T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: KONYA ÖRNEĞİ

Gamze DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: KONYA ÖRNEĞİ

Gamze DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bana her zaman destek olan, benimle bilgisini zamanını ve tecrübesini paylaşan, tavsiye ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Handan ERTAŞ'a çok teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesinden istifade ettiğim Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK başta olmak üzere Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ, Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ, Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ, Arş. Gör. Dr. Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ, Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL ve Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN'e teşekkür ederim.

Hayatımda ve tüm eğitim süreçlerimde büyük emeği olan, her zaman ve koşulda yanımda duran, sonsuz sevgi ve desteklerini daima hissettiğim canım aileme çok teşekkür ederim.

Beni bu günlere getiren ve hep arkamda duran aileme, her zaman yanımda olup beni destekleyen tüm hocalarım ve arkadaşlarıma ve araştırmamdaki verilerin toplanmasına yardım eden katılımcılara sonsuz teşekkürler...

Gamze DEMİREL

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**

SUMMARY ..... **v**

1.GİRİŞ **1**

1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı 3

1.1.1. Sağlığın Korunması 4

1.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi 6

1.1.3. Sağlık Tutumu 7

1.1.4.Sağlık Bilinci 8

1.2. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı 9

1.2.1. Sağlık Farkındalığı 10

1.2.2. Sağlıklı Yaşam 12

1.2.3. Sağlıklı Yaşam Davranışları 15

1.3. Sağlık Arama Davranışı 18

1.3.1 Sağlık Davranışı 18

1.3.2. Hastalık Davranışı 19

1.3.3. Sağlık Arama Davranışı 21

1.3.4. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler 23

1.3.5. Sağlık Arama Davranışı Yaklaşımları 30

1.3.6. Sağlık Arama Davranışı Yöntemleri 36

1.4. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Kavramları 42

2. GEREÇ VE YÖNTEM **44**

2.1. Araştırmanın Amacı 44

2.2. Araştırmanın Önemi 44

2.3. Araştırmanın Tipi 44

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 44

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 45

2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 46
2.7. Araştırma Verilerinin Toplanması 47
2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 47
2.9. Araştırma Etiği 48
2.10. Araştırmanın Hipotezleri 48
3.BULGULAR 50
Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular. 50
Tablo 3.2. Cinsiyet ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi. 52
Tablo 3.3. Medeni Durum ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi. 52
Tablo 3.4. Cinsiyet ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi. 53
Tablo 3.5. Medeni Durum ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi. 53
Tablo 3.6. Kronik Hastalık ile Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçekleri Arasında t Testi Analizi. 54
Tablo 3.7. Ailede Kronik Hastalık ile Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçekleri Arasında t Testi Analizi. 54
Tablo 3.8. Sürekli İlaç Kullanımı ile Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçekleri Arasında t Testi Analizi. 55
Tablo 3.9. Yaş ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi. 55
Tablo 3.10. Gelir Durumu ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi. 56
Tablo 3.11. Öğrenim Durumu ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi. 57
Tablo 3.12. Yaş ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi. 58

Tablo 3.13. Gelir Durumu ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi. 59

Tablo 3.14. Öğrenim Durumu ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi. 60

Tablo 3.15. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi. 61

Tablo 3.16. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi. 61

Tablo 3.17. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi. 62

Tablo 3.18. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Ölçekleri Arasında Regresyon Analizi. 63

4. TARTIŞMA 64

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 70

6. KAYNAKLAR 73

7. EKLER 83

EK-A: Anket Formu 83

EK-B: Ölçek İzinleri 85

EK-C: Bilgilendirilmiş Onam 86

ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişki: Konya Örneği

Gamze DEMİREL

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2021

Bu çalışma sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Bu araştırma ile sağlık arama davranışı sağlıklı yaşam farkındalığı ile ilişkilendirilerek ele alınmıştır. Literatür incelendiğinde sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam farkındalığı arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca konuya ilişkin yeteri kadar bilimsel çalışmanın yapılmadığı, yapılan çalışmaların ise sınırlı olduğu görülmüştür. Yapılan çalışma literatürdeki bu eksikliğin giderilmesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Çalışma Konya Selçuklu, Meram, Karatay ilçelerinde ikamet eden 18 yaş üstü gönüllü bireyleri kapsamaktadır. Çalışmada 500 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Online anket yöntemi kullanılarak toplanan veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anketin ilk bölümünde ankete katılan kişilerin demografik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise kişilerin sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerini ölçmeyi sağlayan ölçek soruları yer almaktadır. Sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği Özer ve Yılmaz (2020) tarafından geliştirilmiştir. 15 maddelik bu ölçek; sosyalleşme, sorumluluk, değişim ve beslenme olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Anket formunun üçüncü kısmında ise kişilerin sağlık arama davranışlarını ölçmeyi sağlayan ölçek soruları yer almaktadır. Sağlık arama davranışı ölçeği Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilmiştir. 12 maddelik bu ölçek; online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %44,4'ü erkek ve %55,6'sı kadınlardan oluşmaktadır. Yapılan korelasyon analizine göre Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı ölçekleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ile geleneksel sağlık arama alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve online sağlık arama ve profesyonel sağlık arama alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Arama Davranışı ile sosyalleşme alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak sağlıklı yaşam farkındalığı, bireylerin bilinçli bir şekilde sağlık arama davranışına yönelmesiyle ilişkili bulunmuştur. Kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıkları sağlık arama davranışını pozitif yönde etkilemektedir. Bu sebeple kişilerin sağlıklı bir yaşamı sürdürebilmeleri ve sağlığını yitirmeden öncesinde ve sonrasında sağlığını korumak ve sağlık sorunlarına çözüm aramak için kendi davranış tarzlarında değişikliğe gitmeleri son derece önemlidir. Çünkü sağlıklı yaşam farkındalığı yüksek olan bireyler sağlıklı olmayan davranışlarından vazgeçmekte ve sağlık arama davranışlarına da daha fazla yönelmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Arama Davranışı; Sağlık Arama Yöntemleri; Sağlıklı Yaşam Farkındalığı

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Relationship Between Healthy Life Awareness and Health Seeking Behavior: The Case of Konya

Gamze DEMİREL

Department of Health Management

MASTER THESIS /KONYA-2021

This study aims to examine the relationship between wellness awareness and health-seeking behavior. In this research, health-seeking behavior was addressed by associating it with awareness of healthy living. When the literature is examined, no study has been found that deals with the relationship between health-seeking behavior and awareness of healthy living. In addition, it has been observed that there are not enough scientific studies on the subject and the studies are limited. The study is important in terms of eliminating this deficiency in the literature.

The study includes volunteers individuals over the age of 18 residing in Konya Selçuklu, Meram, Karatay districts. In the study, 500 people were included in the sample. The data collected using the online survey method were analyzed using the SPSS program. In the first part of the survey, there are questions about the demographic characteristics of the people who participated in the survey. In the second part, there are questionnaire questions that measure the health awareness level of individuals. The healthy living awareness scale was developed by Özer and Yılmaz (2020). This 15-item scale; It consists of 4 sub-dimensions: socialization, responsibility, change and nutrition. In the study, the reliability coefficient of the scale was found to be 0.80. In the third part of the questionnaire, there are questionnaire questions that measure the health-seeking behaviors of individuals. The health-seeking behavior scale was developed by Kıraç and Öztürk (2021). This 12-item scale; It consists of three sub-dimensions: online, professional and traditional health-seeking behavior. In the study, the reliability coefficient of the scale was found to be 0.75. Of the individuals participating in the research, 44.4% are men and 55.6% are women. According to the correlation analysis, it was determined that there was a moderately significant positive correlation between the Healthy Life Awareness and Health Seeking Behavior scales. It has been determined that there is a weak positive relationship between Healthy Living Awareness and traditional health seeking sub-dimensions, and a moderately significant positive relationship between online health searching and professional health seeking sub-dimensions. It has been determined that there is a strong and significant positive relationship between Health Seeking Behavior and socialization sub-dimension, and a weak and positive positive relationship between change, responsibility and nutrition sub-dimensions.

As a result, of awareness healthy living was found to be correlated with individuals' conscious inclination to health-seeking behavior. People's awareness of healthy living positively affects their health-seeking behavior. For this reason, it is extremely important for people to lead a healthy life and to change their behavior before and after losing their health in order to protect their health and to seek solutions to their health problems. Because individuals with high awareness of healthy living give up their unhealthy behaviors and tend to seek health behaviors more.

