinin, sağlık kuruluşu tercihinin yer aldığı bilgi formu ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınanların %43,6'sı ($n=176$) kadın, yaş ortalamaları $42,7\pm 15,7$ (min:18, maks:85) yıl, %35,4'ü ($n=143$) üniversite mezunu, %72'si ($n=291$) ise evliydi. Katılımcıların %44,6'sı ($n=180$) çalışırken, %90,6'sı ise ($n=366$) sosyal güvencesi kapsamındaydı. Hastaların %52,5'i ($n=212$) şikâyetinin 24 saat veya daha uzun bir zamandır var olduğunu, %67,3'ü ($n=272$) acil servis başvurusu öncesi aile hekimliği birimine başvurmadığını belirtti. Birinci basamağa başvurmayanların %20,3'ünün

(n=82) en sık sebebi ise aile hekimliği birimlerinin mesai dışında kapalı olmasıydı. Katılımcıların %86,6'sı (n=350) sağlıkla ilgili bilgileri doktorlardan aldığını belirtti. SADÖ ölçeği toplam puanı 18-25 yaş aralığında (36,51±5,97) olanların 65 yaş üzerine göre (34,23±7,56) daha yüksekti (<0,001). Üniversite mezunu olanların SADÖ toplam puanı (36,93±6,61), ortaokul ve altına (31,42±7,44) göre daha yüksekti (p<0,001). Geliri giderine denk olanların SADÖ toplam puanı (33,38±7,46) geliri giderinden fazla olanlara göre (37,21 ± 6,69) daha düşüktü (p=0,003). SADÖ toplam puanı etkileyen diğer faktörler, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, kronik hastalık varlığı, sosyal güvence ve çalışma durumu idi (p<0,05).

Sonuç: Sunulan çalışmada acil servis yeşil alana başvuran hastaların sağlık arama davranışları demografik verilerden etkilenmektedir. Hastaların sosyo-kültürel özelliği ne olursa olsun yaklaşık üçte ikisinin mevcut şikayeti için birinci basamağa başvuru yapmaması oldukça çarpıcı bir sonuçtur. Birinci basamağın güçlenmesi ve acil servislerin etkin kullanımı için bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Yeşil Alan, Sağlık Arama, Sağlık Arama Davranışı

ABSTRAT

RESEARH OF THE FATORS AFFETING THE HEALTH SEARH BEHAVIOR OF PATIENTS APPLYING TO THE GREEN AREA OF THE EMERGENY SERVIE

Dr. Emre GÜNEŞ

MEDIAL SPEIALISATION THESIS

KONYA, 225

Aim: Health-seeking behaviour encompasses all actions and processes that people show when they feel sickness in themselves or their relatives or to maintain their well-being. One of these behaviours is to consult a health professional. The aim of this study is to determine the factors affecting the health-seeking behaviours of patients admitted to the green area of the emergency department. In addition, it was aimed to investigate the factors affecting the use of primary health care and the factors affecting their application to the family health centre.

Materials and methods: Descriptive study was conducted between 1 December 2024 and 1 February 2025 in the green area section of the emergency department of Konya Necmettin Erbakan University Hospital with 404 participants. The data were collected using an information form prepared by the researchers, which included sociodemographic information, sources of health-related information, complaints, health institution preference, and the Health Seeking Behaviour Scale (HSBS). The data were evaluated using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 statistical package programme. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: Among the study participants, 43.6% (n=176) were female, mean age was 42.7 ± 15.7 (min:18, max:85) years, 35.4% (n=143) had university education, and 72% (n=291) were married. While 44.6% (n=180) of the participants were employed, 90.6% (n=366) had social security. Of the patients, 52.5% (n=212) stated that their complaint had been present for 24 hours or longer, and 67.3% (n=272) stated that they had not applied to the family medicine unit before the emergency department presentation. The most common

reason for 20.3% (n=82) of those who did not apply to primary care was that family medicine units were closed out of working hours. 86.6% (n=350) of the participants stated that they received health-related information from doctors. The total score of the SADS scale was higher in those aged 18-25 years (36.51 ± 5.97) than in those over 65 years (34.23 ± 7.56) ($p < 0.001$). The total score of the SADS scale of university graduates (36.93 ± 6.61) was higher than that of secondary school and below (31.42 ± 7.44) ($p < 0.001$). The FSS total score of those whose income was equal to their expenses (33.38 ± 7.46) was lower than those whose income was more than their expenses (37.21 ± 6.69) ($p = 0.003$). Other factors affecting the total score of the SADS were marital status, having or not having children, presence of chronic disease, social security and employment status ($p < 0.05$).

Conclusion: In the present study, the health-seeking behaviours of patients admitted to the green area of the emergency department were affected by demographic data. Regardless of the socio-cultural characteristics of the patients, it is a striking result that approximately two thirds of the patients do not apply to primary care for their current complaint. There is a need for more studies on this subject for the strengthening of primary care and effective use of emergency departments.

Keywords: Emergency Department, Green Area, Health Seeking, Health Seeking Behavior

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1 Sağlık Kavramı	2
2.1.1 Sağlık Tanımı ve Tarihçesi.....	2
2.1.2 Sağlık Korunması ve Geliştirilmesi.	3
2.2 Hastalık Algısı.....	5
2.3 Sağlık Arama Davranışı.....	5
2.3.1 Geleneksel Sağlık Arama Davranışı.....	7
2.3.2 Çevrimiçi Sağlık Arama Davranışı.....	8
2.3.3 Profesyonel Sağlık Davranışı.....	9
2.4 Türkiye’de Acil Servis İşleyişi ve Acil Servise Başvurular.....	9
3.GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1 Araştırmanın Zamanı ve Tipi.....	11
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	11
3.3 Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri	11
3.4 Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	11
3.5 Etik Kurul Onayı ve İdari İzin.....	11
3.6 Araştırmanın Uygulanması.....	11

3.7 Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	12
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizi.....	12
4. BULGULAR.....	13
4.1 Tanımlayıcı Bulgular.....	13
4.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	13
4.1.2 Katılımcıların Sağlıkta Bilgi Edinme Kaynakları	15
4.1.3 Katılımcıların Acil Servise Başvuru Şikayetleri	16
4.1.4 Katılımcıların Başvuru Öncesi Şikayet Süreleri	17
4.1.5 Katılımcıların Başvuru Öncesi Aile Hekimliğine Başvuru Durumu.....	17
4.1.6 Katılımcıların Aile Hekimliğine Başvurmama Nedenleri	18
4.1.7 Katılımcıların Hastalandıklarında İlk Olarak Uyguladıkları Yöntemler..	19
4.1.8 Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihini Etkileyen Faktörler-1	20
4.1.9 Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihini Etkileyen Faktörler-2	21
4.1.10 Katılımcıların SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları.....	23
4.2 Analitik Bulgular	24
4.2.1 Yaşa Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	24
4.2.2 Cinsiyete Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	25
4.2.3 Eğitim Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	26
4.2.4 Çalışma Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.	27

4.2.4 Sosyal Güvence Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	28
4.2.5 Aylık Gelir Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	29
4.2.6 Medeni Duruma Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	30
4.2.7 Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.	31
4.2.8 Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	32
4.2.9 Kronik Hastalık Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	33
4.2.10 Mevcut Kronik Hastalık Sayısına Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	34
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
7. KAYNAKLAR	45
8. EKLER.....	51
EK-3: Veri Toplama Anket Formu Örneği.....	53

TABLO ve ŞEKİLLER

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.	14
Şekil 1. Katılımcıların Sağlıkta Bilgi Edinme Kaynakları.....	15
Şekil 2. Katılımcıların Acil Servise Başvuru Şikayetleri.....	16
Şekil 3. Katılımcıların Başvuru Öncesi Şikayet Süreleri.....	17
Şekil 4. Katılımcıların Acil Servise Başvurmadan Önce Aile Hekimliğine Başvurma Durumu.....	18
Şekil 5. Katılımcıların Aile Hekimliğine Başvurmama Nedenleri.....	19
Şekil 6. Katılımcıların Hastalandıklarında İlk Olarak Uyguladıkları Yöntemler.....	20
Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihlerini Etkileyen Faktörler.	21
Şekil 7. Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihlerini 1.Derecede Etkileyen Faktörler.....	22
Şekil 8. Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihlerini 2.Derecede Etkileyen Faktörler.....	22
Şekil 9. Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihlerini 3.Derecede Etkileyen Faktörler.	23
Tablo 3. Katılımcıların SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları.	23
Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Dağılımı	24
Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	25
Tablo 6. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	26
Tablo 7. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	27

Tablo 8. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	29
Tablo 10. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	30
Tablo 11. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	31
Tablo 12. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 13. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 14. Katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Mevcut Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı.....	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MÖ: Milattan Önce

n: Sayı

p: İstatiksel Anlamlılık Değeri

SS: Standart Sapma

SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

SPSS: The Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık arama davranışı, kişilerin kendilerinde veya yakınlarında hastalık durumu hissettiklerinde veya iyilik hallerini korumak için gösterdikleri tüm eylem ve süreçleri kapsar. Bu davranış, sadece bir sağlık profesyoneline başvurmakla sınırlı değildir; internette araştırma yapmak, aile veya arkadaşlardan tavsiye almak, geleneksel tıp yöntemlerini denemek ve yaşam tarzı önerilerini uygulamak gibi çeşitli tepkileri de içerebilir. Sağlık arama davranışı etkileyen faktörler birçok çalışmada araştırılmış ve bireye ait (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durumu, inançlar, kültürel çevre, sağlık algısı, hastalık korkusu, daha önceki deneyimleri), hastalığa ait (belirtilerin şiddeti, süresi, günlük yaşamını etkileme durumu vb.), sağlık sistemine ait (erişilebilirlik, maliyet, sağlık profesyonelinin tutumu vb.) özelliklerden etkilendiği tespit edilmiştir (1).

Acil servisler akut gelişen bir sağlık sorunu/yaralanma durumunda başvurulması gereken özel birimlerdir. (2). Türkiye’de acil servisler, müracaat eden her hastayı kabul eden ve aciliyet durumlarına göre içerisinde triyaj alanlarına sahip olan ve 7/24 kesintisiz hizmet veren sağlık birimleridir (3). Trijajda kırmızı alanda, hayati tehlikesi olan ve hemen müdahale edilmesi gereken hastalar, sarı alanda acil serviste değerlendirilmesi, tetkik- tedavi edilmesi gereken hastalar ve yeşil alanda ise aslında diğer polikliniklere veya aile sağlığı merkezine başvurusu gereken hastalar değerlendirilir (4).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, ilk başvuru yeri olması, hastalık merkezli bakım yerine uzun süreli/sürekli-hasta merkezli bakımı teşvik etmesi, kapsayıcı bir yapıya sahip olması açısından acil servisler ile farklılık göstermektedir. Sürekli, kişi-odaklı bakım; hastalığın her döneminde hatta sağlıklı dönemlerde de sunulması gereken hizmetleri kapsamakta; hasta ile yaşamı boyunca iletişim içinde olmaktır. Acil servisler birinci basamakta çözümlenebilecek sağlık sorunları için de sıklıkla kullanılmakta ve bu durum, acil servis işleyişini güçleştirmekte ve akut müdahale gerektiren hastalar için sorunlara yol açmaktadır. Literatürde acil servis başvuruları sebeplerinin araştırıldığı birçok çalışma olmasına rağmen acil servis yeşil alana başvuru yapan hastaların sağlık arama davranışları araştırılmamış bir konudur (4, 5, 6). Bu sebeplerle bu çalışmanın amacı, acil servise başvuran ve yeşil alana tanımlanan hastaların sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörleri tespit etmektir. Ayrıca bu hastaların birinci basamağı kullanma durumları ve aile sağlığı merkezine başvurularını etkileyen faktörlerin de araştırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Kavramı

2.1.1 Sağlığın Tanımı ve Tarihçesi

Sağlık, insanlık tarihi boyunca önemli kabul edilmiş olup, korunması ve iyileştirilmesi için üzerine düşünülen bir kavram olmuştur. Bu kavramın insanlık için önemli olduğunun en önemli göstergelerinden biri de tanımının zaman içerisinde değişip gelişmesidir. İlk zamanlarda vücudun işlevlerini yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanan sağlık, zaman zaman hastalık tarafından bozulabilecek normal bir işlevsel durum olarak görülmüyordu. Ayrıca anatomik, fizyolojik ve psikolojik bütünlük ile karakterize bir durum; kişisel olarak değerli aile, iş ve toplum rollerini yerine getirme becerisi; fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal stresle baş edebilme yeteneği olarak da tanımlanan sağlık kavramı (7), 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Yalnızca hastalık ve rahatsızlıkların yokluğu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan genel iyilik hali" (8) şeklinde daha geniş kapsamlı bir hale gelmiştir. İlerleyen zamanlarda, hastalık kavramının bir durumdan ziyade bir süreç olarak düşünölmeye başlaması, aynı durumun sağlık kavramının tanımlarında da gözlenmeye başlanmıştır. 1984'te DSÖ, sağlık tanımını "Bir bireyin veya grubun özlemlerini gerçekleştirme, ihtiyaçları karşılama ve çevreyi değiştirme veya başa çıkma derecesi" olarak değiştirmiştir. Ayrıca sağlığın günlük yaşam için bir kaynak olduğu; sosyal ve kişisel kaynakların yanı sıra fiziksel kapasiteleri vurgulayan pozitif bir kavramı işaret ettiği, yaşamın amacı olmadığı vurgulanmıştır (9).

Sağlığın stabil bir kavram olmadığına anlaşılması, bu konuya etki eden birtakım etkenlerin olduğunu düşöndürmüş olup ve bu etkenlerin tespitine ihtiyaç duyulmuştur. Çünkü sağlığın, yalnızca sağlık bilimlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasıyla değil, aynı zamanda bireyin ve toplumun çabaları ve akıllıca yapılmış yaşam tarzı seçenekleri ile sürdüröldüğü ve iyileştirildiği giderek artan bir şekilde kabul edilmektedir. DSÖ'ye göre sağlığın temel belirleyicileri; sosyal ve ekonomik çevre, fiziksel çevre ve kişinin bireysel özelliklerini ve davranışlarını içermektedir (10). Yine DSÖ'ye göre bu kavramları daha net ifade etmek gerekirse;

- | | |
|----------------------------|---|
| 1- Gelir ve sosyal sınıf | 7- Kişisel sağlık uygulamaları ve baş edilme kabiliyeti |
| 2- Toplumsal destek ağları | 8- Sağlıklı çocuk gelişimi |
| 3- Eğitim ve okuryazarlık | 9- Biyoloji ve genetik |
| 4- İş/çalışma koşulları | 10- Sağlık hizmetleri |
| 5- Sosyal çevre | 11- Cinsiyet |
| 6- Fiziksel çevre | 12- Kültür |

olarak tanımlandığını görmekteyiz (10,11).

Sağlık kavramı her ne kadar "iyilik hali" gibi bir durumu ifade etse de tek parça olarak düşünülüp ele alınmamıştır. DSÖ'nün tanımında da yer aldığı gibi sağlık kavramının üç bileşenin olduğu kabul edilip, bu şekilde tanımlanmıştır. Bunlar sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenleridir. Sağlığın fiziksel bileşeninden kastedilen, sağlıklı olduğu kabul edilen bir kişinin biyolojik bileşenlerinin çalışır vaziyette olmasıdır. Örnek vermek gerekirse, aktif şikayet olmaması durumunda dahi, böbreğin çalışma durumunu gösteren üre, kreatinin gibi kanda bakabildiğimiz ve laboratuvarların kendilerince tanımladığı normal değer aralıklarında olması, bizlerde o kişi hakkında böbreğinin olması gerektiği şekilde, uygun çalıştığı kanısına ulaştıracaktır. Sağlığın sosyal bileşeninde bahsedilen, insan sağlığının davranışsal tarafıdır. Yani, bir toplumun üyesi olmak, sosyal etkileşime ve sosyal rol ile beklentilere dahil olmaktan bahsedilmektedir. Sosyal bileşen ayrıca az sonra bahsedeceğimiz ruhsal yapıyı da içermektedir. Son olarak ruhsal bileşen ise, psikolojik, emosyonel ve mental durumu içermektedir. Bu üç bileşen kendi içinde değerlendirilmek ile beraber, hiçbirinde sorun olmaması kaydıyla bütüncül olarak sağlıktan bahsetmek daha uygun ve yerinde olacaktır.

2.1.2 Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

İnsan bedeninin iyilik hali ya da geniş kapsamda düşünüldüğünde "varlık" gösteren kişinin yukarıda belirtilen fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerinin bütüncül olarak iyilik hali olarak tanımlayacağımız sağlığının korunması da önemli bir durumdur. Sağlığın korunması için, kişisel stratejiler ve müdahaleler gerektiği gibi, sağlık hizmetlerinin bilgi birikim ve uygulamaları da o derece önem arz etmektedir. Kişisel strateji ve müdahale kavramı ise

bedenin ve ruhun ihtiyaçlarının karşılanıp, tıbben zararlı olduğu konusunda fikir birliğine varılmış durumlardan uzak durulması şeklinde açıklanabilir. Sağlıkta söz konusu birey olduğu için, bireye özgü olmak kaydıyla uygun diyet ve kalori alımı, yeterli uykunun sağlanması, kuralları sağlık bilimince belirlenmiş yeterli düzeyde egzersiz, kişisel stratejiler kavramına uygun örnekler olacaktır. Ayrıca, toplumlarda artık yaklaşık herkes tarafından zararı bilinen sigaranın içilmemesi veya dumanından uzak durulması da kişisel stratejiler kavramına diğer güzel bir örnek olacaktır.

Sağlığın korunmasında büyük bir görev de sağlık bilimi ve uygulayıcılarına düşmektedir. Sağlık bilimine bakıldığında ise iki ana yaklaşım olduğu görülmektedir. Bunlar insan vücudunun nasıl işlediğini anlamak için insan vücudunun ve sağlıkla ilgili konuların çalışılıp araştırıldığı bilimler ile bu bilginin sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların ve diğer fiziksel, ruhsal bozuklukları önlemesi ve tedavi edilmesi amacıyla uygulandığı bilimlerdir. Temel bilimler olarak adlandırılan halk sağlığı, fizyoloji, mikrobiyoloji, anatomi, biyokimya gibi branşlar, insan vücudunun nasıl işlediğini anlamak ve araştırmalar yaparken; klinik bilimler olarak adlandırılan dahiliye, pediatri, ortopedi ve travmatoloji, psikiyatri gibi branşlar sağlığı geliştirmek, fiziksel ve ruhsal bozuklukları önlemek ve tedavi etmek için görev almaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ise dört ana başlıkta sunulmaktadır. Bunlara baktığımızda; primordial korunma, primer korunma, sekonder korunma ve tersiyer korunma olarak adlandırılır. Primordial korunmada, risk faktörleri ortaya çıkmadan onların oluşmasını önlemek esastır. Obezitenin engellenmesi, çocukların sigara kullanmalarını engelleyici okul eğitimi primordial korunmaya örnek olarak gösterilebilir. Primer korunmada, risk faktörleri mevcut iken koruyucu eylem ile hastalığın oluşmasını önlemek ve/veya derecesini azaltmak amaçlanır. Obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, aşı yapılarak bağışıklık sağlanması primer korunmaya örnek gösterilebilir. Sekonder korunmada, hastalıkları zamanında yakalamak amaçlanır. Erken tanı hizmetleri olarak bilinir. Kan basıncı ölümleri, serviksten sürüntü alınması sekonder korunmaya örnek verilebilir. Tersiyer korunmada ise, primer ve sekonder korunma olanaklarından yararlanamamış, tanıda geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımı esas alınır. Diyabeti olan kişinin göz komplikasyonları varken krlğin önlenmek istenmesi ise tersiyer korumaya örnektir.

2.2 Hastalık Algısı

Hastalık kavramının birçok tanımı yapılmasına rağmen içerdiği anlamlar da önem arz etmektedir. Bu konuda hastalık kavramının iki farklı anlam içerdiğini görmekteyiz (12). Tıbbi açıdan hastalık, belirli semptom ve bulgularla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder, İngilizce karşılığı "disease" olarak ifade edilmektedir. Toplumsal veya kültürel açıdan hastalık; sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının, öznel (subjektif) deneyim içinde bireylerce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık vb. duyma durumu olarak ifade edilirken, İngilizce karşılığı ise "illness" olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal olarak hastalık kavramında ise bireyin kendisinin etkilendiği gibi çevresi de onunla birlikte bu durumdan etkilenmiş olur (13).

Toplumsal ve kültürel açıdan farklılıklar içeren hastalık, ister subjektif ister objektif anlamda olsun, bireysel düzeyde (ruhsal ve fiziksel) ve toplumsal düzeyde uyumsuzluk veya dengesizliği ifade eder. Bireyin hasta olarak tanımlanma sürecinde birey ile beraber çevresindeki kişilerin birlikte değerlendirilmeleri büyük önem arz etmektedir (14). Fakat unutulmamalıdır ki, hastalık her birey için farklıdır ve bireyin kendi kendini algılaması; vücut yapısındaki ve fonksiyonlarındaki değişikliklerin yanında; toplumsal rollerine, ilişkilerine, inanışlarına ve kültürüne göre değişiklikler göstermektedir (15). Sağlık ya da hastalık kültürüne göre değişebilen kavramlardır. Sağlığın korunması ve dolayısıyla hastalıkların tedavisi, kültürüne özgü uygulamalar olarak yer bulmaktadır. Bu nedenle kültür, sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak da görülmelidir (16).

2.3 Sağlık Arama Davranışı

Sağlık davranışları, sağlık durumunun üzerinde etkili olan en önemli faktörlerden birisidir. Bir çalışmada sağlık davranışlarının kronik hastalığın başlamasını geciktirerek ve aktif yaşam süresini uzatarak yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğine dikkat çekilmiştir (17).

Sağlık davranışları; bireyler tarafından gerçekleştirilen, sağlıklı olma halini veya ölüm oranlarını etkileyen eylemler olarak ifade edilmektedir. Bu eylemler arasında sigara ile bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımından ve pasif etkisinden uzak durulması, dengeli beslenme, uygun fiziksel aktivite, yeterli uyku, sağlık hizmeti arama davranışları ve hekimin önerdiği tedaviye bağlı kalma gibi önemli eylemler de yer almaktadır (18). Fakat

burada dikkat çekmek gerekir ki, sağlık davranışları sağlığı iyileştiren ve geliştiren eylemler gibi, kişinin hastalık riskini artıran eylemleri de içeren geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir (19).

Literatüre bakıldığında sağlık davranışının, hastalık davranışı ve hasta rolü davranışı şeklinde bir sınıflandırmaya tabi tutulduğu 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 ise, hasta/rahatsız hisseden bir bireyin bu hastalığın teşhisi ve uygun şekilde tedavisi için gerçekleştirdiği herhangi bir davranıştır. Burada ifade edilen davranışlar; bireylerin sağlıkları ile ilgili şikayetlerini arkadaşlarına, akrabalarına ya da sağlık alanında eğitim almış kişilere ileterek bu kişilerden bir danışmanlık/yardım almaya çalışması olarak kendini göstermektedir. Hasta rolü davranışından kastedilen, kişinin kendisinin hasta olduğunu kabul ettiği ve bu sebeple iyileşmek amacıyla üstlendikleri faaliyetlerdir. Bu faaliyetlerden kastedilen ise uygun profesyonellerden tedavi almayı da içerecek şekilde bir dizi birbirine bağlı davranışı içermekte ve bireyin birtakım sorumluluklarını bir dereceye kadar ihmal etmesine yol açmaktadır. Çünkü hasta rolü davranışı tanımlamasına göre, kişi hastalandığı için sorumluluklarını gerçekleştirememesinden sorumlu tutulmamakta, normal sosyal sorumluluklarından bir anlamda muaf tutulmaktadır. Ama hasta rolü genellikle istenmediği ve bir noktadan sonra suistimal edildiği düşüncesinden dolayı, birey iyileşmek için çaba göstermek ve uygun bir yardım arama davranışı göstermek zorundadır. Bu noktada doktor veya ilgili alan uzmanının tamamlayıcı bir rolü bulunmaktadır. Bu uzman, hasta kişinin iyileşmesinde ve normal sosyal sorumluluklarına geri dönmesinde rol oynamaktadır (20).

Hastalık davranışı ile farklı kişilerin algıladıkları semptom ve rahatsızlıkların yorumu ve bu doğrultuda, önlem almak ve/veya teşhis ve tedavi için harekete geçmesi ya da geçmemesine atıfta bulunmaktadır. Çünkü bir hastalık veya rahatsızlıkla ilgili daha önceki deneyimler, konuya ilişkin eğitim düzeyi vb. nedenlerle kişilerin bir kısmı hızlıca hızlıca harekete geçerek yardım arayabilirken, bir kısmı ilgili semptom ve rahatsızlıkları göz ardı edebilmektedir. Bu sebeple hastalık davranışı, teşhis ve tedavinin başlayıp başlamayacağını dahi belirlemektedir (21). Görüldüğü gibi sağlık ve hastalık süreci çeşitli aşamalardan oluşmakta, her aşamasında kişilerin 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.

Sağlık arama davranışlarının diğer tanımlarına bakmak gerekirse; kişilerin bir rahatsızlık hissettikleri durumda, sağlık ile ilgili bilgi arayışında olduklarında ya da kendileri ile ilgili bir sorun tanımlamalarının ardından gerçekleştirdikleri davranışlar olarak belirtildiğini görmekteyiz. Sağlık arama davranışı, kendisinde bir sağlık sorunu olduğunu veya hasta olduğunu algılayan/düşünen kişilerin uygun bir çare bulmak amacıyla üstlendikleri herhangi bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır (22). Mahmood ve ark. ise sağlık arama davranışını bireylerin algıladıkları kötü sağlık durumunu düzeltmek için üstlendikleri iyileştirici eylemler dizisi olarak tanımlamıştır. Buna ek olarak sağlık arama davranışının, sağlık kaybına neden olan durumdan kurtulma ve hastalığa ilişkin seyrin ve etkilerin azaltılması ile ilgili davranışları da içerdiği belirtilmektedir (23). Kişiler, kendilerinde bir rahatsızlık hissettiklerinde çeşitli arayışlar içerisinde girebilmektedirler. Bu arayış bazen bir hekime başvuru olarak ortaya çıkarken, bazen kendi kendine ilaç kullanma, güvendiği bir kişinin önerilerine uyma gibi davranışlar olarak kendini göstermektedir. Bazı durumlarda ise doğaüstü güçlerden yardım bekleme gibi davranışlarla da karşılaşılmaktadır.

2.3.1 Geleneksel Sağlık Arama Davranışı

Kişilerin geleneksel sağlık arama davranışı olarak yöneldikleri 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 (24). Geleneksel tıbbın uygulayıcısı olarak, geleneksel şifacılar, aktarlar, kırık-çıkıkçılar, resmi eğitimi olmayan ebeler karşımıza çıkmaktadır, bu kişiler geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaları sağlık hizmeti talep eden kişilere, tercih ettiği yöntemleri (hacamat, sülük tedavisi vb.) uygulamakta görev almaktadırlar. Ayrıca modern sağlık hizmetlerine başvurmasına rağmen, şifa bulamadığını düşünen, sıkıntıları geçmeyen ya da sorunlarının kötüleştiğini düşünen kişiler, şifalı bitkileri ya da besin takviyelerini de reçete edebilen geleneksel sağlık hizmetlerine yönelebilmektedirler. Fakat uygun sağlık hizmetlerinin neler olduğu konusunda bilgi eksikliği yaşayan kişiler de sağlık erişiminde birtakım problemler yaşamakta ve bu durum kişileri, geleneksel sağlık arayışına yönlendirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da yaşanan birtakım sıkıntılar, kişileri geleneksel sağlık arayışına yönlendirmektedir. Örnek vermek gerekirse, ilaç temininde yaşanan sıkıntılar, yeterli sayıda olmayan sağlık personeli ve sağlık sigortasının olmayışı söylenebilir. Bu sebeple, 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 sürmüştür. Bir başka çalışmaya göre ise kişiler ulaşılabilir olduğu takdirde hastanelerden hizmet almak istedikleri belirtilmiştir. Hastanelerin uzak olduğu durumlarda bölgesel klinikler ve diğer sağlık merkezlerini tercih etmişlerdir. Ancak geleneksel tedavi yollarına yönelmişlerdir (25).

2.3.2 Çevrimiçi Sağlık Arama Davranışı

İnternetin günümüzde insan hayatındaki yeri, tartışılmaz bir noktaya gelmiştir. Gündelik yaşantıda alışverişlerin bu yolla gerçekleştirilmesi, gerektiğinde kaynaklardaki bilgiye bu metot ile ulaşılması bunu doğrular niteliktedir. Özellikle söz konusu sağlık olduğunda da kişiler zaman zaman merak ettikleri konuları ya da kendilerinde veya yakınlarında ortaya çıkan birtakım 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 yolu ile olmaktadır. Bu doğrultuda çevrimiçi/online sağlık arama davranışının gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu sebeple 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.

İnternetin yaygınlaşması ile sağlık ile bilgilere ulaşımının yanı sıra kişilerin karşılıklı iletişimini gerekli kılan sağlık iletişimi çabalarının da internet aracılığı ile gerçekleştirilebilmesi mümkündür. Bu özellikleri ile internet aracılığı ile sağlık arama yöntemi geleneksel yöntemlerin bıraktığı bir boşluğu doldurabilmeyi başarmıştır (27). Çünkü 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 taşımıştır (26).

İnternet ortamında yer alan sağlıkla ilgili bilgiler çoğunlukla diyet, egzersiz gibi alanları kapsamına rağmen birtakım hastalıklarda uygulanan tedaviler ve bakım gibi süreçler de bireyler tarafından aranılan bilgiler arasında yer almaktadır (28). Her ne kadar yukarıda bahsedilen faydalarından yararlanılsa da aşırı denilebilecek sayıda bilgi içermesi, bu bilgilerin organize bir şekilde değil dağınık bir şekilde yer alması, kullanıcı kolaylığının zayıf olması, aşırı teknik bir dilin kullanılması, doğru olmayan, yanlış yönlendirme potansiyeline sahip ya da tehlike arz eden bilgilerin yer alması vb. durumlardan dolayı dikkat edilmesi gereken bir bilgi kaynağı durumundadır (29). Çünkü hekimler tarafından anamnez, fizik muayene ve tetkikler ile kişiye özgü değerlendirilen vakalar, internette teorik olarak ve her kişiye uygulanması güç vaziyette kişilerin bilgisine sunulmaktadır.