Keywords: Health Seeking Behavior; Health Search Methods; Healthy Living Awareness

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütünün sağlığı "*sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"* (WHO 2006) şeklinde tanımlamasıyla beraber, kişilerin sağlığa olan bakış açısı giderek değişiklik göstermiş bu da kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının artmasına ve daha fazla sağlık arama davranışına yönelmelerine ortam hazırlamıştır. Günümüz sağlık anlayışı hem kişinin hem de toplumun sağlığını koruyup geliştiren, sağlığın sürdürülebilmesini aynı zamanda hastalıkların önlenebilmesini amaçlayan sağlık merkezli bir bakım anlayışını kapsamaktadır. Bu anlayış ise kişinin iyilik halini koruyup bunu sürdürecek davranışları benimsemesi, sağlık durumunun farkında olup sağlığıyla ilgili doğru kararlar alması ve gerekli hallerde sağlık arama davranışında bulunması üzerine dayandırılmaktadır (Kang 1995, Sisk 2000).

Sağlıklı yaşam, kişinin sağlığını etkileyen bütün davranışlarını kontrol etmesi, gündelik yaşamını sürdürürken kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi ve sağlığına engel teşkil eden davranışlarından kaçınmasıdır (Esin 1997). Sağlıklı yaşam davranışları, kişinin hem kendisinin hem de çevresinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla yaptığı faaliyetleri kapsamaktadır (Kılıç 2017).

Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi yalnızca hastalıklardan kaçınmak ya da sağlığı korumakla ilgili değil sağlıklı yaşamın fakında olup sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılmasıyla da oldukça ilgilidir (Özer 2019). Bu sebeple kişilerin sağlıklı bir yaşamı sürdürebilmeleri ve hastalıklardan korunabilmeleri için kendi davranış tarzlarında değişikliğe gitmeleri son derece önemlidir. Bunun için de belli bir farkındalık düzeyine ulaşmış olmaları gerekmektedir. Çünkü sağlıklı yaşam farkındalığı yüksek olan bireyler sağlıklı olmayan davranışlarından vazgeçerek, sağlık arama davranışına daha fazla yönelmektedirler. Sağlık farkındalığı, kişileri sağlıkla ilgili kalıplaşmış düşüncelerden ve davranışlardan uzaklaştırma eğiliminde olmasından dolayı, kişilerin sağlıksız olan davranışlarından uzaklaşarak daha bilinçli düşünceler oluşturması ve davranışlar sergilemesi açısından önemli bir rol oynamaktadır (Özer ve Yılmaz 2020).

Sağlık arama davranışı, insanların sağlığını yitirmeden öncesinde ve sonrasında hem sağlığı korumak ve hem de sağlık sorunlarına çözüm aramak

amacıyla herhangi bir sağlık kurumuna gitmeden öncesinde ve sonrasında sergilediği davranışlar bütünüdür. Bunun yanı sıra olası hastalıkları önlemek ve sağlığı geliştirmek için gösterilen faaliyetleri de kapsamaktadır (Pender ve ark 2002, akt Esin ve Aktaş 2012). Sağlık arama davranışı kısaca bireyin olası sağlık sorunlarını önlemek ve gerçekleşmiş olan sağlık sorunlarına çözüm bulmak için gösterdikleri davranışları ifade etmektedir (Kıraç 2019).

Kişilerin sağlık arama davranışlarına etki eden çeşitli faktörler vardır. Yaşanılan sosyal çevre, sosyoekonomik durum, bağlı olunan kültürel yapı, davranış ve yaşam tarzı, sahip olunan inanç ve tutumlar, sağlık kaygı düzeyi, sağlık algısı ve sağlık sorumluluğu gibi unsurlar sağlık arama davranışını etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir (Önder 2014). Sağlık arama davranışını değerlendirmede; sağlık bilgisi, hayat şartları ve çalışma koşulları, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık bilinci, bireyin yaşı, cinsiyeti, karakteri, sağlık tutum ve davranışları, yaşam tarzı ve daha birçok unsur etkili olmaktadır (Dahlgren ve Whitehhead 1991).

Kişinin sağlığıyla ilgili bir sorunu olduğunu algılamasıyla beraber sergilediği ve sağlık arama davranışının en son aşaması olan hastalığa yönelik tedavi arama aşaması da sağlık arama davranışı kapsamında ele alınmaktadır. Kişi sağlık arama davranışını etkileyen faktörlere dayanarak alınacak tedaviyle ilgili bir seçim yapmaktadır ve bu seçim genellikle üç farklı yöntem (geleneksel yöntem, profesyonel yöntem ve online yöntem) arasından yapılmaktadır. Kişilerin bu yöntemlerden hangisini tercih edeceğini belirleyebilmek amacıyla da sağlık arama davranışı profillerinin iyi bir şekilde bilinmesi son derece önemlidir (Önder 2014).

Sağlıklı yaşam farkındalığının, bireylerin bilinçli bir şekilde sağlık arama davranışına yönelmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple çalışma, sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişkiyi incelenmeyi amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının ve sağlık arama davranışının oluşmasında ve sürdürülmesinde etkili olan faktörleri belirtmek, sağlık arama davranışına yönelik teorik yaklaşımları ele almak, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarını algıladıktan sonraki süreçte sağlık arama davranışlarının nasıl olduğunu ortaya koymak ve hangi sağlık arama yöntemini tercih edeceklerini belirlemek gibi konuları da kapsamaktadır.

1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı

Sağlık, insanların yaşamlarını sürdürebilmesinde son derece önemli olan evrensel nitelikteki kavramlardan bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kişiden kişiye değiştiği için tek bir sağlık tanımı bulunmamakta ve kavramsal olarak bakıldığında sağlığın farklı yönlerini ele alan çeşitli tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Bu da sağlık kavramın neden karmaşık ve anlaşılmasının zor olduğunu ve neden birden çok sağlık tanımının bulunduğunu bizlere göstermektedir (Kıyıcı 2019).

Klasik anlayışta sağlık yalnızca *"hastalığın bulunmaması"* olarak ifade edilirken sağlık ve hastalığın toplumdan topluma ve kişiye göre değişiklik gösterdiğinin anlaşılmasıyla beraber bu tanım giderek geçerliliğini kaybetmiştir (Sarı 2016). Evrensel ve genel kabul görmüş olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre sağlık, *"yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir"* şeklinde tanımlanmıştır (WHO 1946). Bu tanımla sağlık, yalnızca *fiziksel* boyutla sınırlı bir kavram olarak kalmayıp *ruhsal* ve *sosyal* boyutlarda da ele alınmaya başlamış ve yalnızca hastalığın yokluğuyla sınırlı bir kavram olarak kullanılmaktan uzaklaşmıştır. DSÖ'nün bu tanımlamasıyla birlikte toplumun sağlığa olan bakış açısı değişiklik göstermiş ve kişilerin daha çok sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularına ve sağlık arama davranışına yönelmelerine ortam hazırlanmıştır. Böylece sağlığın geliştirilmesi, sağlık farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi, sağlık arama davranışları gibi kavramların işlenmesine de daha fazla önem verilmeye başlamıştır (Erdoğan ve ark 1994).

Hastalığın tanımı da sağlıkta olduğu gibi kişilere, topluma ve zamana göre farklılık göstermektedir. Bir kişinin kendisini ne zaman ve nasıl hasta olarak algılayacağının kesin bir belirleyicisi yoktur. Ancak hastalığın kişinin sağlık halini yitirmesiyle birlikte başladığı da bilinen bir gerçektir (Cirhinlioğlu 2010). Bu sebeple hastalık, genel olarak *"sağlığın yokluğu"* şeklinde ifade edilmekte bununla birlikte (Önder 2014), kişinin günlük yaşamında ortaya çıkan programlanmamış, iradesi dışında oluşan ve istenmeyen bir durumu belirtmektedir (Sarı 2016). Tıbbi açıdan hastalık (*disease*), bazı semptomlarla birlikte ortaya çıkan patolojik bir anormallik durumu olarak ifade edilmektedir (Field, 1976). Ancak hastalık yalnızca doku ve hücrelerde meydana gelen bozulmalar ya da anormal değişikliklerin sebep olduğu bir

durum yani biyolojik bir süreç olarak görülmemelidir. Çünkü hastalık, aynı zamanda sosyo-kültürel bir olgu olarak da değerlendirilmektedir (Sarı 2016). Buna göre toplumsal açıdan hastalık (*illness*), sağlığın bozulması veya patolojik bir durumun ortaya çıkmasıyla kişinin bunu algılaması sonucunda duyduğu acı veya rahatsızlıktır (Field, 1976). Hastalık; *hastalığın tipi, süresi* veya *şiddetine* göre kişileri farklı şekillerde etkilemektedir. Hastalık fiziksel ya da psikolojik olarak öncelikle kişinin kendisini etkilemektedir. Ancak hastalığın ilerlemesi halinde birey çalışamaz hale gelebilmekte böyle bir durumda hastalık kişinin çevresini de etkilemeye başlamaktadır (Sarı 2016).