2.3.3 Profesyonel Sağlık Arama Davranışı

Bir sağlık ihtiyacı ortaya çıktığında başvuru alan üç farklı kısımdan biri olan profesyonel kısım; hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık alanlarında resmi eğitim almış, yine resmi makamlarca kabul gören, etik değerleri olan mesleklerin yer aldığı bir sektör olarak tanımlanmaktadır. Fakat bu sektörde bilimsel bilgi ve kanıtlara dayalı hizmetler sunulmasına rağmen, tüm sağlık hizmetleri içerisindeki payının düşünüldüğünden düşük olması ilginç bir gerçekliktir. Sağlık kurumlarında bakım profesyonel sağlık hizmetlerinin en geleneksel ve baskın türünü oluşturmaktadır (30).

Genel olarak beklenen sağlık arama davranışının, kişinin bir problemle karşılaştığında resmi olarak tanınan bir sağlık hizmeti ortamında, resmi eğitimi olan bir hekimden yardım istemesi olduğu ifade edilmiştir. Uygun olmayan sağlık arama davranışının ise kişinin yardım aramaması, kendi kendine tedavi uygulama çabası, geleneksel şifacılar gibi kaynaklara başvurması olarak nitelendirilmiştir (31).

2.4 Türkiye’de Acil Servis İşleyişi ve Acil Servise Başvurular

İnsanlar gündelik yaşamda birçok sağlık problemleri ile uğraşmaktadır. Bunların bir kısmı anlık veya kısa süre zarfında kendini gösterirken, diğer kısmı ise var olan sağlık problemlerinin alevlenmesi gibi sebeplerden dolayı uzun zamandır süregelmektedir. İster hastalık düzeyinde olmayan belirtiler olsun, isterse hastalık sebebiyle bulgular olsun, kişileri iyileşme çabasına yönlendirmektedir. Türkiye’de sağlık problemlerinin yönetilmesinde önemli bir yeri bulunan acil servisler ise 7/24 açık olması, Türkiye’de acil servislerde kırmızı

alan harici özellikle de yeşil alan hastalarının tedavisinde önemli yer olması ve sevk zincirinin ülkemizde çok etkin olmaması sebeplerle gereğinin üstünde hasta başvurusunu kabul etmek zorunda kalmıştır. Bu ise mevcut sağlık ekipman ve çalışanlarının etkin bir şekilde çalışmasına engel oluşturmaktadır. Acil servis tanım olarak, akut gelişen bir sağlık sorunu/yaralanma durumunda başvurulması gereken özel birimler olmasına rağmen (2), Türkiye’de acil servisler, müracaat eden her hastayı kabul eden ve aciliyet durumlarına göre içerisinde triyaj alanlarına sahip olan ve 7/24 kesintisiz hizmet veren sağlık birimleri olarak hizmet vermektedir (3).

Türkiye’de acil servisler özellikle yeşil alan başvuruları için kullanılmaktadır. Özellikle mevsimsel hastalıkların tedavisinde başvuru alan acil servisler, kronik hastalık sahibi kişiler tarafından da mevcut poliklinik sistemine ulaşamadığı durumda da tercih edilmektedir. Bu durum da acil servislerin uygunsuz şekilde kullanılmasına sebep olmaktadır. Acil serviste yapılan bir çalışmada %62,3’ünün acil olmayan hastalar tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır (32). Uygunsuz kullanılma sebeplerine bakıldığında ise; birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğine ilişkin sorunlar, acil servislerin yer ve işlev olarak zamandan kazanım sağlaması ve acil servislerin yakınlığı gibi sebepler bulunmuştur (33, 34, 35, 36).

Sağlık başta olmak üzere, hangi alana bakılırsa bakılsın amacı dışında kullanılan herhangi bir materyal, araç-gereç, kurum-kuruluş veya işgücü o durumun işlerliğini bozmakla birlikte daha büyük bedellere neden olmaktadır. Acil servislerin uygunsuz kullanımında tedavi ihtiyacı olan kişilerin tedavi süreci aksamakta olup, defansif tıp modelinden dolayı gereksiz tetkiklere maruz kalmakta ve hızlı işlemesi gereken kurumların işleyişi yavaşlamakta ve son olarak sağlık çalışanlarının aşırı yıpranmasına sebep olmaktadır. Sunulan çalışmada bu durum göz önünde bulundurularak özellikle acil servis yeşil alana başvuran kişilerin sağlık arama davranışları incelenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Zamanı ve Tipi

Bu araştırma 1 Aralık 2024-1 Şubat 2025 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Konya Necmettin Erbakan Üniversite Hastanesi'nin acil servisinin yeşil alan bölümüne başvuran kişiler oluşturmaktadır. Örneklem sayısı " $n = t^2 \cdot p \cdot q / d^2$ " formülü ile hesaplanarak 360 bulunmuştur. Buna %10 hata payı da eklenerek örneklemin en az 396 kişiden oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Belirlenen tarihlerde 404 katılımcı sayısına ulaşılmıştır.

3.3 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ⌚ 18 yaş ve üzeri olması
- ⌚ Hastanın triyajda yeşil alana tanımlanması
- ⌚ İletişim kurulabilen hastalar olması

3.4 Araştırmanın Dışlama Kriterleri

- ⌚ Hastanın triyajda acil servisin sarı veya kırmızı alanına tanımlanması
- ⌚ Soruları anlayıp cevap verebilecek düzeyde Türkçe bilmemesi

3.5 Etik Kurul Onayı ve İdari İzin

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10 Ocak 2025 tarihli toplantısında 2025/5458 karar sayısı ile etik kurul izni alınmıştır (Ek-1). Necmettin Erbakan Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından da 27.11.2024 tarihinde 14567952/900-475 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek-2).

3.6 Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servis yeşil alan bölümünde, dahil edilme

kriterlerine uyan hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulandı. Çalışmanın sonuçlarına yönelik karıştırıcı faktörleri en aza indirmek için anketler 3 farklı zaman diliminde yapıldı. Hafta sonunda, hafta içi mesai saatlerinde ve mesai saatleri dışında olmak üzere belirtilen zaman dilimlerinde yaklaşık eşit sayıda hasta toplandı.

3.7 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Anket formunun ilk kısmında, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, ekonomik ve medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadığı, kronik hastalık varlığı ile ilgili sosyodemografik bilgiler yer alıyordu. İkinci kısımda, sağlık bilgisine nereden ulaştığı, acil servise başvuru şikâyeti, şikâyetinin süresi, bu şikâyet ile aile hekimliği başvurusu olup olmadığı soruldu. Aile hekimliğine başvurusu olmadıysa sebebinin açıklanmasının istendiği açık uçlu bir soru yer aldı. Ayrıca kişilerin hastalandığında ilk olarak ne yaptığı ve sonrasında kişilerin sağlık kuruluşu tercihleri ile ilgili sorular yer almaktaydı. Üçüncü kısımda ise Sağlık Arama Davranışı Ölçeği bulunmaktaydı (Ek-3).

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ): Bu ölçek 2021 yılında Kıracı R., ve Öztürk Y. tarafından geliştirilmiştir. 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. Çevrimiçi sağlık arama alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,726, profesyonel sağlık arama alt boyutunun 0,720 ve geleneksel sağlık arama alt boyutunun 0,736'dır. Toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,755'tir. Her alt boyut ve ölçeğin tamamı için puan arttıkça sağlık arama davranışı artmaktadır (1).

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi

Araştırma sonunda elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket programına kaydedildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Kategorik verilerin istatistiksel analizi için Ki-kare testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda bağımsız- t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA testi (Post Hoc Tukey test) kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 404 kişinin %56,4'ü (n=228) erkekti, yaş ortalaması $42,69 \pm 15,78$ (min=18, maks=85) yıl idi. Katılımcıların %72,0'si (n=291) evliydi, %68,1'i (n=275) çocuk sahibi olduğunu belirtti. Çocuk sahibi olanların %12,6'sının (n=51) bir çocuğu, %24'ünün (n=97) iki çocuğu bulunmaktaydı. Hastaların %35,4'ü (n=143) üniversite mezunuydu, %55,4'ü (n=224) çalışmıyordu, %58,4'ünün (n=236) geliri giderine denkti ve %90,6'sının (n=366) sosyal güvencesi vardı. Araştırmaya katılanların %39,4'ünün (n=159) kronik hastalığı vardı ve kronik hastalığı olanların %29,7'sinin (n=120) bir kronik hastalığı bulunuyordu.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

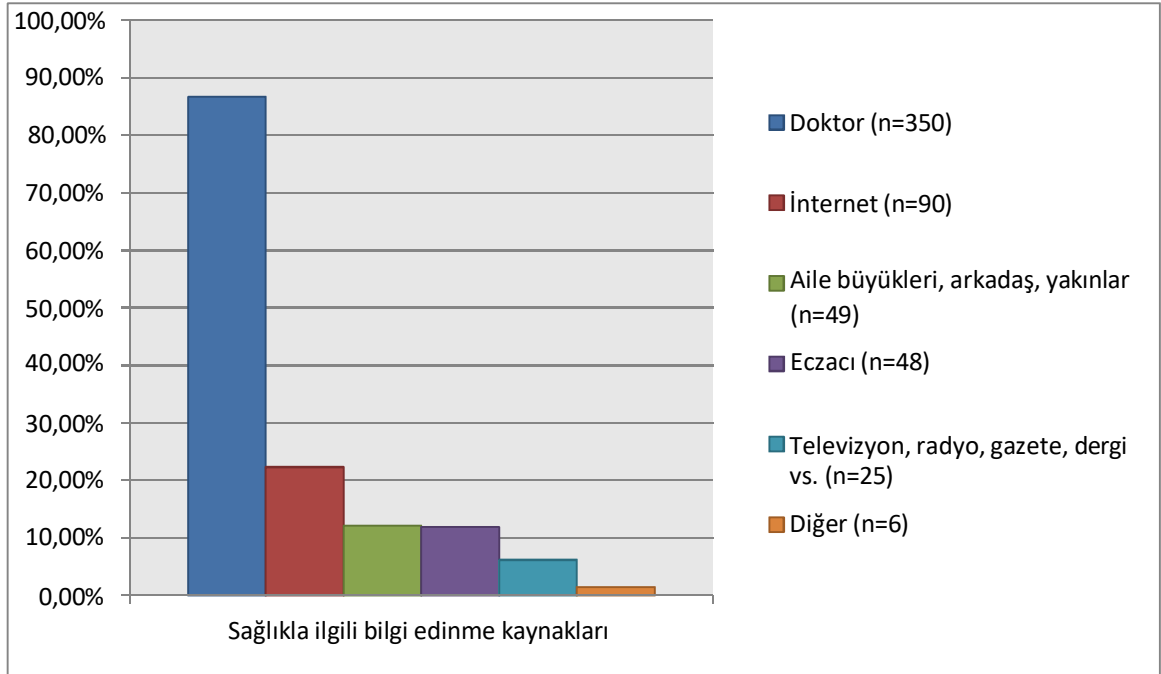
		n	%
Cinsiyet	Kadın	176	43,6
	Erkek	228	56,4
Yaş	18-25 yaş	85	21,0
	26-65 yaş	287	71,0
	>65 yaş	32	8,0
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	151	37,4
	Lise	110	27,2
	Üniversite	143	35,4
Çalışma durumu	Çalışıyor	180	44,6
	Çalışmıyor	224	55,4
Sosyal güvence	Var	366	90,6
	Yok	38	9,4
Aylık gelir durumu	Geliri giderinden az	117	29,0
	Geliri giderine eşit	236	58,4
	Geliri giderinden fazla	51	12,6
Medeni durum	Evli	291	72,0
	Bekar	113	28,0
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	275	68,1
	Hayır	129	31,9
Çocuk sayısı*	1 çocuk	51	18,4
	2 çocuk	97	35,1
	3 ve üzeri çocuk	128	46,5
Kronik hastalık varlığı	Evet	159	39,4
	Hayır	245	60,6
Kronik hastalık sayısı**	1	120	75,4
	2 ve üzeri	39	24,6
	Toplam	404	100

*275 kişi yanıtladı **159 kişi yanıtladı.

4.1.2 Katılımcıların Sağlıkta Bilgi Edinme Kaynakları

Katılımcılara sunulan beş seçenekten birden fazla işaretleyebildikleri bu soruda, hastaların %86,6'sı (n=350) doktorlardan, %22,3'ü (n=90) internetten bilgi aldığını belirtmiştir. Diğer (n=6) seçeneğinde ise, 5 kişi fikir belirtmemiş olup 1 kişi ise makaleden faydalandığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynaklarının dağılımı Şekil 1'de yer almaktadır.

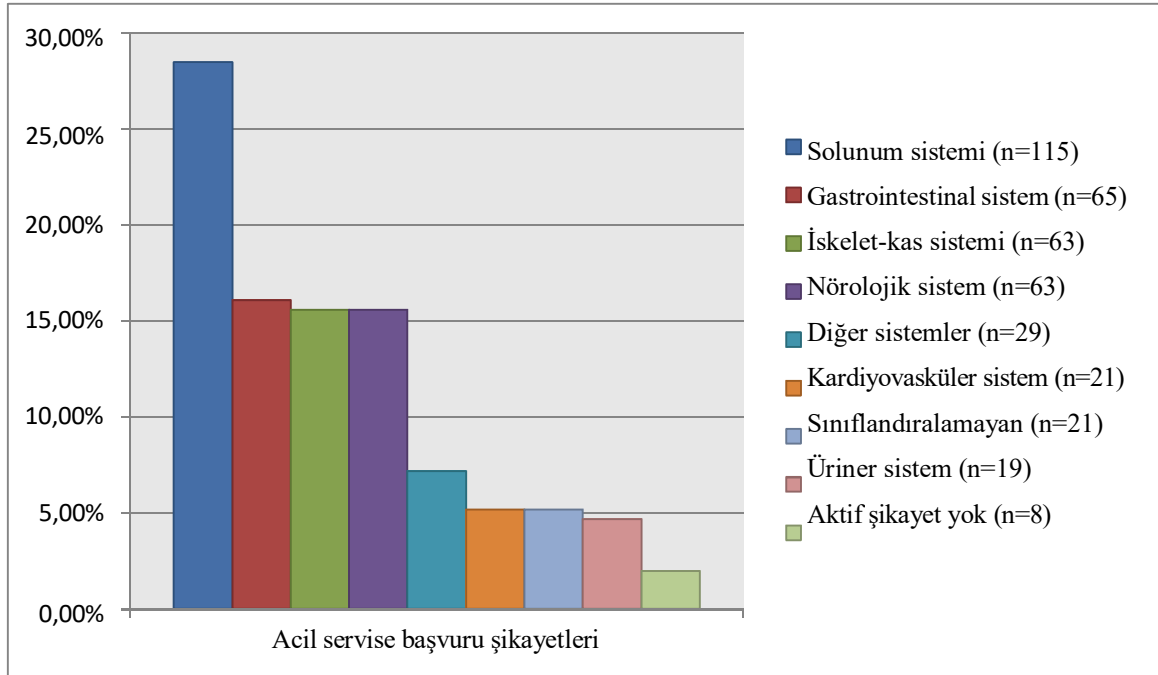


Şekil 1. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynakları

4.1.3 Katılımcıların Acil Servise Başvuru Şikayetleri

Hastalara acil servise başvuru şikayetleri açık uçlu soruldu. Cevaplar üç araştırmacı tarafından kategorize edilerek ortak bir kararla gruplandırıldı. Katılımcıların %28,5'i (n=115) solunum sistemi yakınmalarından dolayı (nefes darlığı, öksürük, boğaz ağrısı vb.) ve %16,1'i (n=65) gastrointestinal sistem yakınmalarından dolayı (mide bulantısı, ishal, kusma vb.) acil servise başvurduklarını belirtmiştir. Halsizlik gibi birden fazla sistemi ilgilendirip, tek bir sistem belirtisi olarak sunulamayan durumlar ise sınıflandırılmayan sistem bulgusu şeklinde belirtildi. Diğer sistemlerde ise göz, kulak, cilt şikayetleri ifade edilmiş olup, aktif şikayet olmamasında ise kişilerin B-hcg baktırmak istemesi gibi durumlar yer almıştır.