Bireylerin sağlıklı olup olmadığı ya da kendilerini hasta olarak algılayıp algılamadığı yaşadıkları topluma ve zamana göre değişiklik göstermektedir. Kişilerin yaşadığı çevre, bağlı olduğu kültürel yapı, geçmiş yaşantısı ve edindiği deneyimler, cinsiyet, yaş ve maddi durumu gibi pek çok faktör sağlık ve hastalığı nasıl algılayacaklarını etkilemektedir (Eryiğit Günler 2017).

1.1.1. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması, hastalığın önlenmesi ve maluliyetin etkisinin ortadan kaldırılması ya da bunların etkilerinin minimum düzeye indirilmesini ve bunun mümkün olmaması halinde hastalık ve sakatlığın ilerleyişinin geciktirilmesini sağlayan faaliyet ve davranışlardır (Porta 2008). Kısaca kişinin sağlığı için tehlike oluşturan tüm davranışlarından uzaklaşmasını ifade etmektedir. Hastalığın daha ortaya çıkmadan önce önlenmesini, hastalığın etkilerini ortadan kaldırmayı ya da etkilerini azaltmayı amaçlamaktadır (Varsak 2018).

Sağlığın korunması, kişinin sağlığında olumsuz sonuç doğuran unsurların kontrol altına alınması ve kişiye yönelik tedbirlerin oluşturulması ile gerçekleşir (Özvarış 2001). Bu nedenle bireyin sağlının bozulmasını önlemek amacıyla hastalıkların ortaya çıkmadan çok daha önce önlenmesini sağlamak son derece önemlidir.

Sağlığın korunması birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır (Leavell ve Clark 1965):

Birincil (Primer) Koruma: Kişinin hastalanmasını önlemek ve hastalıklara karşı kişiyi korumak amacıyla önleyici tedbirlerin alındığı aşamadır (Buettner ve Muller 2015). Hastalıkların oluşmasını engelleyen, kişinin iyilik halini koruyan ya da sağlık durumunu yükselten davranış, faaliyet ve uygulamalardır (Akgül 2008). Kişilerin sağlıklı bir şekilde yaşamalarına olanak sağlayan ve sağlıkla ilgili farkındalıklarını artırmalarına en çok katkıda bulanan düzey birincil sağlık koruma düzeyidir (Bozdağ 2016).

Birincil koruma kapsamında, toplumdaki bireylerin hastalığa yakalanma riskini düşürmek amacıyla kişilerin sağlıkla ilgili olumsuz davranışlarını değiştirmesine, sağlıklı yaşam davranışları sergilemesine ve koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Akgül 2008). Bu kapsamda yapılan; çevresel risklerin azaltılması, aile planlaması, besin sanitasyonu, sağlık eğitimi, hijyen eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, bağışıklama faaliyetleri, su kaynaklarının kullanılabilir hale getirilmesi ve koruması vb. faaliyetler hem kişisel hem de toplumsal çabalarla hastalığın toplumda görülme sıklığını azaltmak ya da tamamen hastalığın görülmesini engellemek amacıyla yapılmaktadır (Porta 2008).

Bu koruma düzeyi, kişilerin mevcut sağlık davranışlarının ya da yaşam şekillerinin değiştirilmesini amaçlaması nedeniyle daha fazla sağlık eğitimi, sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi önleyici faaliyetler üzerine yoğunlaşmakta (Kıyıcı 2019), hem kişinin hem de çevresinin hastalık risklerinin azaltılmasını sağlamak amacıyla yapılan davranış ve uygulamaları kapsamaktadır (Bozdağ 2016).

İkincil (Sekonder) Koruma: Hastalığın daha klinik olmadığı evrede, hastalığı ilerlemesini yavaşlatmak ya da durdurmak amacıyla yapılan koruyucu tedbirlerin alındığı aşamadır (Buettner ve Muller 2015). Daha çok hastalıkları zamanında yakalamak ve hastalığın daha da kötüye gitmemesi için kişiyi korumak amacıyla yapılan erken tanı faaliyetlerinden oluşmaktadır. Kişinin, hastalığa yakalandığı ancak semptomlarının henüz ortaya çıkmadığı veya hastalığının çok hafif seyrettiği dönemde tedavi edilmesini kapsamaktadır (Fişek 1983). İkincil koruma, kişinin hastalığını kontrol altında tutmak ve hastalık sebebiyle ortaya

çıkacak kayıp ve yetersizlikleri minimum düzeye indirmek için hastalığın erken dönemde tanı ve tedavi edilmesine yönelik faaliyetlerdir (Porta 2008).

İkincil koruma kapsamında; erken tanı faaliyetleri, en uygun tedavinin seçilmesi, engelliliğin ve yarattığı sonuçların azaltılması, zamansız ölümlerin engellenmesi gibi çalışmalar yer almaktadır (Dirican ve Bilgel 1993). İkincil koruma faaliyetleri; bir hastalığın toplumdaki görülme sıklığının azaltılması (Akgül 2008), hastalığın başlamasıyla beraber klinik evrenin önlenmesi, hastalığın semptomlarının mümkün olduğunca azaltılması (Buettner ve Muller 2015) aynı zamanda en kısa sürede en uygun tedavi yöntemleri kullanılarak hastalığın şiddetinin azaltılmasını amaçlamaktadır (Dirican ve Bilgel 1993).

Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Hastalıklar sonucunda meydana gelen komplikasyonlara karşı kişinin korunması ve sosyal hayata uyumunun sağlanması için gerçekleştirilen faaliyetlerdir (Gümüş 2018). Üçüncül koruma düzeyi, bir hastalığın önlenmesini ya da hastalığın ilerleyişinin durdurulmasını değil, hastalığa bağlı olarak kişide meydana gelen ve beden yapısındaki değişiklikler sonucunda oluşan sakatlığın yarattığı olumsuz etkilerin minimum düzeyde tutulmasını kapsamaktadır (Akgül 2008).

Bu düzeyde yapılan faaliyetlere; *medikal-sosyal rehabilitasyon* uygulamaları (Dirican ve Bilgel 1993) ve kanserin yayılmasını önlemek, tedavi etmek amacıyla yapılan *kemoterapi-radyoterapi* örnek olarak verilebilir (Carneiro ve Howard 2011). Bu faaliyetlerde amaç; uzun bir süre boyunca devam eden hastalık veya sakatlığın etkilerini hafifletmek ya da tamamen ortadan kaldırmak (Porta 2008), hastanın fonksiyonlarını artırarak yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır (Wills ve Jackson, 2014).

1.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk kez 1986 yılında yapılan ilk Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda ele alınmış ve konferans sonunda imzalanan Ottowa Sözleşmesi'nde sağlığı geliştirme *"insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci"* olarak tanımlanmıştır (WHO 1986). Kısaca, kişilere mevcut sağlık durumlarını iyileştirmelerinde yardımcı olan bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması

sürecidir (Pender ve ark 2002). Sağlığın geliştirilmesi, mevcut sağlık durumunun en üst düzeye yükseltilebilmesini sağlamak amacıyla gösterilen çabaları kapsamaktadır (Fişek 1983, Tatarlı 2007). Sağlığın geliştirilmesindeki temel amaç bireyleri olumsuz sağlık davranışlarından vazgeçirerek bireylere olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasını ve bunun sürdürülebilir hale getirilmesini sağlamaktır (Erdoğan ve ark 1994). Bu da daha çok kişilerin sağlık farkındalıklarının artırılmasıyla mümkün olmaktadır.

Bireyin sağlığını en üst düzeye çıkarabilmesi için sağlığı geliştirme çabaları son derece önemlidir. Bireylerde sağlıklı yaşam farkındalığının oluşması, yaşam tarzının değiştirilmesi, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi, sağlık sorumluluklarının farkına varılması ve hastalık risklerine karşı daha duyarlı olunması açısından sağlığı geliştirici davranışların sergilenmesi oldukça önemlidir (Toplu 2019). Sağlığın geliştirilmesiyle ilgili davranışlara örnek olarak; kişinin sağlıkla ilgili yayın ve kaynakları okuma alışkanlığı kazanması, sağlıkla ilgili beklentilerini açıkça ortaya koyması ve sağlığını izlemesi vb. verilebilir (Erdoğan ve ark 1994).

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında gerçekleştirilen faaliyetler, kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının artmasına yardımcı olmakta (Kıyıcı 2019) ve sağlıkla ilgili olumsuz tutumlarını değiştirerek sağlık konusunda bilinçlenmelerini sağlamaktadır. Böylelikle kişilerin en yüksek sağlık düzeyine ulaşmasına yardımcı olacak seçimi yapmalarına ve olumsuz sağlık davranışını değiştirmelerine imkân tanınmış olacaktır (Akgül 2008).

1.1.3. Sağlık Tutumu

Tutum; kişinin herhangi bir nesne, durum ve konuyla ilgili sahip olduğu tepki ya da kişinin belli bir durum veya olay karşısında göstermesi beklenen bilgi, deneyim ve duygularına dayanarak oluşturduğu davranış biçimidir (İnceoğlu 2010). Buna göre sağlık tutumu; kişinin sağlık konusundaki düşünce ve davranışlarını oluşturan bir eğilim ya da kişinin sağlıkla ilgili faaliyet ve davranışları değerlendirmesi şeklinde tanımlanabilir.

Sağlık tutumu, genel olarak bireyin sağlık konusuna ilişkin sahip olduğu tepkiyi ve bireyin herhangi bir sağlık davranışını yapmaya yönelik yaklaşımını ifade eder. Sağlık tutumu yüksek olan ve olumlu sağlık tutumu geliştiren kişiler daha fazla

sağlığının farkında olmakta, sağlığıyla ilgili sorumluluk almakta ve daha fazla sağlık arama davranışında bulunmaktadır.

Tutumlar davranışı gerçekleştiren kişinin o davranışa yönelik olumlu ya da olumsuz olarak yaptığı değerlendirmeleri kapsamaktadır (Ajzen 1991). Bu yüzden bireyin herhangi bir sağlık davranışında bulunma niyetini anlamak için ilk olarak kişinin sağlığa yönelik tutumunu ortaya koymak gerekir (Bulduk ve ark 2015). Sağlık davranışının benimsenmesinde bireylerin sağlık tutumlarının önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Olumlu sağlık davranışlarını bir tutum haline getiren kişiler, sağlığını koruyabildikleri gibi sağlık durumlarını da yükseltebilmektedirler.

Sağlıkla ilgili tutumlar değerler açısından kavramsallaştırılabilir yani kişi davranışları ile ilgili olarak bazı tutumlar geliştirebilir. Bireylerde var olan sağlığa dair bu tutumlar bireyin tüm yaşamını etkilemektedir (Yulu 2020). Örneğin; *"her gün düzenli olarak spor yapmak sağlığım için yararlıdır"* ya da *"sağlıklı ve dengeli beslenmek hastalıklardan korunmada önemli bir faktördür"* (Bulduk ve ark 2015) şeklindeki tutumlar kişilerin olumlu sağlık davranışlarını benimseyerek bunları yerine getirmesinde yardımcı olmaktadır.

Sağlık tutumuyla ilgili olarak Yulu (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların sağlık tutum düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ve ebeveynleri yüksek eğitim düzeyine sahip çocukların da sağlık tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmada çocukların sağlık okuryazarlık düzeyinin artmasıyla beraber sağlık tutumlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

1.1.4.Sağlık Bilinci

Sağlık bilinci genel olarak kişinin hastalıklardan korunmak ve sağlığını iyileştirmek adına gösterdiği bir yönelimi ifade etmektedir (Hu 2013). Sağlık bilinci, kişinin dikkatini kendi sağlığı üzerine odaklama eğilimidir (Iversen ve Kraft 2006) ve kişinin sağlığıyla ne derece ilgilendiği ve sağlına ne derece odaklandığıyla ilgilidir (Gould 1990). Bireyin sağlığına dikkat etmesi, sağlık davranışlarına katılımı, sağlığıyla ilgili sorumluluk hissetmesi, sağlık bilgisi araması ve sağlığıyla ilgili motive olması gibi alt boyutlardan oluşan kapsamlı bir süreçtir (Hong 2009).

Sağlık bilinci herhangi bir sağlık konusuyla ilgili değil de, kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili olan genel bir yönelimdir (Hong 2009) ve kişinin sağlık durumunda meydan gelen değişiklikleri fark etme ve sağlık ihtiyacına gösterdiği önemi belirtmektedir (Hsu ve ark 2016).

Sağlık bilincine sahip olan bireyler diğerlerine göre sağlıklarını yönetme ve kontrol altında tutuma konusunda daha fazla sorumluluk alabilmektedirler (Hong 2009). Jayanti ve Burns (1998) yüksek sağlık bilincine sahip kişilerin, koruyucu-önleyici sağlık davranışlarının gerekliliğine daha fazla inandıkları ve sağlığıyla ilgili endişelerden dolayı olumlu sağlık davranışlarını hayata geçirdiklerini ortaya koymuş, Iversen ve Kraft (2006) ise bu kişilerin daha sağlıklı bir yaşam biçimi sergileme eğiliminde olduklarını ifade etmiştir.

Sağlık bilincine sahip olan kişilerin sağlıkları hakkında endişelendikleri, bu yüzden hastalıklardan kaçınmak ve sağlıklarını korumak adına olumlu sağlık davranışlarında bulundukları düşüncesi yaygındır (Lee ve ark 2014). Başka bir deyişle, bu kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının yüksek olduğu, sağlık koşullarını iyileştirmek adına daha istekli davrandıkları ve daha fazla sağlık arama davranışında bulundukları düşünülmektedir (Hu 2013).

Sağlık bilinci kişiyi sağlık bilgisi arama davranışında bulunması amacıyla da harekete geçirmektedir (Hu 2013). Bu kişiler, sağlık konuları ile aktif bir şekilde ilgilenmekte ve daha çok sağlık bilgisi aramaktadırlar. (Dutta-Bergman 2005). Furnham ve Forey (1994) tarafından yapılmış olan bir çalışmada sağlık bilincini ölçerken, *"kişilerin medya kaynaklarından sağlıkla ilgili bilgi arama davranışlarını"* da ölçek ifadelerine eklemişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada ise kişilerin sağlık bilincini ölçerken *"sağlık bilgisi arama amaçlı medya/internet kullanımlarına"* ilişkin ifadelere yer verilmiş ve bunların bazı sağlık davranışlarını yerine getirmede bireylere yardımcı olduğu ifade edilmiştir (Rodgers ve ark 2007).

1.2. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı

Sağlıklı yaşam; mevcut sağlık durumunu daha iyi bir hale getirmeyi amaçlayan, hastalıkları önleyen ve erken ölüm riskini düşüren bir yaşam tarzını belirtirken (Bozkurt 2014), sağlıklı yaşam farkındalığı ise kısaca kişinin böyle bir yaşamın farkında olması durumunu ifade etmektedir.

1.2.1. Sağlık Farkındalığı

Farkındalık: Bir kişinin çevresinde meydana gelen olay ve durumları bilme, algılama, anlama ve hissetmeye yönelik becerisidir. Kısaca herhangi bir durumun ya da konunun farkında olma durumudur. Herhangi bir şeyin kişinin dikkatini çekmesi ya da kişinin o şeyi algılaması farkındalık olarak tanımlanmaktadır. İnsanların duygularını anlayabilmesi, karşılarına çıkacak alternatifleri değerlendirebilmesi ve çevresel uyarıcıları algılayıp anlamlandırabilmesi için ilk önce bir şeylerin farkında olması gerekmektedir (Yakar 2014).

Yapılan çalışmalarda farkındalık kavramı genellikle bilişsel ve duyuşsal farkındalık olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Bilişsel farkındalık, *"kişinin neyi nasıl öğrendiğinin ve neden öğrenmesi gerektiğinin farkında olması"* olarak tanımlanırken, duyuşsal farkındalık ise *"kişinin kendisinin veya çevresinin farkında olma durumunu"* ifade ederek gelişebilecek durumlara karşı hazır olma durumunu anlatan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Yakar 2014). Örneğin herhangi bir hastalığın belirtilerini ve tedavisinin nasıl yapılacağını bilme bilişsel bir davranışken bu hastalığa dair algı ve tutumlar duyuşsal bir davranıştır.

Farkındalık; ilgi ve dikkat, algılar, bilgi, tutum ve değerler, inançlar gibi birçok faktörün etkileşimi ve kişinin karakteristik özelliklerinin bileşiminden oluşmaktadır. Kişide var olan bu değişkenler kişinin sahip olduğu farkındalık düzeyini belirtmektedir. Farkındalığın önemli değişkenlerinden biri olan dikkat, bilincin belli bir an ve uyarıcıya odaklanmasını sağlarken tutum ve değerler kişileri etkileyerek onların davranışlarını yönlendirmektedir (Yakar 2014). Algılar ise kişilerin etrafında olup bitenlere yoğunlaşmasını ve herhangi bir nesne ya da olguyu fark edip onlarla doğrudan ilgi kurmasını sağlamaktadır (Tutar 2008).