Araştırmaya katılanların acil başvuru şikayetlerinin dağılımı Şekil 2’de yer almaktadır.

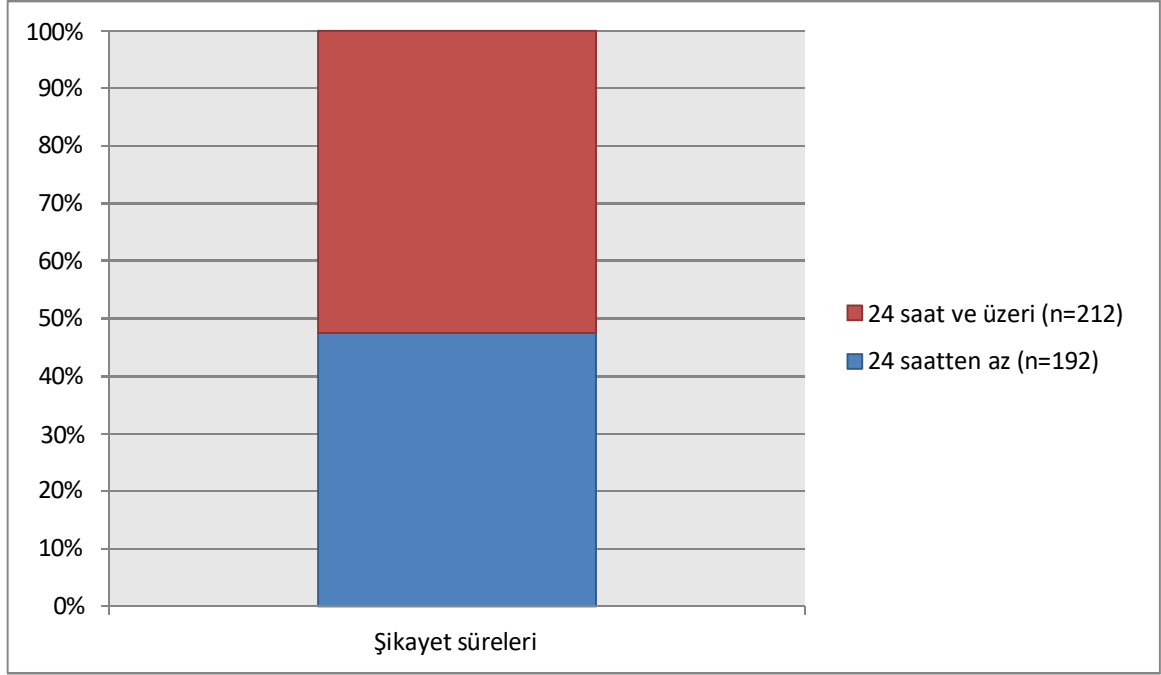


Şekil 2. Katılımcıların acil servise başvuru şikayetleri

4.1.4 Katılımcıların Acil Servise Başvuru Öncesi Şikayet Süreleri

Açık uçlu olarak yöneltilen şikayet süresi, 24 saatin eşik değeri olarak kabul edildiği bu çalışmada, katılımcıların %52,5'i (n=212) şikayetinin 24 saat veya daha uzun bir zamandır var olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların acil başvurusu öncesi şikayet sürelerinin dağılımını Şekil 3'te yer almaktadır.

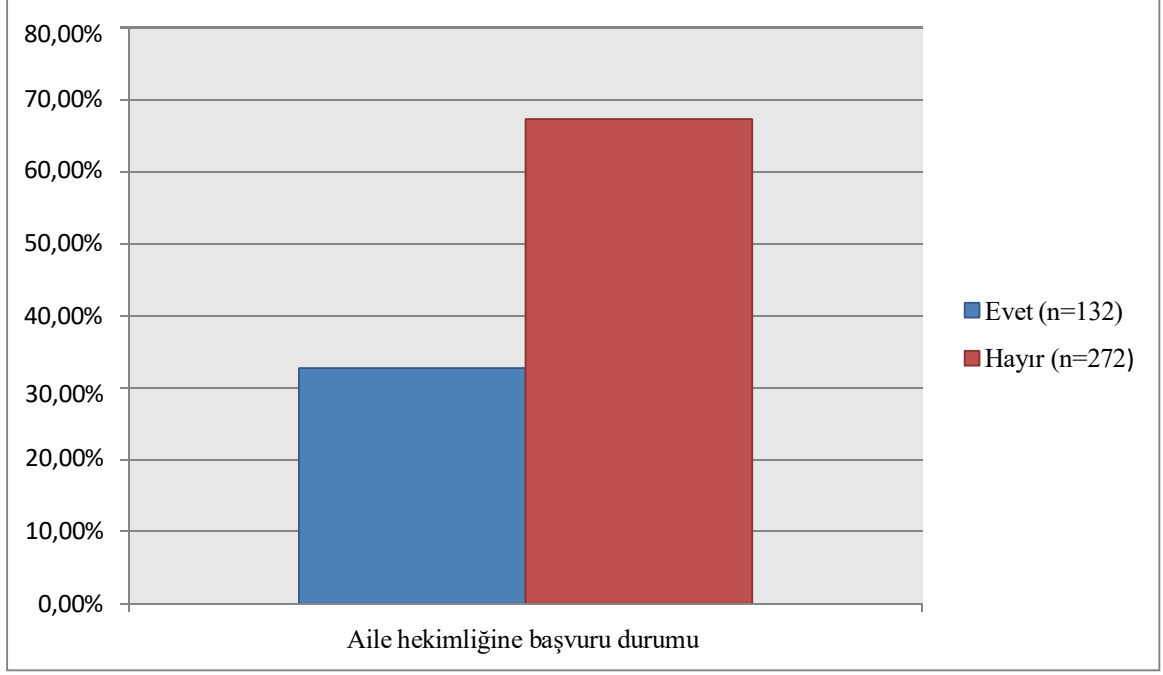


Şekil 3. Katılımcıların başvuru öncesi şikâyet süreleri

4.1.5 Katılımcıların Acil Servise Başvuru Öncesi Aile Hekimliğine Başvuru Durumu

Katılımcıların %67,3'ü (n=272), acil servis başvurusu öncesinde aile hekimliğine başvurmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların acil servis başvurusu öncesinde aile hekimliğine başvuru yapma durumu Şekil 4'te gösterilmiştir.

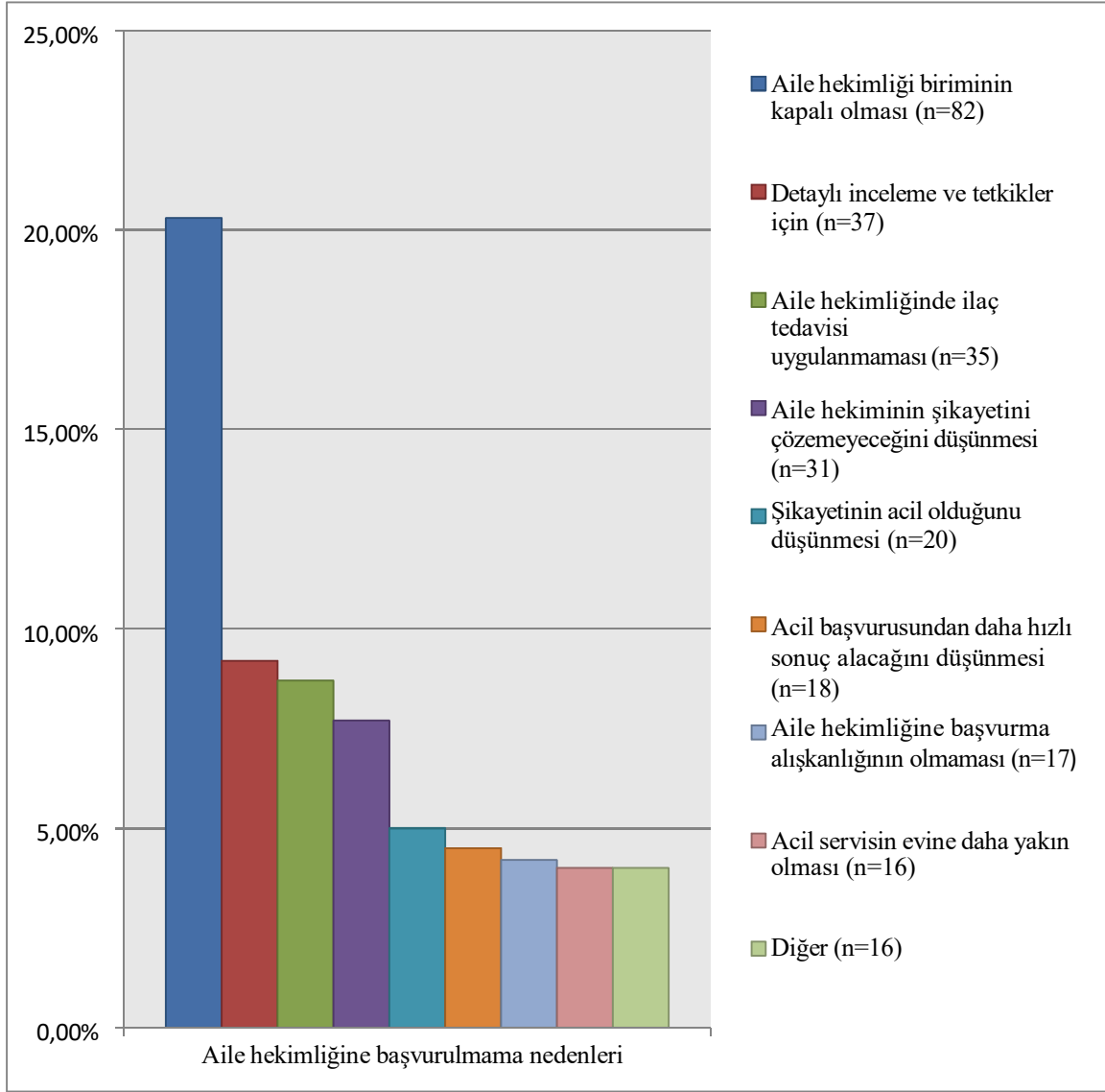


Şekil 4. Katılımcıların acil servise başvurmadan önce aile hekimliğine başvurma durumu

4.1.6 Katılımcıların Aile Hekimliğine Başvurmama Nedenleri

Hastalara mevcut şikayeti için ilk olarak aile hekimine başvurmama nedenleri açık uçlu soruldu. Cevaplar üç araştırmacı tarafından kategorize edilerek ortak bir kararla gruplandırıldı. Katılımcıların %20,3'ü (n=82) "Aile hekimliği birimi kapalı olduğu için acil servise başvurduğunu" ve %9,2'si (n=37) "Detaylı inceleme ve tetkik beklentisinden dolayı acil servise başvurduğunu" belirtmiştir. Diğer seçeneğinde ise "Aile hekimliğine ilaç yazdırmak için başvuruyorum. ", "Aile hekimliğine rapor yazdırmak için başvuruyorum. " gibi gerekçeler sunulmuştur.

Katılımcıların acil servis başvurusu öncesinde aile hekimliğine başvuru yapmama gerekçeleri Şekil 5'te gösterilmiştir.

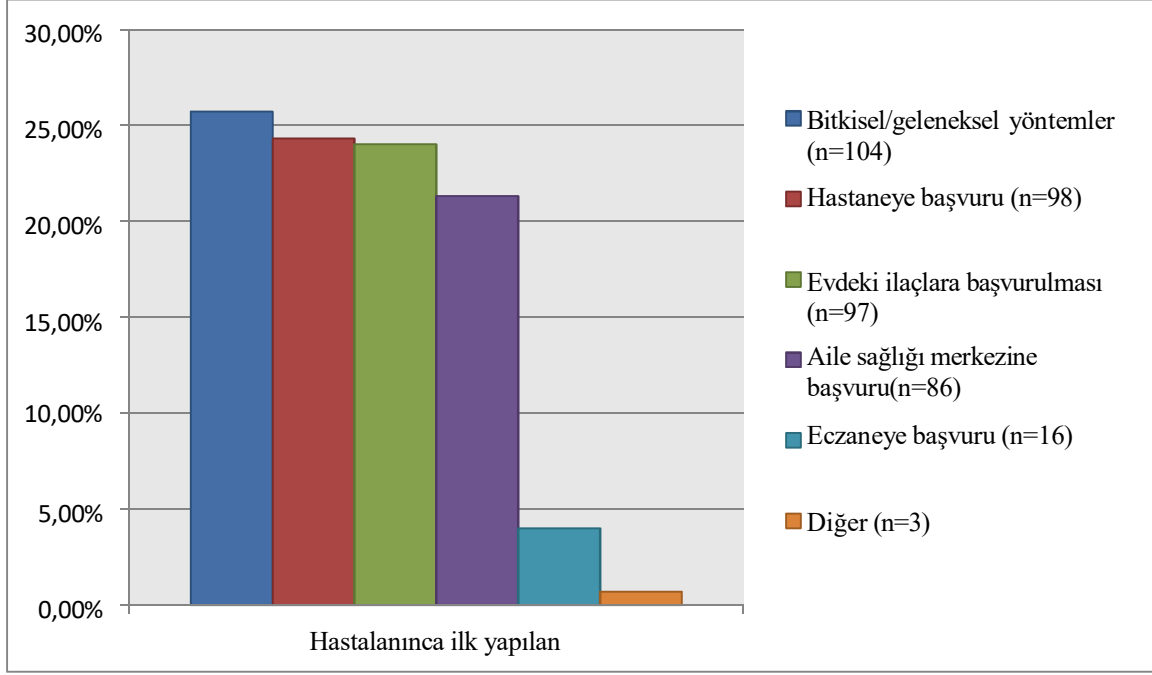


Şekil 5. Katılımcıların aile hekimliğine başvurmama nedenleri

4.1.7 Katılımcıların Hastalandıklarında İlk Olarak Uyguladıkları Yöntemler

Katılımcıların %25,7'si (n=104) evde bitkisel/geleneksel yöntemlere başvurduğunu ve %24,3'ü (n=98) hastaneye başvurduğunu belirtmiştir. Diğer seçeneğinde ise "Geçmesini beklerim. ", "Öncelikle dinlenirim. " ve "Hastalık durumuna göre değişir. " ifadeleri yer almıştır.

Katılımcıların hastalandıklarında ilk izledikleri yöntemler Şekil 6'da ifade edilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların hastalandıklarında ilk olarak uyguladıkları yöntemler

4.1.8 Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihini Etkiyen Faktörler-1

Katılımcılar anketin bu bölümünde, 9 sorudan oluşan ve cevap seçenekleri "Evet", "Hayır" ve "Kararsızım" şeklinde olan soruları cevaplandırmışlardır. Katılımcıların %92,1'i (n=372) "Sağlık çalışanlarının nazik ve ilgili olması" sorusuna, %94,3'ü ise (n=381) "Sağlık kuruluşunun temizliğinin etkisi" sorusuna "Evet" yanıtını vermiştir.