Sağlık Farkındalığı: Bilgi ve deneyimlerin, sağlık üzerinde olumlu etkileri olan davranışlara ve bunları sürekli uygulayarak gerçekleştirilebilecek davranış kalıplarına dönüştürülmesidir (Mahmoud ve ark 2020). İnsanların günlük yaşamlarını ve davranışlarını etkileyecek sağlık bilgilerinin doğru ve anlaşılır bir şekilde kişilere ulaştırılmasını kapamaktadır (Ashraah ve ark 2013). Sağlık farkındalığı, kişilerin sağlık ve sağlık sorunları hakkında oluşturdukları bilgi, tutum ve inançlardan

oluşmakta (Alonazi ve ark 2016) ve kişilerin inanç, tutum ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Mahgoub ve ark 2014).

Al-Ahmadi (2003) sağlık farkındalığını, bireylerin doğru sağlık bilgilerini öğrenmesi olarak ifade ederken Mursi (2005), kişinin sağlıkla ilgili talimatlara uymaya hazır oldukları durumda farkındalığını artırmak amacıyla sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi ve eğitimlerin verilmesi olarak tanımlamaktadır. O'leiweh (1999) ise sağlık farkındalığını, sağlık ve uygulamalarla ilgili bilgilerin kişiler tarafından davranış biçimlerine dönüştürülmesi olarak tanımlarken Abdo (2003), toplumun davranış ve alışkanlıklarını değiştirmek amacıyla bireyleri eğitmek, bilgilerini artırmak ve spor yapma, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli uyku gibi kişilere sağlık yönünü güçlendirebilecek alışkanlık ve gelenekleri aşılamak olarak tanımlamaktadır.

Sağlık farkındalığı, bireyleri sağlık konusunda bilgilendirmek ve olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmelerini sağlamak için farkındalıklarını artırarak kişilere sağlığını geliştirmelerinde yardımcı olacak alışkanlıkların kazandırılmasını amaçlamaktadır (Mahmoud ve ark 2020). Sağlık farkındalığı bireyin yaşam tarzını, davranış ve alışkanlıklarını değiştirme yeteneğini ve istekliliğini içermektedir. İnsanların sağlıklı bir durumda olması için gerekli olan tüm unsurları kapsamakta ve sağlık davranışının belirli bir yönüyle sınırlı kalmamaktadır (Alonazi ve ark 2016). Çünkü sağlık farkındalığı sağlıkla ilgili tüm duyuşsal ve bilişsel faktörleri içeren kapsamlı bir anlayış olarak karşımıza çıkmaktadır (Sarıtürk ve ark 2017, Iqbal ve ark 2020).

Son yıllarda bulaşıcı hastalıklar, kalp hastalıkları, tansiyon, şeker vb. kronik hastalıklar gibi yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunları, sigara ve alkol kullanımı, uyuşturucu bağımlılığı ve ilaçların kötüye kullanılması gibi olumsuz sağlık davranışlarının yanı sıra nüfusun hızla artışı, çevre kirliliği ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak oluşan hastalıkların giderek arttığı bilinen bir gerçektir (Al-Amoudi 2007). Bu da kişilerde sağlıkla ilgili farkındalığın oluşturulmasının ve olumsuz davranış tarzlarının değiştirilmesinin önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

Genel olarak sağlık farkındalığı; deneyimler, kişilerarası ilişkiler, eğitim, medya kanalları, kitle iletişim araçları, gibi birçok yolla oluşturulabilir (Mahgoub ve ark 2014). Ancak kitle iletişim araçları, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi vermenin ve sağlık farkındalığı yaratmanın en kolay ve ulaşılabilir yoludur (Biswas 2011).

Farkındalık yaratma, bilgiyi artırma ve davranışları değiştirmede kitle iletişim araçlarının önemi yadsınamaz. İnternet, radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçları sağlık sorunları hakkında kişilerin ilgi ve farkındalıklarını etkin bir şekilde artırabilmektedir (Biswas 2011). Bunlara ek olarak kamu spotları, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerin bulunduğu dergi, gazete ve kitap gibi yazılı medya araçları da kişilerin farkındalık düzeyini arttırmak ve kişileri sağlıklı davranışlar sergilemeye teşvik etmek için sıklıkla kullanılmaktadır (Özden 2019). Ülkemizde de medya aracılığıyla hastalıklar ve bunların tanı ve tedavileri, olası hastalıkların önlenmesi, mevcut sağlık durumunun korunması, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı beslenme ve diyet, hastalıklara yönelik yapılması gereken fiziksel hareketler, bitkisel ürünler ve bunların faydaları ve daha birçok sağlık konusunda bilgi verilmektedir. Burada edinilen bilgilerle birlikte kişiler sağlıkla ilgili olumlu davranış kazanmakta ve kişilerin sağlık farkındalıkları artmaktadır (Gök 2016). Farkındalığı artan kişi de daha sağlıklı bir yaşam biçimi sergilemekte, kişinin hem kendisine hem de çevresine karşı olan sağlık sorumluluğu artmaktadır (Güleç 2019).

1.2.2. Sağlıklı Yaşam

Yaşam biçimine bağlı olarak artan sağlık sorunları sağlıklı yaşam kavramının önemini ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar, bir yıl içinde gerçekleşen ölümlerin yaklaşık yarısının kişilerin sağlıksız yaşam davranışları sonucunda meydana geldiğini ortaya koymaktadır (Zaybak ve Fadıloğlu 2004). Aynı şekilde DSÖ'nün yapmış olduğu veri tahminlerine göre de ölümlerin büyük bir kısmına kişilerin kötü yaşam tarzından kaynaklanan hastalıklar sebep olmaktadır (Bozkurt 2014). DSÖ, gelişmiş ülkelerde meydana gelen ölümlerin %70-80'inin ve gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin sebebinin, kişinin yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan önlenebilir nitelikteki hastalıklar olduğunu belirtmektedir (Özkan ve Yılmaz 2008). Bunlara bağlı olarak sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar artmakta beraberinde sağlık sistemleri ve sağlık çalışanları üzerindeki yükü de artırmaktadır

(Bozkurt 2014). Bu sebeple sağlıklı yaşam konusunda kişilerin farkındalıklarını artırmak oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlıklı Yaşam kavramı ilk kez, sağlıklı yaşam hareketinin babası olarak bilinen Dr. Halbert Dunn'ın 1961 yılında yapmış olduğu "Yüksek Düzeyde Sağlıklı Yaşam (High Level Wellness)" adlı çalışmasında kullanılmıştır. Daha sonra sağlıklı yaşam hareketinin öncüleri arasında sayılabilecek Dr. Bill Hettler, Dr. John Travis, Don Ardell gibi isimler de kendi kapsamlı sağlıklı yaşam tanımlarını yapmış ve sağlıklı yaşam modellerini geliştirmişlerdir. Aynı zamanda Hettler ve arkadaşları, dünyanın ilk "sağlıklı yaşam merkezini" ve "Ulusal Sağlık Enstitüsü'nü (National Wellness Institute)" kurmuşlardır (GSS, 2010).

Ulusal Sağlık Enstitüsü (NWI) kurucularından olan Hettler (1984) sağlıklı yaşamı; *"insanların daha başarılı ve sağlıklı bir yaşamın farkına vardıkları ve bunun için en doğru seçimi yaptıkları aktif bir süreç"* olarak tanımlamaktadır. Hettler' e göre sağlıklı yaşam fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal, mesleki ve entelektüel olmak üzere farklı alt boyutların tamamen optimize edilmesiyle birlikte oluşmaktadır. Hettler'in tanımı sağlıklı yaşam bileşiminde yalnızca fiziksel yönlerin değil potansiyel olarak sağlığı etkileyebilecek tüm alt boyutların bütünsel bir şekilde ele alınması gerektiğini ifade etmektedir. Sağlıklı yaşam tanımı, sağlıklı bir yaşam tarzına katkıda bulunmak için sağlıklı yaşamın tüm alt boyutlarıyla birlikte çalıştığı bütünsel ve birbirine bağlı bir yaklaşımı içerir. Bireylerin sağlıklı yaşam seçimlerine dayalı olarak "daha iyi olma" fırsatına sahip olduğu bir sağlık durumuna işaret eder (Oliver ve ark 2018).

Sağlıklı yaşam kavramı çeşitli boyutlardan meydana gelen bütünsel bir iyilik halini ifade etmektedir (Bozkurt 2014). Kişinin sağlığını bir bütün olarak değerlendirmekte ve farklı alanları kapsamaktadır. Sağlıklı yaşam, yaşam kalitesini artırmak için sorumluluk almak ve bilinçli ve sağlıklı kararlar vermekle başlamaktadır. İnsanların yaşamlarının çok boyutlu biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini bir araya getirebileceğimiz bir şemsiye terimdir (Miller ve Foster 2010) ve optimal bir yaşam için sağlık bilgisi ve sağlıklı tutumlara dayanan kararlar alınması ve bunlara dayanarak davranışların oluşturulmasıyla mümkündür (Stoewen 2015).

Sağlıklı yaşam kişilerin bedensel işleyişinin normal, ruhsal olarak rahat ve çevre ile olan ilişkisinin dengeli yani her açıdan iyi olması bunun yanı sıra hem kendisinin hem de çevresinin sağlığını koruma ve geliştirme konusunda yeterli bilgiye sahip olması ve bu bilgileri kullanabilmesidir (Çelenkoğlu 2019). Sağlıklı yaşam, günlük yaşamın birbiriyle ilişkili çeşitli bileşenlerinden oluşan bütünsel bir kavram (Oliver ve ark 2018), kişinin sağlığını iyileştirmek için sürekli olarak çabaladığı dinamik bir süreçtir (Lafferty 1979). Sağlıklı yaşam ruh, beden ve zihin sağlığını da içine alan bütünsel iyilik halidir. Bu iyilik haline ulaşmak amacıyla, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sağlıkla ilgili sorumluluk alma, stres yönetimi, kişiler arası ilişkilerin iyileştirilmesi ve sağlıkla ilgili farkındalık kazanma gibi alt boyutlardan oluşan bir yaşam biçiminin benimsenmesi gerekmektedir (Bozkurt 2014).

Sağlıklı yaşam bireyin yaşam kalitesine, verimli olarak çalışmasına ve çevresine katkı sağlamasına yardımcı olan çeşitli bileşenlerin (fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal-mental, ekonomik, mesleki, spritüel vs.) entegrasyonudur. Bireyin sağlık ve yaşamına dair iyi olma durumunu ve fonksiyonlarını etkin bir şekilde yerine getirebilme becerisini yansıtmaktadır (Corbin ve ark 2008). Myers ve ark (2000)'na göre sağlıklı yaşam, daha sağlıklı bir şekilde yaşamak amacıyla vücut, zihin ve ruhun bütünleştirildiği, optimal sağlık ve esenliğe yönelik bir yaşam tarzıdır. Her bireyin ulaşabileceği optimum bir sağlık ve esenlik durumu ve optimal düzeyde sağlıklı olmaya yönelik davranışların sergilenmesidir.

Sağlıklı yaşam kavramına dair yapılan tanımlar sağlıklı yaşamın; bir yaşam biçimi olduğunu, yaşamının birçok farklı boyutunu kapsadığını, sürekli bir şekilde devam eden aktif bir çaba gerektirdiğini, kişisel bir tercih olduğunu ve kişinin sağlık durumunu daha iyi bir hale getirmeyi amaçlayan proaktif ve çok boyutlu bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır (Bozkurt 2014). Sağlıklı yaşamın hiçbir alt boyutu birbirinden bağımsız değil aksine birbirleri ile ilişki içerisindedir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşamın alt boyutlarının genel olarak duygusal, entelektüel, spritüel, mesleki, sosyal ve fiziksel iyilik hali olarak ele alındığı görülmektedir (Edlin ve ark 2000).

Sağlıklı yaşam zamanla değişir, sabit bir durum veya ulaşılmak istenen bir son değil aksine bireyin yaşamı boyunca ulaşmaya ve maksimize etmeye çalıştığı

optimum bir sağlık düzeyini temsil eden bir süreklilik halidir. Sağlıklı yaşam bireyseldir ancak bununla birlikte kişinin yaşadığı koşullar ve çevreden de etkilenmektedir. Günümüzde çevre sorunlarına artan vurguyla birlikte, sağlıklı yaşamın çevresel, kültürel ve küresel yönlerine olan ilgi de giderek artmaktadır (GSS 2010).

Sağlıklı yaşam hastalıkları önleyen ve erken ölüm riskini düşüren bir yaşam tarzıdır. Tüm hastalıklar önlenebilir değildir ancak özellikle kalp-damar hastalıkları, akciğer kanseri gibi yaşam tarzından kaynaklanan hastalıklara bağlı ölümlerin büyük bir kısmı davranış ve yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte önlenebilmektedir. (WHO 1999). Sağlıklı bir yaşam kişinin hastalığa yakalanma riskini azaltmakta ve sağlığını artırmakta (Corbin ve ark 2010) bu da kişinin yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (Oliver ve ark 2018).

Sağlıklı bir yaşam tarzı kolesterol, hipertansiyon, diyabet gibi yaygın kronik hastalıkları kontrol etmeye yardımcı olmakta, hastalık ve sakatlığı önlemekte, kişinin hastalıktan uzak yaşanan yaşam süresini artırabilmekte bunların yanı sıra sağlık hizmeti maliyetlerini ve sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaya yardımcı olmaktadır. Sağlıklı bir yaşam tarzı ile kişi kendi bedeni, sağlığı ve hatta yaşamının geri kalanı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmaktadır (Kumar 2017).

1.2.3. Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyen davranışları kontrol altında tutması (Walker ve ark 1988), bu davranışlarının bilincinde olması ve sağlık durumuna uygun hareket etmesidir (Sezer 2012).

Sağlıklı yaşam davranışları, kişinin hem kendisinin hem de çevresinin sağlığını korumak amacıyla yaptığı faaliyet ve davranışlarıdır (Kılıç 2017). Kişinin hastalıkları önleyebilmek ve sağlığını daha iyi bir hale getirebilmek amacıyla sergilediği davranışların bütünü şeklinde tanımlanmaktadır. Bu davranışlar sayesinde birey kendi sağlığı hakkında sorumluluk almakta, sağlık durumuna uygun hareket etmekte kısaca sağlığını etkileyebilecek olan bütün tutum ve davranışlarını kontrol etmektedir (Başgöl 2016). Aynı zamanda bir kişinin bu davranışları sergilemesi o kişinin hastalıklardan korumasını ve sağlığını geliştirmesini sağlayan

bir yaşam biçimini benimsediğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (Johnson 2005).

Sağlıklı yaşam davranışları genel olarak şu başlıklar altında ele alınmaktadır (Pender ve ark 2006):

- Beslenme
- Fiziksel Aktivite
- Sağlık Sorumluluğu
- Manevi (Spirituel) Gelişim
- Kişilerarası Destek
- Stres Yönetimi

Beslenme: İnsanların hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan temel unsurlardan biridir. Sağlıklı bir yaşamın devam ettirilebilmesi için en önemli faktörlerden biri olan sağlıklı beslenme, hastalıkların önlenmesi açısından oldukça önemlidir (Gündüz 2019). Yeterli ve dengeli beslenme kişiyi hastalıklardan korumakla beraber kişinin sağlıklı olmasına da yardımcı olmaktadır. Hem kişilerin hem de toplumun ekonomik ve sosyal açıdan gelişmesinde aynı zamanda refah düzeyinin yükselmesinde sağlıklı beslenme temel şartlardan biridir (Önder ve ark 2000). Bireylerin sağlıklı beslenmesi obezite, kalp hastalıkları, diyabet ve kanser gibi hastalıkların görülme riskini azaltmakta ve beslenmeye bağlı olarak oluşan sağlık problemlerinin en aza indirilmesine yardımcı olmaktadır (Hiza ve ark 2018).

Fiziksel Aktivite: Hem bedensel hem de ruhsal birçok hastalığın etkisinin azaltılması konusunda kişilere yardımcı olan önemli bir faktördür. Bireylerin sağlığının korunmasına katkı sağlamakla beraber hastalıkların önlenmesine katkısı da oldukça büyüktür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Genel fiziksel hareketsizliğin dünya çapında 1,9 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Hareketsiz yaşam küresel olarak meme kanseri, kolon ve rektum kanseri ve diyabet vakalarının yaklaşık % 10-16'sına ve iskemik kalp hastalıklarının ise yaklaşık % 22'sine neden olmaktadır. Minimum düzeyde fiziksel aktivite tavsiyelerine uymayan kişilerde kalp-damar hastalığına yakalanma riskinin 1,5 kata kadar arttığı görülmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite özellikle yüksek tansiyon,

kolesterol, obezite, sigara bağımlılığı ve stres gibi sağlık riskleri üzerindeki olumlu etkileri sayesinde kişilerin daha sağlıklı bir şekilde yaşamasına imkan tanımaktadır (WHO 2003).

Sağlık Sorumluluğu: Kişinin sağlığına dikkat etmesi, sağlıkla ilgili bilgi edinmesi, gerekli hallerde profesyonel sağlık yardımına başvurabilmesi ve iyilik hali için sürekli olarak sorumluluk hissetmesidir (Açıkgöz Çepni 2010). Sağlık sorumluluğu, kişinin sağlığını koruyan ve geliştiren davranış ve faaliyetlere yönelik olarak tutum ve davranışlarında değişikliğe gitmesidir (Tatar 2020). Kişinin kendisini ve vücudunu tanıması, sağlığını sürekli izlemesi, sağlığıyla ilgili bir sorun olduğunda bunu fark etmesi ve gerekli önlemleri alması, düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırması, sağlık ve hastalıklarla ilgili olarak kendini geliştirmesi ve sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi bu sorumluluklar arasında sayılabilir (Kılıç 2017). Sağlığıyla ilgili sorumluklarının farkına varan bir kişi sağlığı için daha fazla çaba sarf etmekte (Demir Avcı 2016), sağlık sorumluluklarının farkında olduğu sürece sağlığını olumsuz etkileyen unsurlardan daha çok uzak durmaya çalışmaktadır.