Bu durum Tablo 2'de detaylı olarak ifade edilmiştir.

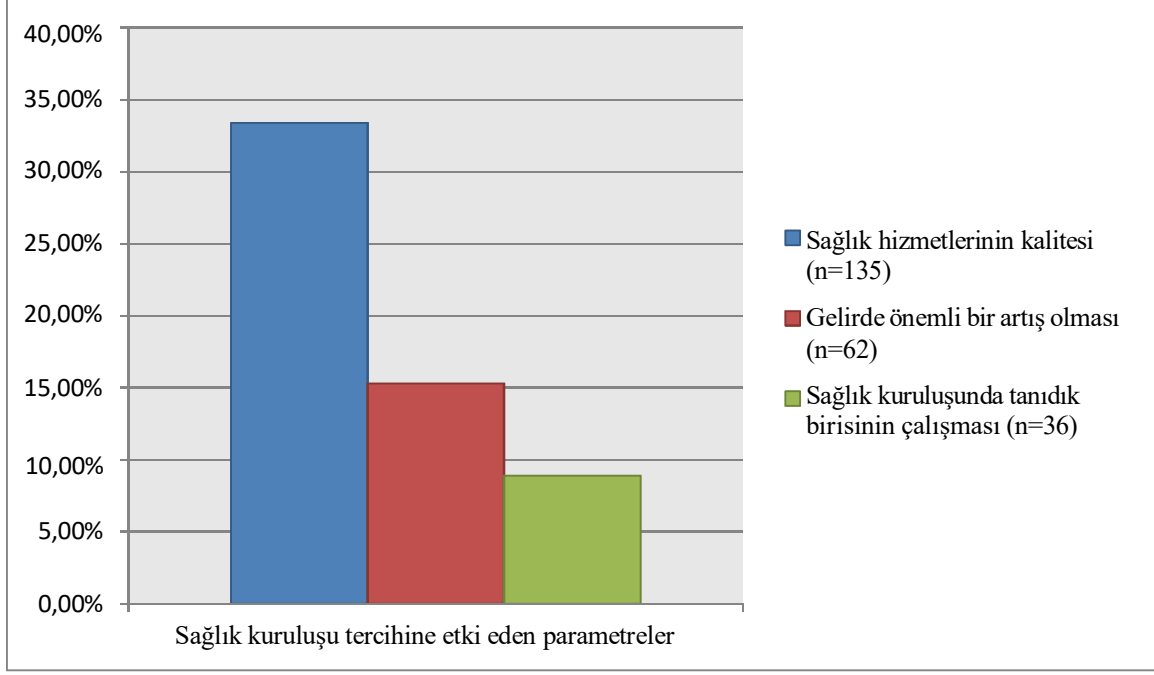
Tablo 2. Katılımcıların sağlık kuruluşu tercihlerini etkileyen faktörler

Sağlık kuruluşu tercihinizi;	Evet %(n)	Hayır %(n)	Kararsızım %(n)
Gelirinizde önemli bir artış olması etkiler mi?	61,4 (248)	33,4 (135)	5,2 (21)
Sağlık hizmetlerinin kalitesi etkiler mi?	89,4 (361)	8,4 (34)	2,2 (9)
Sağlık kuruluşunun teknolojik imkanları etkiler mi?	83,4 (337)	11,4 (46)	5,2 (21)
Seçtiğiniz sağlık kuruluşunda tanıdığınız birinin çalışması etkiler mi?	65,6 (265)	29,7 (120)	4,7 (19)
Sosyal güvence kapsamında olması etkiler mi?	84,7 (342)	12,6 (51)	2,7 (11)
Sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerin unvanı etkiler mi?	70,3 (284)	23,3 (94)	6,4 (26)
Hizmet alma veya bekleme süreniz etkiler mi?	81,9 (331)	14,9 (60)	3,2 (13)
Sağlık çalışanlarının nazik ve ilgili olması etkiler mi?	92,1 (372)	5,9 (24)	2,0 (8)
Sağlık kuruluşunun temizliği etkiler mi?	94,3 (381)	3,7 (15)	2,0 (8)

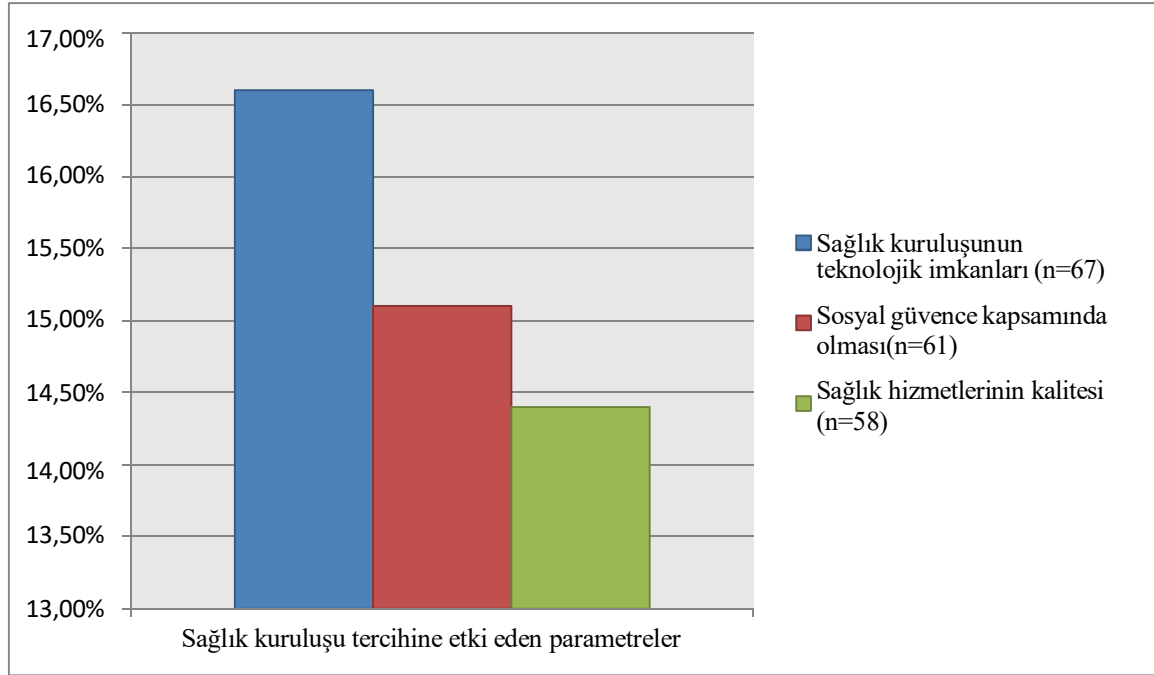
4.1.9 Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Tercihini Etkileyen Faktörler-2

Ayrıca yukarıda bahsedilen bu bölümde, katılımcılara bu faktörler arasında sıralama yapması istenmiştir. Önem sırasında göre sadece 3 seçeneğin belirtilmesi istenilen bu kısımda, katılımcıların 1. sırada önemli gördüğü faktör "Sağlık hizmetlerinin kalitesinin etkisi", 2. sırada önemli gördüğü faktör "Sağlık kuruluşlarının teknolojik imkanlarının etkisi", 3. sırada önemli gördüğü faktör ise "Sağlık çalışanlarının nazik ve ilgili olması" olmuştur.

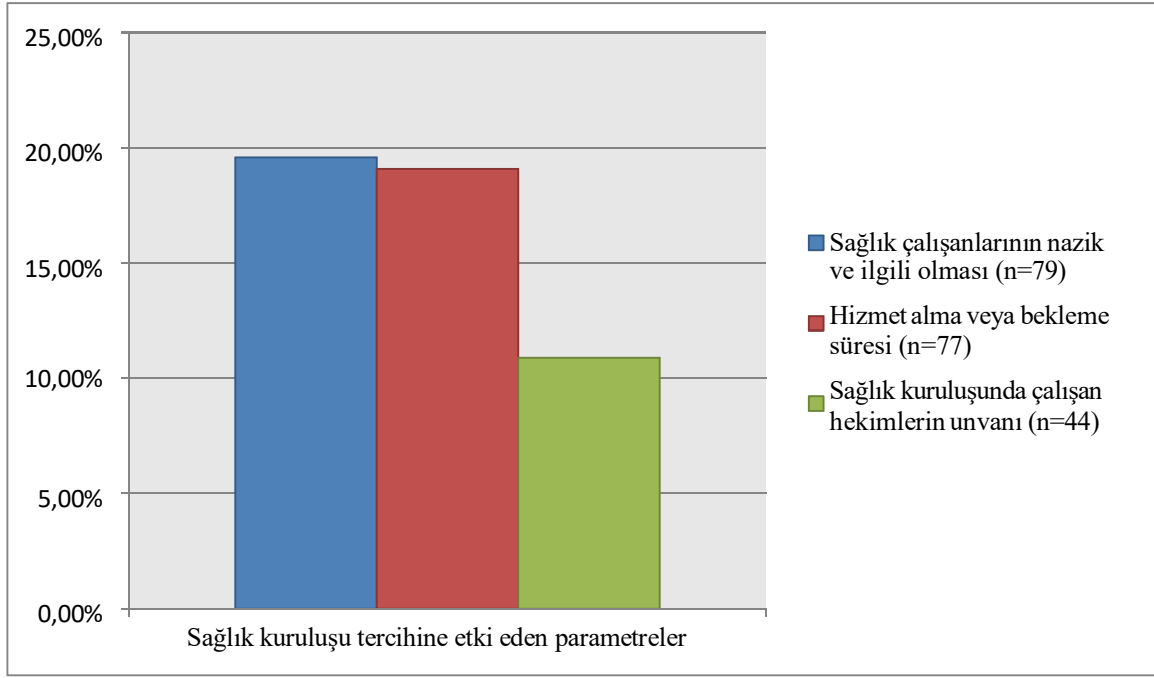
Araştırmaya katılanların sağlık kuruluşu tercihlerini 1, 2 ve 3. sırada etkileyen faktörler sırasıyla Şekil 7, Şekil 8 ve Şekil 9'da detaylı olarak ifade edilmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların sağlık kuruluşu tercihlerini 1.sırada etkileyen faktörler



Şekil 8. Katılımcıların sağlık kuruluşu tercihlerini 2.sırada etkileyen faktörler



Şekil 9. Katılımcıların sağlık kuruluşu tercihlerini 3.sırada etkileyen faktörler

4.1.10 Katılımcıların SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; Sağlık Arama Davranışı Ölçeği puan ortalaması $34,23 \pm 7,56$, SADÖ- Çevrimiçi sağlık arama alt ölçeği puan ortalaması $14,74 \pm 4,65$, SADÖ- Profesyonel sağlık arama alt ölçeği puan ortalaması $10,51 \pm 2,61$, SADÖ- Geleneksel sağlık arama alt ölçeği puan ortalaması $8,97 \pm 2,81$ olarak saptanmıştır. Bu durum Tablo 3'de ifade edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların SADÖ* Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları

	n	Ort±SS	Min	Maks	Cronbach alpha
SADÖ Toplam puanı	404	34,23±7,56	12	54	0,778
-SADÖ Geleneksel sağlık arama alt boyut puanı	404	8,97±2,81	3	15	0,760
-SADÖ çevrimiçi sağlık arama alt boyut puanı	404	14,74±4,65	6	30	0,726
-SADÖ profesyonel sağlık arama alt boyut puanı	404	10,51±2,61	3	15	0,655

*SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2 Analitik Bulgular

4.2.1. Yaşa Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Yaşı 65 ve üzeri kişilerde SADÖ toplam puan ortalaması (34,23±7,56) 18-25 yaş arası (36,51±5,97) ve 26-65 yaş arası kişilere göre (34,17±7,78) daha düşük saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama alt boyut puan ortalamasında 65 yaş üzeri kişilerin puan ortalaması (11,59±2,95) 18-25 yaş arası (16,01±3,86) ve 26-65 yaş arası kişilere göre (14,72±4,85) daha düşük saptandı. Tablo 4'te katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının yaşa göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının yaşa göre dağılımı

Yaş	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
18-25 yaş (a)	16,01 ± 3,86	10,80 ± 2,04	9,70 ± 2,42	36,51± 5,97
26-65 yaş (b)	14,72 ± 4,85	10,54 ± 2,68	8,90 ± 2,89	34,17±7,78
>65 yaş (c)	11,59 ± 2,95	9,50 ± 3,17	7,59 ± 2,52	34,23±7,56
F	11,004	2,951	7,005	13,235
p*	<0,001 ^{ac} 0,001 ^{bc}	0,044 ^{ac}	0,001 ^{ac} 0,031 ^{bc}	<0,001 ^{ac} 0,027 ^{ab} <0,001 ^{bc}

*Anova testi kullanılmıştır. One-Way Anova testinde anlamlılık olduğunda post hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirilmiştir. $p^{xy=x}$ ve y seçenekleri arasında anlamlı

**SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.2. Cinsiyete Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Sağlık Arama Davranışı ölçeği toplam puan ortalaması kadınlarda (35,35±6,70) erkeklere göre (33,36±8,07) daha yüksek saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Profesyonel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması kadınlarda (10,94±2,43) erkeklere göre (10,18±2,7) daha yüksek bulundu. Tablo 5'te katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Kadın	15,08 ± 4,54	10,94 ± 2,43	9,32 ± 2,70	35,35 ± 6,70
Erkek	14,48 ± 4,73	10,18 ± 2,71	8,69 ± 2,87	33,36 ± 8,07
t	1,292	2,915	2,229	2,638
p*	0,306	0,013	0,195	0,006

*Student t testi kullanılmıştır. **SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.3. Eğitim Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Ortaokula kadar eğitim görmüş kişilerde SADÖ toplam puan ortalaması (31,42±7,44) lise düzeyinde eğitim görmüş kişiler (34,57±7,59) ve üniversite düzeyinde eğitim görmüş kişilere göre (36,93±6,61) daha düşük saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Profesyonel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması ortaokula kadar eğitim görmüş kişilerde (9,94±2,93) lise düzeyinde eğitim görmüş kişiler (10,78±2,68) ve üniversite düzeyinde eğitim görmüş kişilere göre (10,91±2,06) daha düşük saptandı. Tablo 6'da katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre dağılımı gösterilmiştir .