Manevi (Tinsel-Spiritüel) Gelişim: Bireyin hem kendisinin hem de varoluşunun ötesindeki güç, fiziksel ve metafizik boyutu kapsayan kişisel bir farkındalıktır (Bozhüyük ve ark 2012). Manevi gelişim kötü sağlık alışkanlıklarını önleyerek kişilerin sağlıklı yaşam biçimine yönelmesini sağlamaktadır (Boztilki ve Ardıç 2017).Yapılan çalışmaların çoğunda manevi gelişim ile kişilerin fiziksel ve zihinsel sağlıkları arasında ilişki olduğu, manevi-spiritüel gelişiminin bireyin sağlığını, yaşam süresini ve hastalığının iyileşmesini olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur (Rippentrop ve ark 2005).

Kişilerarası Destek: Kişinin yaşamını etkileyen, hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını geliştiren, kişinin sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmasını önleyen aynı zamanda stresin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltan ve kişiye sorunlarını çözebilme becerisi kazandıran sosyal bir ihtiyaçtır (House 1987). Kişilerarası ilişkiler, başkaları için sorumluluk duygusu ve ilgi uyandırmakta bu da kişinin kendi sağlığının yanı sıra başkalarının sağlığını da koruyan davranışlarda bulunmasına yardımcı olmaktadır. Sosyal bağlar çeşitli şekillerde kişilerin sağlık alışkanlıklarını etkileyerek sağlık davranışlarını etkilemektedir (Umberson ve Montez 2010).

Araştırmalar kişilerarası ilişki ve desteğin; sağlık davranışları, fiziksel ve akıl sağlığı ve ölüm riski gibi birçok sağlık sonucunu etkilediğini göstermektedir (Umberson ve Montez 2010). Özellikle kişiler bazı dönemlerde hastalık ve engellilik gibi nedenlere bağlı olarak kontrol kaybı, bedensel ve ruhsal değişiklikler yaşarlar ve bu süreçler üzerine odaklanırlar. Böyle bir dönemde kişinin yakın çevresinden ilgi ve destek görmesi mevcut durumunu daha kolay benimsemesine ve atlatmasına yardımcı olmaktadır (Barg ve Heard 1996, akt Karakoç 2006)

Stres Yönetimi: Kişinin stresle başa çıkabilmesi, mevcut durumun ya da gösterilen tepkilerin değiştirilmesi (Güçlü 2001), kısaca stresin kontrol altında tutulması sürecidir. Stres yönetiminin temel amaçlarından biri de hastalıkların önlenmesini ve sağlığın korunmasını sağlamaktır. Stres iyi bir şekilde yönetilmezse hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve kalp krizi, enfeksiyonlar, kanser ve daha birçok hastalığa karşı yatkınlığı arttırmaktadır (Sürme 2019). Aşırı stres, kişinin bedensel ve zihinsel sağlığını bozmakta, uykusuzluk, kalp hastalıkları, baş ağrısı gibi bir takım hastalıklara neden olmakta, hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Bozhüyük ve ark 2012). Bu sebeple sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından stresin kontrol altında tutulması ve iyi bir şekilde yönetilmesi oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.3. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışı bir süreç olarak sağlık davranışı ve hastalık davranışı olmak üzere iki tamamlayıcı davranışı ifade etmektedir (Cockerham 2007, akt Ali ve Woldearegai 2019). Bu sebeple sağlık arama davranışı, sağlık davranışı ve hastalık davranışı olmak üzere iki şekilde ele alınacaktır (Kıraç 2019).

1.3.1 Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı; kişinin sağlık durumuna bakmaksızın sağlığını korumak, sürdürmek ya da geliştirmek amacıyla yaptığı davranışlardır (Nutbeam 1986). Gochman (1982) sağlık davranışını; *"inançlar, beklentiler, güdüler, değerler, duygusal durumlar ve özellikler de dahil diğer bilişsel unsurlar ve kişilik özelliklerini de içeren sağlığın sürdürülmesi, iyilik hali ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili davranış kalıpları, eylemler ve alışkanlıklar"* olarak tanımlanmaktadır.

Sağlıklı olduğunu düşünen kişinin hastalıkları önlemek için yaptığı faaliyetler (Kasl ve Cobb 1966), etkili olup olmamasına bakmaksızın sağlığı özendirmek (Şentürk 2020) ve sağlıklı olmak amacıyla yerine getirdiği davranışlardır (Sabırcan 2012). Bireyin sağlığını korumak adına gerçekleştirdiği davranışları ve herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığı zaman gösterdiği tepkileri ifade eden sağlık davranışı, kişilerin sağlıkla ilgili tutum ve algılarından etkilemekte ve özellikle sağlığın korunması açısından oldukça önem arz etmektedir (Araz ve ark 2007).

Sağlık davranışı, yalnızca sağlıklı olan kişilerin hastalıklardan korunmak amacıyla sergilediği davranışlardan ibaret değildir. Kalp hastalığı, tansiyon ve diyabet gibi kronik hastalığı bulunan kişilerin sağlığıyla ilgili olarak ilaç kullanmaları, diyet ve egzersiz yapmaları ve hastalıktan kaynaklanan fizyolojik bozuklukları kontrol altına almaya çalışmaları da sağlık davranışı kapsamına girmektedir (Cockerham 2014). Kısacası hastalıklardan korunmak, sağlığı, iyilik halini ve refahı artırmak için yapılan her türlü faaliyeti kapsamaktadır. Sağlık hizmet kullanımı (doktor kontrolleri, aşılama ve tarama çalışmaları), tıbbi tedaviye uyma (diyabetik ve hipertansiyon hastalarına verilen rejim ve ilaçlara uyma) ve kişinin kendisinin yaptığı diyet ve egzersiz, sigara ve alkol kullanmama gibi faaliyetler de sağlık davranışları kapsamına girmektedir (Conner ve Norman 2005).

Sağlık davranışı kişinin sağlıklı bir yaşam biçimi sergilemesinin ve hastalıklardan korunmasının temeli sayılmaktadır (Kaya ve ark 2008). Bireyin sağlığını koruma isteği ve hastalığın varlığında ya da yokluğunda sağlık durumunu daha da yükseltme isteğiyle birlikte motive edilmektedir (Pender ve ark 2015). Sağlık davranışı kişinin geçmişte edindiği deneyimler, yaşadığı çevre, toplumsal değerler ve kültürel unsurlara göre şekillenmekte, bireyin kişisel standartlarına, toplumsal ve çevresel faktörlere bağlı olarak sağlıkla ilgili mevcut davranışlarının pekiştirilmesiyle birlikte gerçekleşmektedir (Bulduklu 2010).

1.3.2. Hastalık Davranışı

Hastalık davranışı, hasta olduğunun farkına varan ya da kendini hasta olarak hisseden bir kişinin hastalığa yönelik çözüm aramak amacıyla gerçekleştirdiği her türlü davranıştır (Kasl ve Cobb 1966). Hastalık davranışı kişilerin fiziksel belirtilere karşı nasıl tepki verdiklerini ifade etmektedir (Mechanic 1986). Kişinin hastalığı

algılama, değerlendirme ve hastalığa yönelik verdiği tepkileri (Kandemir ve Ak 2013), hastalıkla baş edebilmek amacıyla kişinin sergilediği bütün davranışları kapsamaktadır (Güleç 2012, Rief ve ark 2003).

Kişilerin bedenini izlemesi, semptomları tanımlayıp yorumlaması ve değerlendirmesi, iyileştirici faaliyetlerde bulunması ve sağlık bakım sistemlerinden yararlanması (Mechanic 1986), hastalık durumunda kişinin istirahat etmesi, hastalığını kabul ederek hastalığa yönelik çözüm araması, alternatif tıp uygulamalarına başvurması hastalık davranışlarına örnek olarak gösterilebilmektedir (Eryiğit Günler 2017). Bunların yanı sıra kişilerin tedavi amacıyla ilaç kullanmaları, tıbbi yardım ve sağlık arama davranışları, hastalığa yönelik gerçekleştirilen tarama faaliyetleri, iş ve çalışmaktan kaçınmalar, fiziksel aktivitenin azaltılması gibi davranışlar da hastalık davranışlarına örnek olarak verilebilir (Rief ve ark 2003).