Tablo 6. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Ortaokula ve altı(a)	12,90 ± 4,25	9,94 ± 2,93	8,57 ± 2,73	31,42 ± 7,44
Lise (b)	15,20 ± 4,89	10,78 ± 2,68	8,58 ± 2,83	34,57 ± 7,59
Üniversite (c)	16,32 ± 4,20	10,91 ± 2,06	9,68 ± 2,76	36,93 ± 6,61
F	22,818	6,027	7,366	21,603
p*	<0,001 ^{ab} <0,001 ^{ac}	0,027 ^{ab} 0,004 ^{ac}	0,002 ^{ac} 0,005 ^{bc}	0,002 ^{ab} <0,001 ^{ac} 0,028 ^{bc}

*Anova testi kullanılmıştır. One-Way Anova testinde anlamlılık olduğunda post hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirilmiştir. pxy=x ve y seçenekleri arasında anlamlı

**SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.4 Çalışma Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Profesyonel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması çalışanlarda (10,65±2,32) çalışmayanlarda göre (10,40±2,83) daha yüksek saptandı. Tablo 7'de katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların SADÖ** Ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre dağılımı

Çalışma durumu	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Çalışıyor	15,62 ± 4,77	10,65 ± 2,32	9,06 ± 2,93	35,34 ± 7,48
Çalışmıyor	14,04 ± 4,44	10,40 ± 2,83	8,89 ± 2,71	33,33 ± 7,52
t	3,441	0,968	0,616	2,673
p*	0,451	0,001	0,407	0,656

*Student t testi kullanılmıştır. **SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.5 Sosyal Güvence Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Çevrimiçi Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması sosyal güvencesi olanlarda (14,74±4,77) sosyal güvencesi olmayanlara göre (14,78±3,37) daha yüksek saptandı. Tablo 8'de katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının sosyal güvence durumuna göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının sosyal güvence durumuna göre dağılımı

Sosyal güvence	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Var	14,74 ± 4,77	10,53 ± 2,59	8,89 ± 2,83	34,16 ± 7,63
Yok	14,78 ± 3,37	10,31 ± 2,89	9,73 ± 2,46	34,84 ± 6,98
t	-0,062	0,492	-1,768	-0,523
p*	0,008	0,562	0,204	0,345

*Student t testi kullanılmıştır.

**SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.6 Aylık Gelir Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Geliri giderinden eşit olan kişilerin SADÖ ölçek puan ortalaması ($33,38 \pm 7,46$) geliri giderinden fazla olan kişilerden ($37,21 \pm 6,69$) daha düşük saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması geliri giderine eşit olan kişilerin ($14,26 \pm 4,55$) geliri giderinden fazla olan kişilere göre ($16,33 \pm 4,68$) daha düşük saptandı. Tablo 9'da katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının aylık gelir durumuna göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının aylık gelir durumuna göre dağılımı

Aylık gelir durumu	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Geliri giderinden az (a)	15,01 ± 4,70	10,60 ± 2,89	9,00 ± 2,93	34,63 ± 7,82
Geliri giderine eşit (b)	14,26 ± 4,55	10,35 ± 2,58	8,76 ± 2,80	33,38 ± 7,46
Geliri giderinden fazla (c)	16,33 ± 4,68	11,03 ± 2,00	9,84 ± 2,43	37,21 ± 6,69
F	4,490	1,533	3,137	5,737
p*	0,011^{bc}	0,217	0,034^{bc}	0,003^{bc}

*Anova testi kullanılmıştır. One-Way Anova testinde anlamlılık olduğunda post hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirilmiştir. $p^{xy}=x$ ve y seçenekleri arasında anlamlı

**SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.7 Medeni Duruma Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

SADÖ Profesyonel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması evli olanlarda (10,40±2,75) bekar olanlara göre (10,79±2,20) daha düşük saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Geleneksel Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması evli olanlarda (8,82±2,91) bekar olanlara göre (9,34±2,49) daha düşük saptandı. Tablo 10'da katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Evli	14,49 ± 4,64	10,40 ± 2,75	8,82 ± 2,91	33,72 ± 7,67
Bekar	15,39 ± 4,64	10,79 ± 2,20	9,34 ± 2,49	35,53 ± 7,14
t	-1,762	-1,348	-1,671	-2,178
p*	0,469	0,001	0,013	0,247

*Student t testi kullanılmıştır.

**SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.8 Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

SADÖ toplam puan ortalaması çocuk sahibi olmayanlarda ($35,55 \pm 6,7$) çocuk sahibi olanlara göre ($33,60 \pm 7,86$) daha yüksek saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması çocuk sahibi olmayanlarda ($15,33 \pm 4,23$) çocuk sahibi olanlara göre ($14,46 \pm 4,82$) daha yüksek saptandı. Tablo 11’de katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı

Çocuk sahibi olma durumu	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Yok	$15,33 \pm 4,23$	$10,62 \pm 2,17$	$9,59 \pm 2,47$	$35,55 \pm 6,73$
Var	$14,46 \pm 4,82$	$10,46 \pm 2,80$	$8,67 \pm 2,91$	$33,60 \pm 7,86$
t	1,744	0,594	3,097	2,431
p*	0,036	<0,001	0,005	0,047

*Student t testi kullanılmıştır. **SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.9 Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Üç ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan kişilerin SADÖ toplam puan ortalaması (31,64±7,93) 1 çocuk sahibi olan kişiler (35,37±7,47) ve 2 çocuk çocuk sahibi olan kişilere göre (35,13±7,47) daha düşük saptandı. Yine benzer şekilde SADÖ Çevrimiçi Sağlık Arama alt boyut puan ortalaması 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan kişilerde (13,18±4,58) 1 çocuk sahibi olan kişiler (15,56±4,76) ve 2 çocuk sahibi olan kişilere göre (15,51±4,82) daha düşük saptandı. Tablo 12’de katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının sahip olunan çocuk sayısına göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk sayısı	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
1 çocuk (a)	15,56 ± 4,76	10,92 ± 2,40	8,88 ± 3,14	35,37 ± 7,59
2 çocuk (b)	15,51 ± 4,82	10,50 ± 2,75	9,11 ± 2,69	35,13 ± 7,47
3 ve üzeri çocuk (c)	13,18 ± 4,58	10,21 ± 2,99	8,24 ± 2,94	31,64 ± 7,93
F	8,541	1,199	2,665	7,391
p*	0,007^{ac} 0,001^{bc}	0,303	0,071	0,010^{ac} 0,003^{bc}

*Anova testi kullanılmıştır. One-Way Anova testinde anlamlılık olduğunda post hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirilmiştir. p^{xy=x} ve y seçenekleri arasında anlamlı

**SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.10 Kronik Hastalık Durumuna Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

SADÖ toplam puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda ($34,28 \pm 7,93$) kronik hastalığı olmayanlarda ($34,14 \pm 6,97$) olarak saptandı. Analiz sonuçlarına göre kronik hastalık durumu ile SADÖ genel ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Tablo 13'te katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı

Kronik hastalık	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
Yok	14,81 ± 4,75	10,50 ± 2,55	8,96 ± 2,91	34,28 ± 7,93
Var	14,63 ± 4,50	10,53 ± 2,72	8,97 ± 2,66	34,14 ± 6,97
t	0,382	-0,122	-0,026	0,183
p*	0,472	0,370	0,403	0,127

*Student t testi kullanılmıştır. **SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

4.2.11 Mevcut Kronik Hastalık Sayısına Göre SADÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

SADÖ toplam puan ortalaması 1 kronik hastalığı olanlarda ($34,20 \pm 7,05$) 2 ve üzeri sayıda kronik hastalığı olanlarda ($33,94 \pm 6,82$) olarak saptandı. Analiz sonuçlarına göre mevcut kronik hastalık sayısı ile SADÖ genel ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Tablo 14’te katılımcıların Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve alt boyutlarının mevcut kronik hastalık sayısına göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların SADÖ** ve alt boyutlarının mevcut kronik hastalık sayısına göre dağılımı

Kronik hastalık sayısı	Çevrimiçi Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Profesyonel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	Geleneksel Sağlık Arama Alt Boyut Puanı Ort±SS	SADÖ Toplam Puanı Ort±SS
1	14,90 ± 4,42	10,30 ± 2,80	9,00 ± 2,69	34,20 ± 7,05
2 ve üzeri	13,79 ± 4,69	11,25 ± 2,36	8,89 ± 2,62	33,94 ± 6,82
t	1,345	-1,918	0,208	0,201
p*	0,607	0,066	0,940	0,961

*Student t testi kullanılmıştır. **SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bireylerin yaşam konforu olarak da tanımlanabilecek sağlık, bahsedildiği üzere dinamik bir süreç olarak tarif edilebilir. Sağlığın bozulması öncelikle kendini semptomlarla gösterirken, bu dengenin bozulması kolaylaştırıcı faktörlerin etkisiyle hastalığa kadar ilerleyebilir. Tarih boyunca üzerinde düşünülen bir kavram olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi için birçok kurallar bulunmuş ve yöntemler geliştirilmiştir. Yine de birçok sefer sağlığın bozulmasına engel olamayan bireyler, bu durumu düzeltme çabasında olmuşlardır. Sağlık arama davranışı olarak nitelendirebileceğimiz bu süreç; bireylerin sosyodemografik özellikleri, sağlık algısı ve sağlık bilişi olarak nitelendirebileceğimiz birçok faktörden etkilenmektedir. Literatürde sağlık arama davranışı ile yapılan çalışmalar mevcut olmasına rağmen bu konuda yapılan çalışma sayısı yeterli olmadığı gibi kesitsel ve belli risk gruplarına uygulanmıştır. Bu çalışmayı diğerlerinden ayıran temel unsur, acil gibi geniş kapsamlı başvuruyu kabul eden bir merkezde uygulanmış olup araştırmaya dahil edilme kriterlerinin oldukça kapsamlı tutulmasıdır.

Sunulan çalışmada yaş artıkça özellikle çevrim içi arama davranışı azalmakla birlikte geleneksel ve genel sağlık arama davranışının da azaldığı fakat profesyonel sağlık arama davranışının yaştan etkilenmediği görüldü. Literatür incelendiğinde sunulan çalışmaya benzer şekilde; Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada yaş ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Genç ve orta yaştaki bireylerin sağlık arama davranışının, yaşlı bireylere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (1). Şantaş ve ark, (2023) yaşı 41 ve üzerinde olanlarda sağlık arama davranışını en düşük, yaşı 33- 40 aralığında olanlarda ise sağlık arama davranışı en yüksek düzeyde saptamıştır (37). Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların profesyonel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak online ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir (38). Başka bir çalışmada ise yaştaki artışla profesyonel sağlık arama davranışının azaldığı, yoksul ve yaşlı kadınların ise geleneksel sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (39). Ülkemizde Kara'nın (2013) yaptığı çalışmada,

20-29 yaş aralığındaki kadınların profesyonel sağlık arama davranışının 40-49 yaş aralığındaki kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (40). Sunulan çalışmadan farklı olarak, Khraim ve Carey (2009) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlı kişilerin daha çok sağlık arama davranışında buldukları sonucuna ulaşılmıştır (41). Deniz ve Çimen (2021) katılımcıların yaşına göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır (42). Günümüzde, internet erişiminin ve dijital sağlık okuryazarlığının artması, online aramaların gizlilik ve rahatlık sunması, yaşla beraber artan sağlık endişeleri, mobilite sorunlarına bağlı doktora erişim zorluğu gibi faktörlerin yaşı büyük olan bireyleri de online sağlık arama davranışına teşvik etmiş olabileceği düşünülmektedir (43). Literatürdeki bu farklı sonuçlar çalışmaların yapıldığı yıl ve katılımcıların farklı sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Sunulan çalışmada kadınların genel sağlık arama davranışı ve çevrimiçi sağlık arama davranışı erkeklere göre daha fazlaydı. Literatür incelendiğinde sunulan çalışmaya benzer şekilde; Kıracı (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınların sağlık arama davranışı, erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (1). Yaman ve Atalay (2020) ise kadınların online ve geleneksel sağlık arama davranışlarının erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (44). Çağatay ve ark, (2023) kadınların erkeklerden daha fazla online sağlık arama davranışı gösterdiğini belirtmiştir (45). Demirel'in (2021) Konya'da 500 kişiyle yaptığı başka bir çalışmada cinsiyet ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı fark görülmemiştir (46). Thompson ve arkadaşları (2016) ise, kadınların sağlık arama davranışlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (39). Kadınların erkeklere göre televizyondan yayınlanan sağlık programlarına daha fazla ilgi gösterdiği tespit edilmiştir. Kadınların geleneksel sağlık arama davranışına ek olarak online sağlık arama davranışının, erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir (47,48,49). Sunulan çalışmadan farklı olarak, Çankaya ve Filiz (2023) erkeklerin daha fazla online sağlık arama davranışı gösterirken kadınların ise daha fazla geleneksel sağlık arama davranışı gösterdiği sonucuna erişmiştir (50). Bhat ve Kumar (2017) Hindistan'da 60 yaş ve üzeri yaşlıların sağlık arama davranışları ile cinsiyet arasında ilişki olmadığını belirtmektedir (51). Deniz ve Çimen (2021) katılımcıların cinsiyetine göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır (42). Dai-Kosi ve diğerleri (2021) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçları, katılımcıların cinsiyetine göre sağlık arama davranışları arasında istatistiksel olarak fark göstermediği şeklindedir (47). Kadınların sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem vermeleri, annelik özellikleri ve kadınlara özgü hastalıkların olması daha fazla

sağlık arama davranışında bulduklarından kaynaklanabilir (52). Ayrıca kadınların anatomi ve fizyolojilerinin erkeklerden farklı olması ve üreme dönemindeki hastalıklar başta olmak üzere daha sık hastalanmaları ile daha fazla hastane başvuru yapmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sunulan çalışmada eğitim durumu arttıkça genel, çevrimiçi, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışının arttığı tespit edildi. Literatür incelendiğinde sunulan çalışmaya benzer şekilde; Kıraç (2019) çalışmasında sağlık arama davranışı toplam puanı, online ve profesyonel sağlık arama davranışı arasında anlamlı fark tespit etmiştir (1). Şantaş ve ark, (2023), online sağlık arama davranışının eğitim düzeyiyle pozitif olarak arttığı sonucuna ulaşmışlardır (37). Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların medya aracılığı ile sağlık arama davranışının anlamlı oranda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (53). Özdemir ve Arpacıoğlu (2020), katılımcıların eğitim seviyelerine bakıldığında, ilköğretim-lise mezunu katılımcılara göre daha yüksek eğitim görmüş katılımcıların geleneksel sağlık arama ve sağlık algısının daha yüksek olduğu, hastalandıklarında daha sık sağlık talebinde buldukları sonucuna erişmiştir (38). 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 (44). Ayrıca araştırma bulgularına göre eğitim durumu lisans veya lisansüstü olan katılımcıların daha yoğun sağlık arama davranışında bulduklarını belirtmiştir (41). Sunulan çalışmadan farklı olarak, Çankaya ve Filiz (2023) üniversite/yüksekokul ve lise mezunları online sağlık arama davranışı gösterirken; okur yazar olmayan, okur yazar ve ilkokul mezunları geleneksel sağlık arama davranışı gösterdiği sonucuna erişmiştir (50). Barua ve ark, (2017) Hindistan'da 60 yaş ve üzeri okuma yazma bilmeyen ve ilkokul düzeyine kadar eğitim görmüş alt sosyoekonomik düzeye sahip yaşlıların, profesyonel olmayan sağlık arama davranışı gösterdiklerini bulmuşlardır (54). Deniz ve Çimen (2021) katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır (42). Literatürdeki bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı yerin kırsal veya merkezi özellik taşıması, bölgelere özgü tedavi seçeneklerinin bulunması ve sağlık imkanlarına erişimin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan bu çalışmada çalışanlarda çalışmayanlara göre profesyonel sağlık arama davranışının daha fazla olduğu tespit edildi. Sunulan çalışmaya benzer şekilde; Lee ve ark. (2015) çalışmayan bireylerin online sağlık arama davranışına daha fazla başvurduklarını bulmuşlardır (55). Sunulan çalışmadan farklı olarak, Kıraç'ın (2019) çalışmasında, çalışmayanların online sağlık arama puanları çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek görülmüştür (1). Deniz ve Çimen (2021) katılımcıların çalışma durumuna göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır (42). Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçları da Deniz ve Çimen (2021) çalışmasının sonuçlarına benzerlik göstermektedir (38). Çalışanların ekonomik seviyesinin daha iyi olduğu göz önünde bulundurulduğunda ve çalışan kişilerin toplumsal etkileşimleri fazla olduğundan kişilerin sağlık konusunda daha çok fikir edinebilecekleri ve kişilerden etkilenme sonucunda profesyonel sağlık talebinde bulunmalarından kaynaklanabilir.

Sunulan çalışmada sosyal güvence durumunun olması genel, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışını etkilemezken, sağlık güvencesi olmayanların daha fazla çevrimiçi sağlık arama davranışı sergilediği tespit edildi. Literatüre bakıldığında sunulan çalışmadan farklı olarak; Çankaya ve Filiz (2023) sosyal güvencesi olanların daha fazla geleneksel sağlık arama davranışı gösterdiğini belirtmiştir (50). Aslan ve ark, (2004) sosyal güvence varlığının sağlık kuruluşuna başvuru sıklığını arttırdığını belirtmektedir (56). Sunulan çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunda sosyal güvencesinin olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Yapılan çalışmada geliri giderine eşit olanlar geliri az ve yüksek olanlara göre sağlık arama davranışlarının hepsinde daha az arayış içerisindeydiler. Literatüre bakıldığında sunulan çalışmadan farklı olarak; Yadav ve ark, (2022) orta gelir grubundaki bireylerin profesyonel sağlık arama davranışına yöneldiklerini ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yeterli maddi güce sahip olduklarını bulmuşlardır (57). Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada gelir durumu ve medya aracılığı (online) ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (53). Yaman ve Atalay (2020) tarafından yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların gelir düzeylerine göre online ve geleneksel sağlık arama davranışlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (44). Çankaya ve Filiz (2023) ekonomik durum algıları ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında farklılaşma bulunmadığını belirtmiştir (43). Sun ve ark, (2020) Çin'de 60 yaş ve üzeri yüksek gelire sahip bireylerin düşük gelirli olanlara göre daha fazla internet kullandıklarını tespit etmişlerdir. 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 (58). Kıracı (2019) ise gelir durumu ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Gelir durumu 500-1000 TL arasındaki kişilerin sağlık arama davranışı, 4000TL ve üzerinde olanlara göre daha düşük bulunmuştur (1). Sunulan çalışmada çoğunluğun geliri giderine eşit gruptan olması ve geliri giderinden fazla grubun ise sadece %10 civarında olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Sunulan çalışmada evliler daha çok profesyonel sağlık arayışında iken bekarlar ise geleneksel sağlık arayışındaydılar. Literatür incelendiğinde sunulan çalışmaya benzer şekilde; Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre bekar katılımcıların; sağlık arama davranışı ve sağlık algısı daha yüksek saptanmış olup bekarların geleneksel sağlık arama talebinde bulunduğu sonucuna erişilmiştir (38). Sunulan çalışmadan farklı olarak, Demirel (2021) Konya çalışmasında, medeni durum ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmezken, medeni durum ile online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli olanlar bireyler, bekar olanlara göre daha fazla online sağlık arama davranışı sergilemektedir (46). Özışli (2023) çalışmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre online ve profesyonel sağlık arama davranışları karşılaştırıldığında bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir (59). Deniz ve Çimen (2021) katılımcıların medeni durumuna göre profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak online sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmıştır (42). Asfaw ve arkadaşları (2018) boşanmış ve dul hastaların daha az sağlık arama davranışı gösterdiklerini bulmuştur (60). Bourne (2009) ile Waweru ve arkadaşları (2003) çalışmaları da aynı sonucu desteklemektedir (61,62). Ren (1997) evliliğin sağlık arama davranışını arttırdığını ve farklı medeni durumların bu davranışı etkilediğini bulmuştur (63). Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile çevrimiçi sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (53). Kıracı (2019) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (1). Sunulan çalışmada evli bireylerin sayısının fazla olması, mevcut sonuçların diğer çalışmalardaki sonuçlardan farklı olmasını açıklayabilir.

Yapılan çalışmada çocuk sahibi olmayanlar, çocuk sahibi olanlara göre daha çok genel sağlık arayışı içindeydiler. Yine benzer şekilde çocuk sahibi olmayanlar, çocuk sahibi olanlara göre daha çok çevrimiçi, profesyonel ve geleneksel sağlık arayışı içinde bulunmuşlardı. Literatürde sahip olunan çocuk sayısı ile sağlık arama davranışı ve alt boyutları arasında ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamasına rağmen gelecekteki çalışmalara ışık olması amacıyla literatüre bu sonuçlar kazandırılmak istendi.

Sunulan çalışmada, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan bireyler, 1 ve 2 çocuk sahibi olan bireylere göre daha az genel ve çevrimiçi sağlık arayışındaydılar. Literatürde sahip olunan çocuk sayısı ile sağlık arama davranışı ve alt boyutları arasında ilişkiyi inceleyen çalışma olmamasına rağmen bu sonuçların sonraki çalışmalara yön vermesi amaçlandı.

Yapılan çalışmada kronik hastalık durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında sunulan çalışmadan farklı olarak; Kıraç'ın (2019) çalışmasında ise kronik hastalığı olmayanların daha çok sağlık arama davranışında bulunduğu sonucuna erişilmiştir (1). Çankaya ve Filiz (2023) kronik hastalığı olmayanların daha fazla online ve geleneksel sağlık arama davranışı gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca kronik hastalık durumu ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında farklılaşma olmasa da kronik hastalığı olanların profesyonel sağlık arama davranışı puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (50). Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) çalışmasında, tıbbi hastalığı olmayan katılımcıların online ve profesyonel sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu sonucuna erişmiştir (38). Şantaş ve ark, (2023) çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu tespit etmiştir (37). Sunulan çalışmadaki sonucun mevcut çalışmalardan farklı olmasının nedeni, bu çalışmanın belli bir hastalık veya risk grubuna uygulanmayıp acil serviste yapılmasından kaynaklanabilir.

Yapılan çalışmada acil servis yeşil alana tanımlı hastaların üçte ikisi mevcut şikayeti için aile sağlığı merkezine başvurmadığı ve yarıdan fazlasının şikayetinin bir günden uzun sürdüğü tespit edildi. Aile sağlığı merkezlerinin mesai saati dışında kapalı olması ise bunun en sık nedeni olarak belirtildi. Diğer nedenler ise daha detaylı inceleme, intravenöz tedavi beklentisi ve acil servise olan yakınlıktı. Ayrıca aile sağlığı merkezinde şikayetlerine çözüm bulunamayacağını düşünüyorlardı. Literatürde ise acil servisin kullanım özelliklerinin ve hasta aciliyetinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (64, 65, 66).

Sunulan çalışmada katılımcılar, başvurdukları sağlık kuruluşunda ilk olarak sağlık hizmetlerinin kalitesine dikkat ettiklerini belirttiler (Hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve ulaşılabilirlik). Sonrasında ise önemli bir gelir artışının olması ve başvuru yapılan sağlık kuruluşunda tanıdık birisinin çalışması da katılımcılar için önem arz eden kriterlerdi. Literatüre bakıldığında ise, Çakmak İ. ve Öztürk S. (2021) de yaptıkları çalışmada ise katılımcıların en çok dikkat ettikleri kriterin sosyal güvence varlığı olduğunu tespit etmişlerdir (67). Özkoç H. (2012) de yaptığı çalışmada ise ulaşılabilirlik ve gelir seviyesinin yüksek olmasının sağlık kuruluşu tercihlerinde önemli olduğu sonucuna erişmiştir (68). Literatürdeki bu farklı sonuçlar çalışmaların yapıldığı yerden (acil servis, birinci basamak sağlık kuruluşu vb.) ve ekonomik koşullardan etkilenmiş olabilir.

Yapılan çalışmada ise bireyler öncelikle bitkisel/geleneksel yöntemlerle (%25,7), sonrasında ise hastaneye başvurduklarını (%24,3) belirtmiştir. Katılımcıların yarısından fazlasının (%52,5) şikayet süresi 24 saati geçmişti. Ayrıca katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%67,3) acil servise başvurmadan önce aile sağlığı merkezine başvurmamıştı. Bu durum, toplum olarak birinci basamak sağlık sisteminin özümsememesi ile toplumun hastalıklara ve tedavi yöntemlerine bakış açısındaki farklılıktan kaynaklandığını düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireylerin sağlıklarındaki bozulma sebepli başvurdukları yöntemler bütünü olan sağlık arama davranışları, kişilerin sağlık şartlarında iyileşme göstermesi için gerçekleştirilmektedir. Üç bileşenden oluşan sağlık arama davranışları, kapsam olarak bireylerin iyileşmesini veya iyi hissetmesini sağlayacak bilgileri ve yöntemleri kapsamaktadır. Yapılan bu çalışma sağlık arama davranışlarını anlama amacıyla gerçekleştirilmiş olup; kişilerin sağlık hakkındaki algı ve değerlendirmeleri öğrenilerek, bu değerlendirmeden hareketle sağlıklarındaki bozulmayı ne şekilde algıladıkları ve yorumladıkları, bu sorunu çözme amacıyla ne şekilde davrandıkları öğrenilmeye çalışılmıştır.

Kişilerin kendilerinde bir rahatsızlık hissettiklerinde ve sağlık hizmeti almaya karar verdiklerinde yaşadıkları en büyük sorunlar; bu sorununun nerede çözülebileceğini ve nitelikli hizmeti nereden alabileceğini bilememek, hangi hekime başvuracağına kendisi karar vermek zorunda kalmak şeklinde ifade edilmiştir. Birçok kişi bu aşamada karşılaşılan sorunlar nedeniyle hizmet almayı ertelemekte veya tamamen vazgeçmektedir. Erken tanı ve tedavinin öneminin çok daha iyi bilindiği günümüzde, bu aşamada kişilere verilecek danışmanlık hizmetinin, birçok sorunun çözümünde olumlu etkisi olacağı açıktır. Bu danışmanlık hizmetinin en iyi ve nitelikli verileceği yer de aile sağlığı merkezleri olacaktır. Fakat ülkemizde semptomatik yakınmaların ve hastalıkların yönetiminde önemli bir yeri bulunan acil servislere yoğun başvuru olmaktadır. Aile sağlığı merkezinde yönetilebilecek bu vakalar acil servise başvurduğu zaman, tıbbi literatürde aciliyeti temsil eden kırmızı alan ve nispeten daha az aciliyeti temsil eden sarı alan hastalarının tedavi süreci gecikmekte ayrıca yeşil alana başvuran hastalar ise gereğinden fazla beklemektedir. Hatta bu yoğun hasta sirkülasyonu hastalıkların yayılmasında istemsizce rol oynamaktadır. Ayrıca halkımızın acil servis başvurularında intravenöz veya intramüsküler tedavi beklentisi ve acil servislerin 24 saat açık olması, acil servislerin yeşil alan bölümünün aile hekimliği birimlerinden daha büyük bir başvuruyu kabul etmek durumunda bırakmaktadır. Bu sebeple kişilerin sağlıklarında bozulma olduğunda ilk başvuru noktası konusundaki sıkıntısı, sağlık hizmetlerinin akış şemasına ciddi zarar vermektedir. Bu alanda ilk başvuru noktası konusunda belirsizliğin kaldırılması da başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık hizmeti planlayıcılarına düşmektedir. Günlük politikalar yerine birimler arası koordinasyonun

sağlandığı, hasta kadar sağlık uygulayıcılarının da memnuniyetinin esas olduğu bir sağlık sisteminin sağlanması gerekliliği açıkça görülmektedir.

Sağlık hizmeti almaya karar verme süreci bazen modern ve etkileri bilinen tedavi yöntemleri yerine alternatif tedavi arayışlarına veya riskli davranışlara kayma şeklinde kendini göstermektedir. Nitelikli, yeterli ve herkesi kapsayan bir sağlık hizmetinin varlığı, alternatif tedavi arayışlarının önünde en önemli engel olarak görülebilir. Günümüzde alternatif tedavilerin standardizasyonunda halen devam eden sıkıntıları da düşünürsek kişileri modern tıp çerçevesinde tutabilmek için sağlık arama davranışı profillerini iyi bilmek önemlidir.

Kişilerin sağlıklarındaki bozulma, bu durumu yorumlayıp karar verme ve sonrasında hastalık davranışı geliştirmelerinde önemli bir süreç olup, bu süreçte danışma sistemi olarak adlandırılan en yakınındaki kişilerden daha uzaktakilere doğru genişleyerek ilerleyen sistemin rolü vardır. Bu sistem, bulguların değerlendirilmesi, tedavi kararının ve şeklinin belirlenmesi, hastalık statüsünün kabulünde etkili görünmektedir. Çalışmamızda danışma sisteminin varlığı katılımcılar tarafından onaylanırken, hastalık ve sağlık arama sürecinde kararların genelde kendileri tarafından verildiği gözlenmiştir. Burada geçmiş hastalık deneyimlerinin rolü daha büyük olup, yakın çevrenin etkisi sınırlı kalmaktadır.

Kişilerin sağlıklarında bir bozulma olduğunda başvurdukları danışma sistemi, bugün oldukça yaygın kullanılıp etkin görünmektedir. Günümüzde her alandan ve her gruptan kişiler arasında kullanımı giderek yaygınlaşan internet, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarında da önemli bir başvuru ve danışma kaynağı haline dönüşmüştür. Aynı şekilde televizyon gibi kitle iletişim araçları da yaygın kullanılmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların çoğu internetten yararlandığını ama güvenmediklerini belirtmiştir. Bu duruma göre kişilerin internetten göreceği fayda ya da zarar; geçmiş deneyimlerine ve kişisel algı-sezgi durumlarına kalmış gibi görülmektedir. Ayrıca kişiler interneti daha çok nereye başvuracağı ve hekim/hastane seçiminde bir kriter olarak kullanma eğilimindedir. Kendine uygulayacağı teknik ve tedavi önerilerini daha az dikkate almaktadırlar. Giderek hayatın içine işleyen internet kullanımının sağlığa olan diğer etkileri de daha kapsamlı çalışmalara konu olabilecek kadar önemlidir.

Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin sağlık arama davranışının belirlenmesinde önemli bir faktör olarak yer almaktadır. Bu hizmete erişimi de birçok faktör etkilemektedir. Çalışmamızda; ekonomik durum, sağlık güvencesi, tanıdık biri veya çevresinin olması, ulaşım ile ilgili sorunlar,

sıra ve randevu alma ile ilgili sorunlar, sistemsel engeller gibi nedenlerin bu erişimi etkilediğine vurgu yapılmıştır. Tüm bu etkenlerle mücadele etmek sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını artıracaktır. Sağlıkta buna yönelik stratejik ve devamlılığı olan bir politikanın geliştirilmesi ve uygulanması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda niceliksel bir çalışmanın anlamlı olmasına yetecek sayıda ve nitelikte katılımcı yer almıştır. Sağlık arama davranışları ile ilgili literatürde çok fazla yayın olmaması bu konuda karşılaştırılmalı sonuçların alınmasını zorlaştırdı. Daha çok belirli sağlık sorunlarındaki tutum ve davranış şekilleri ile ilgili olan bu çalışmalar, genel sağlık arama davranışı için tam bir örnek oluşturmuyordu. Sağlık arama davranışının tüm bileşenlerini kapsayan, genellemelerin yapılabilmesine daha çok olanak veren yeni niceliksel çalışmalar tasarlanması ve bunların sonuçlarının çalışmamızla beraber değerlendirilmesi, çalışma konusuyla ilgili daha ayrıntılı sonuçların alınmasını sağlayacaktır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının artırılması, bu sebeple bilgi kaynaklarının Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde doğru ve güvenilir hale getirilmesi, halkın sağlık ile ilgili bilgi eksiklikleri ve yanlışlıkları tespit edilip uygun kamu spotlarının yaygın duruma getirilmesi hedeflenmesi önemli olacaktır. Sağlıkta önemli bir yükü üstlenen acil servis başvuru şartlarının revize edilmesi ve başvurularda sevk zincirinin getirilmesi, sağlık başvurularında aile sağlığı merkezlerinin önemini ve etkinliğini artıracaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Kır   R,  zt rk YE. (2021). Sağlık Arama Davranışı: Ölçek GeliŐtirme  alıŐması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 20;224–34.
2. ŐimŐek, Gürsoy P, Gürsoy A. (2015). "Acil Servislerin Acil Sorunu: Uygunuz Kullanım." Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 18(4), 312-317
3. BeŐtemir, A., & Aydın, H. (2022). Yıllık 300 milyon hasta muayenesi; Türkiye'de 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesisleri acil servis ve poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 12(3), 496-502.
4.  zdi , Ő., & Őensoy, N. (2022). Acil servise başvuran sarı ve yeşil alan hastalarının anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. GaziosmanpaŐa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(1), 24-35.
5. Durmaz H., Cebeci S. (2021). Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Triyaj Tutumları. Anatolian Journal of Emergency Medicine 2021;4(2):72-78
6. Aslan E. (2023). Acil servis kullanımının değerlendirilmesi: kesitsel bir  alıŐma. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2023;16(1):1-13. doi: 10.26559/mersinsbd.1068956
7. Stokes, J.; Noren, J.; Shindell, S. (1982). "Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine". Journal of Community Health. 8 (1). ss. 33-41 doi:10.1007/bf01324395. ISSN 0094-5145. PMID 6764783.
8. World Health Organization The first ten years of the World Health Organization. Cenevre (1958). WHO. 2 Nisan 2020 tarihinde kaynağından arŐivlendi. Erişim tarihi: 18 Ocak 2025.
9. World Health Organization Regional Office for Europe (1984). Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9–13 July 1984 (ICP/HSR 602(m01)5 p). Kopenhag: WHO Regional Office for Europe. 2 Nisan 2020 tarihinde kaynağından arŐivlendi. Erişim tarihi: 18 Ocak 2025.
10. World Health Organization. The determinants of health (2011). 14 Aralık 2019 tarihinde Wayback Machine sitesinde arŐivlendi.
11. Lalonde, Marc (1974). "A New Perspective on the Health of Canadians." Ottawa: Minister of Supply and Services. 28 Ekim 2014 tarihinde Wayback Machine sitesinde arŐivlendi.

12. Field D. (1976). "The Social Definition of İllness", An İntroduction to Medical Sociology, Edit. David Tuckett, Tavistock Publications, London, 1976, s.334-335
13. Cassel EJ. (1976). The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship, Lippincott, New York, s47-83
14. Şahin B. (1999). Sağlıkın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. Sağlık ve Toplum, 9(3): 3-11.
15. Taylor C, Lillis C, Lemone P. (1997). Fundamentals of Nusing. Stanley Thornes (publishers) Ltd., United Kingdom,s46
16. Bekar M.(2001). Kùltürler arası (transkùltürel) hemşirelik. Toplum ve Hekim, 6(2):136-
17. 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 2025 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)
18. Short SE, Mollborn S. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. Curr Opin Psychol [Internet]. [cited 2025 Feb 17];5:78–84 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26213711/>
19. Health Behaviors | County Health Rankings & Roadmaps [Internet]. [cited 2025 Feb 17]. Available from: <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/county-healthrankings-model/health-factors/health-behaviors>
20. Kasl S V., Cobb S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. Sick- role behavior. Arch Environ Health [Internet]. [cited 2025 Feb 17];12(4):531–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5324641/>
21. Mechanic D. (1962). The concept of illness behavior. J Chronic Dis [Internet]. [cited 2025 Feb 17];15(2):189–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14471950/>
22. Musinguzi G, Anthierens S, Nuwaha F, Van Geertruyden JP, Wanyenze RK, Bastiaens H. (2018). Factors Influencing Compliance and Health Seeking Behaviour for Hypertension in Mukono and Buikwe in Uganda: A Qualitative Study. Int J Hypertens [Internet]. [cited 2025 Feb 17];2018. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29854433/>
23. Illness and Sick-Role Behavior | Encyclopedia.com [Internet]. [cited 2025 Feb 17]. Available from: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-andmaps/illness-and-sick-role-behavior>

24. Tabuti JRS, Dhillion SS, Lye KA. (2003). Traditional medicine in Bulamogi county, Uganda: Its practitioners, users and viability. *J Ethnopharmacol* [Internet]. [cited 2025 Mar 26];85(1):119–130 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12576210/>
25. Hjelm K, Atwine F. (2011). Health-care seeking behaviour among persons with diabetes in Uganda: an interview study. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. [cited 2025 Feb 17];11(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21943099/>
26. Rice R, Katz J. (2001). The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations. *The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations*.
27. Yun EK, Park HA. (2010). Consumers' disease information-seeking behaviour on the Internet in Korea. *J Clin Nurs* [Internet]. [cited 2025 Mar 26];19(19–20):2860–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20598000/>
28. Cline RJW, Haynes KM. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Educ Res* [Internet]. [cited 2025 Mar 26];16(6):671–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11780707/>
29. Li J, Song Y. (2019). Formal and Informal Care. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*[Internet]. [cited 2023 Mar 26];1–8. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1
30. Latunji OO, Akinyemi OO. (2018). Factors Influencing Health-Seeking Behaviour Among Civil Servants in Ibadan, Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med*[Internet]. [cited 2025 Mar 26];16(1):52. Available from: [/pmc/articles/PMC6143883/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3143883/)
31. Kavuncubaşı Başkent Üniversitesi Doç Selami Yıldırım Azerbaycan Devlet İktisat Üniversitesi Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. [cited 2025 Mar 26]; Available from: <http://www.siyasalkitap.com>
32. Aydın T., Aydın Ş., Köksal Ö., Özdemir F., Kulaç S., Bulut M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi. *JAEM* 2010: 163-168
33. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. (2008). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi*. 15(4):107-11.
34. Lega F, Mengoni A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*;88(2-3):326–338
35. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 6(1):25-35.

36. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. (2010). Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc.* 109(7):533–42.
37. Şantaş, G., Şantaş, F. ve Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 781-796.
38. Özdemir, D. & Arpacıoğlu, S. (2020). Sosyal Medya Kullanımı, Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 364381.
39. Thompson AR, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Bassler KA (2016) The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a qualicopc study. *BMC Fam Pract*, 17:38.
40. Kara T, Özgen E (2012). *Sosyal Medya Akademi*. İstanbul, Beta Yayıncılık.
41. Khraim FM, Carey MG. (2009). Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Educ Couns* [Internet]. [cited 2025 Apr 19];75(2):155–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19036551/>
42. Deniz, S. & Çimen, M. (2021). Sağlık Arama Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 639-646
43. Zhao, Y. C., Zhao, M., & Song, S. (2022). Online health information seeking behaviors among older adults: Systematic scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e34790. <https://doi.org/10.2196/34790>
44. Yaman Z, Atalay HN. (2020). Bireylerin Sağlık Algısının Sağlık Arama Davranışı ile İlişkisinin İncelenmesi.
45. Çağatay A, Kıbrıs Ş, Kızılkaya S. (2023). Online sağlık arama: Karşılaştırmalı bir çalışma. *SABAD*. 5(1):65-73.
46. Demirel G. (2021). Sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Konya örneği.
47. Dai-Kosi, A.D., Acquaye, V.A., Nuamah, I., Anum, A. ve Parkins, G. (2021). Psychological Distress and Health-Seeking Behaviour Among Patients with Orofacial Tumour: The Ghanaian Perspective. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12663-021-01630-0>
48. Rice RE. (2006). Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *Int J Med Inform* [Internet]. [cited 2025 May 19];75(1):8–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16125453/>

49. Baker L, Wagner TH, Singer S, Kate Bundorf M. (2003). Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA* [Internet]. [cited 2023 Jun 19];289(18):2400–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12746364/>
50. Çankaya A, Filiz E. (2023). Yaşlı Bireylerin Sağlık Sistemine Güvenleri ve Sağlık Arama Davranışları. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 28-48. [https:// DOI: 10.61830/balkansbd.1436532](https://doi.org/10.61830/balkansbd.1436532)
51. Bhat S, Kumar S. (2017). Study on health care seeking behaviour among elderly in rural area. *Int J Med Sci Public Health*. 6(2):350-2.
52. Ybarra ML, Suman M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *Int J Med Inform* [Internet]. [cited 2023 Jun 19];75(1):29–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16129659/>
53. Sarı N. (2016). Sağlık arama davranışı ve medya.
54. Barua K, Borah M, Deka C, Kakati R. (2017). Morbidity pattern and health-seeking behavior of elderly in urban slums: A cross-sectional study in Assam, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 6(2):345.
55. Lee, Y. J., Boden-Albala, B., Jia, H., Wilcox, A., & Bakken, S. (2015). The association between online health information seeking behaviors and health behaviors among Hispanics in New York City: A community-based cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(11), e261. <https://doi.org/10.2196/jmir.4368>
56. Aslan, D., Boztaş, G., Kılıç, E., Öztürk, İ., Erkan, K., Günbey, L., Balcı, M. ve Akın, L. (2004). Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları ile İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 30-38.
57. Yadav, R., Zaman, K., Mishra, A., Reddy, M. M., Shankar, P., Yadav, P., Kumar, K., & Kant, R. (2022). Health seeking behaviour and healthcare utilization in a rural cohort of North India. *Healthcare*, 10(5), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050757>
58. Sun, X., Luo, S., Lou, L., Cheng, H., Ye, Z., Jia, J., Wei, Y., Tao, J. ve He, H. (2021). Health Seeking Behavior and Associated Factors among Individuals with Cough in Yiwu, China: A Population-Based Study. *BMC* <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11250-5>
59. Özişli, Ö. (2023). Sağlık arama davranışı üzerine bir saha çalışması. *Sosyal Bilimler Metinleri*, (1), 4047.
60. Asfaw LS, Ayanto SY, Aweke YH (2018). Health-seeking behavior and associated factors among community in Southern Ethiopia: Community based cross-sectional study guided by Health belief model. *bioRxiv*, doi:10.1101/388769.

61. Bourne PA.(2009). Socio demographic determinants of healthcare seeking behavior, self report edillness and self-evaluated health status in Jamaica. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*,1:101-130.
62. Waweru LM,Kabiru EW,Mbithi JN,SomeES (2003). Health status and health seeking behavior of the elderly persons in Dagoretti divisions, Nairobi. *EastAfrMedJ*, 80:63-67.
63. Ren XS (1997). Marital status and quality of relationships:the impact on health perception.*SocSciMed*,44:241-249.
64. Lega F,Mengoni A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services?Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy* 88(2-3):326–38.
65. Ersel M, Karcioğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 6(1):25-35.
66. Tsai JCH, Liang YW,Pearson WS. (2010). Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems:Patient preference and emergency department convenience.*JFormosMedAssoc*. 109(7):533–42.
67. Çakmak İ., Öztürk S. (2021). Türkiye’de Bireylerin Sağlık Kuruluşları Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Analizi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2022, 40 (1), 44-57. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/huniibf>
68. Özkoç H. (2012). Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt: 15, Sayı: 2, Yıl: 2013, Sayfa: 267-280

8. EKLER

EK-3: Veri Toplama Anket Formu Örneği

Acil Servis Yeşil Alana Başvuran Hastaların Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki sorular etik kurul onaylı bir çalışma kapsamındadır. Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Ankete katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sonuçların güvenilirliği için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Araştırmaya katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Anketin doldurulduğu tarih:..... **Saat:**

1) Yaşınız (yıl):.....

2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek,

3) Eğitim durumunuz: () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite / Yüksekokul

4) Çalışma durumunuz: () Çalışıyorum () Çalışmıyorum

5) Sosyal güvenceniz: () Var () Yok

6) Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

7) Medeni durumunuz: () Evli () Bekâr

8) Çocuğunuz var mı? () Hayır () Evet (Lütfen sayı belirtiniz.....)

9) Daha önce tanı konulan, düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

() Hayır () Evet (Lütfen belirtiniz.....)

10) İhtiyaç duyduğunuzda sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?

() Televizyon, radyo, gazete, dergi vs

() İnternet (sosyal medya, haber siteleri vs)

() Eczacı

() Aile büyükleri, arkadaş, yakınlar

() Doktor

() Diğer.....

11) Acil servise başvuru şikayetiniz nedir? (Lütfen aşağıda detaylı belirtiniz.)

.....

12) Şikayetleriniz ne kadar süre önce başladı? (..... ay/..... gün/..... saat önce)

13) Acil servis başvurusu öncesinde bu şikayetleriniz için aile hekimliğine başvurduğunuz mu?

() Evet () Hayır

14) 13.soruda cevabınız hayırsa aile hekimliğine başvurmama sebebiniz nedir? (Lütfen aşağıda detaylı belirtiniz.)

.....

.....

.....

15) Hastalandığınız zaman genellikle **ilk** ne yaparsınız? (Lütfen bir şık işaretleyiniz.)

- () Evde bitkisel/geleneksel yöntemlere başvururum. () Aile sağlığı merkezine giderim.
() Evdeki ilaçları kullanırım. () Hastaneye giderim.
() Eczaneye giderim. () Diğer

16) Aşağıdaki sorularda, sizi ifade ettiğini düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz. Ayrıca aşağıda sizin için önemli olan ilk üç kriteri önem sırasına göre numaralandırınız.

Sağlık kuruluşu tercihinizi;	Evet	Hayır	Kararsızım	Önem Sırası (1-2-3)
1) Gelirinizde önemli bir artış olması etkiler mi?				
2) Sağlık hizmetlerinin kalitesi etkiler mi?				
3) Sağlık kuruluşunun teknolojik imkanları etkiler mi?				
4) Seçtiğiniz sağlık kuruluşunda tanıdığınız birinin çalışması etkiler mi?				
5) Sosyal güvence kapsamında olması etkiler mi?				
6) Sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerin unvanı etkiler mi?				
7) Hizmet alma veya bekleme süreniz etkiler mi?				
8) Sağlık çalışanlarının nazik ve ilgili olması etkiler mi?				
9) Sağlık kuruluşunun temizliği etkiler mi?				
10) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)				

18) Aşağıdaki sorularda, sizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1)Hastalığım ile ilgili internetten araştırma yaparım.					
2)Hastalığım ile ilgili televizyondaki programları takip ederim.					
3)Hastalığım ile ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.					
4)Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.					
5)Hastalığım ile ilgili internetten formları takip ederim.					
6)Hastalığım ile ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.					
7)Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım.					
8)Hastalığım ile ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.					
9)Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.					
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.					

Katkılarınız için teşekkür ederiz...