Bu tür davranışlar, hastalığın gelişmesi ve gidişatı üzerinde oldukça önemli bir rol oynamakta (Eryiğit Günler 2017) aynı zamanda kişilerin sağlık bakımı arayıp aramayacağı ya da ne tür bir yardım arayacağı konusundaki kararlarını da şekillendirmektedir (Mechanic 1992).

Hastalık davranışları kişilerin duyarlılık ve tepkilerine (Mechanic 1992), hastalıkları algılama ve yorumlama biçimlerine (Eryiğit Günler 2017), sağlık durumuna ya da baş edilmek zorunda kalınan hastalığın türüne göre kişiden kişiye veya aynı kişi içinde farklılıklar göstermektedir (Sirri ve Grandi 2011). Örneğin yorgunluk, bağ ağrısı ya da kas ağrıları gibi hastalık belirtilerini bazı kişiler yaşamın bir parçası olarak kabul edip bunları önemsemezken, bazı kişiler sağlık yardımına başvurmakta bazıları da kendi kendine iyileştirici faaliyetlerden yararlanmaktadır (Tekin 2007).

Hastalık davranışlarını belirleyen çeşitli faktörler bulunmakta ve bu faktörler hem hastaya hem de hastalığa göre farklılık göstermektedir. Hastalığın ne olduğu, kişi için ne anlama geldiği, hastalığın önemi ve hastalığın nasıl algıladığı ya da değerlendirildiği gibi faktörler kişinin hastalığa karşı vereceği tepkiyi ve hastalık davranışlarını etkiler (Özkan 1990). Hastalık davranışının belirleyicileri çok yönlüdür. Bir kişinin önceki hastalıklardan edindiği deneyimler, aile içi ilişkiler, hastalık hakkındaki inançları, hastalığa bakış açısı gibi unsurlar kişilerin nasıl bir

hastalık davranışı sergileyeceğini ve hastalığa yönelik tıbbi yardım ve sağlık arama kararlarını etkilemektedir (Wade ve Halligan 2007).

1.3.3. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışı, gerçekleşmiş ve olası sağlık sorunlarına yönelik en uygun çözümleri bulmak için insanlar tarafından yerine getirilen davranışları ifade eder (Kıraç 2019). Sağlık arama davranışı, sağlık sorunu olan kişilerin, uygun bir çare bulmak amacıyla yaptıkları faaliyetler (Ward ve ark 1997, Musinguzi ve ark 2018), algılanan hastalığı düzeltmek amacıyla üstlendikleri iyileştirici eylemler dizisidir (Mahmood ve ark 2009). Hastalığın önlenmesi, en aza indirilmesi ya da iyileştirilmesinin yanı sıra iyi sağlık durumunu sürdürmek için gerçekleştirilen eylemleri de ifade etmektedir (Adongo ve Asaarik 2018). Sağlık arama davranışı hastalık durumunun teşhis edilmesini, nedensel faktörlerin tanımlanmasını aynı zamanda hastalık durumunun seyrini ve sonucunu öngören bir süreçtir (Rivers 1924, akt Sarfo 2015).

Bir süreç olarak sağlık arama davranışı, sağlık davranışı ve hastalık davranışı olmak üzere iki tamamlayıcı davranışı ifade etmektedir. Sağlık davranışı, kendisinin sağlıklı olduğuna inanan bir kişinin hastalıkları önlemek amacıyla yaptığı tüm faaliyetleri belirtirken hastalık davranışı, kendisini hasta olarak algılayan bir kişinin o hastalığı tanımlamak ve çözüm aramak amacıyla yaptığı faaliyetleri ifade etmektedir (Cockerham 2007, akt Ali ve Woldearegai 2019). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık arama davranışının, sağlık davranışı ve hastalık davranışı olarak de ele alındığı görülmektedir.

Sağlık arama davranışı daha geniş bir kavram olan sağlığı korumak, kötü sağlığı önlemek ve aynı zamanda iyi bir sağlık durumundan herhangi bir sapma olması halinde bununla ilgilenmek için üstlenilen faaliyetleri kapsayan sağlık davranışının bir parçasıdır (WHO 1995). Aynı zamanda hastalıklara çözüm olarak sergilenen, hastalıkları iyileştirmek ve sağlığa kavuşmak için yapılan eylemleri kapsayan (Onyigbuo 2016) hastalık davranışının da bir parçası olarak ifade edilebilmektedir (Latunji ve Akinyemi 2018). Kısaca sağlık arama davranışı gerçekleşmiş sağlık sorunlarına yönelik olarak ortaya çıktığında hastalık davranışı,

olası sağlık sorunlarına yönelik ortaya çıktığı zaman ise sağlık davranışı olarak kabul edilmektedir (Kıraç 2019).

Genel olarak sağlık arama davranışı; sağlıklı olabilmek için neler yapıyorum, nerelerden yardım alıyorum, bir yakınmam olduğu zaman nerelere başvuruyorum gibi sorulara cevap vermektedir. İnsanların sağlıkları konusunda neden birbirinden farklı davrandıklarını, bazı sağlık ve hastalık davranışlarını neden yerine getirip getirmediklerini ve hangi durumlarda sağlık kuruluşlarına ya da hangi sağlık arama yöntemlerine başvurduklarını anlamaya yardımcı olmaktadır.

Sağlık arama davranışı sağlık hizmeti kullanımını yönlendiren davranışsal bileşenleri de kapsamaktadır (Clewley ve ark 2018). Hastalığın başlangıcı ile bir sağlık hizmeti sağlayıcısıyla iletişime geçmesi arasındaki gecikme süresi, sağlık hizmeti sağlayıcısının türü, hastanın tedaviye uyumu, sağlık hizmeti sağlayıcısı seçimi ve bir sağlık hizmeti sağlayıcısı ile iletişime geçmeme nedenleri hakkında bilgi vermektedir (Mahmood ve ark 2009).

Sağlık arama davranışı kişilerin sosyal çevresinden bağımsız bir şekilde değerlendirilemez (Köroğlu ve Köroğlu 2015). Çünkü bu davranışlar yalnızca kişisel olarak kararlaştırılıp sergilenmemekte aksine sosyal, kültürel ve deneyimsel faktörlerin bir birleşimini içeren (Ali ve Woldearegai 2019) ve bir kişinin, ailenin veya topluluğun kimliğinin ayrılmaz bir parçası olan bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple sağlık arama davranışları sadece tek seferlik bir olay olarak kabul edilemez (MacKian 2003).

Sağlık arama davranışının doğru bir şekilde anlaşılması ve tespit edilmesi, tedavi edilebilir hastalıkların erken teşhis ve tedavisinin önündeki engellerin belirlenmesine ve en uygun tedavinin gerçekleşmesine yardımcı olmaktadır. (Who 1995) Aynı zamanda teşhiste gecikmeyi azaltmakta ve çeşitli bağlamlarda sağlığı geliştirme stratejilerini iyileştirebilmektedir (MacKian 2003). Bu bağlamda sağlık arama davranışları önemli olarak görülmektedir (Ward ve ark 1997).

Sağlık arama davranışları kişilerin sağlığını korumak ve hastalıklardan kurtularak iyileşmek için yaptıkları arayışlarıdır ve bu arayışlar bazen kişinin kendi kendine tedavisi ya da ilaç kullanması, bazen bitkisel ilaçlar, akupuntur gibi geleneksel yöntemleri kullanması bazen de bir sağlık kurumuna ya da sağlık

profesyonellerine başvurması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bu arayışlar kişilerin nasıl bir sağlık arama davranışına sahip olduklarına ve sağlık arama davranışını etkileyen faktörlere göre değişebilmektedir.

1.3.4. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler

Kişilerin sağlık arama davranışları çok çeşitlidir ve aynı zamanda çok sayıda faktör tarafından etkilenmektedir (Adongo ve Asaarik 2018). Sağlık arama davranışı daha çok kişisel bir tercih olarak görülmesine rağmen her zaman kişinin kendi kontrolünde olmamaktadır. Bu sebeple sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerin ayrıntılı bir şekilde ele alınması, kişilerin nasıl bir sağlık arama davranışı sergileyeceklerini aynı zamanda hangi sağlık arama yöntemini tercih edeceklerini belirlemek açısından oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra kişilerin sağlık arama davranışlarının belirlenmesi, politika yapıcıların ve paydaşların mevcut kaynakların etkin kullanımını ve dağıtımını sağlayarak ülkede sağlık hizmetlerinin yeterli ve dengeli bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla belirli stratejiler belirlemelerine de yardımcı olacaktır (Abuduxike ve ark 2020).

Sağlık arama davranışını değerlendirmede sosyo-ekonomik etmenler, kültürel ve çevresel koşullar, sağlık bilgisi, hayat şartları ve çalışma koşulları, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sorumluluğu, bireyin yaşı, cinsiyeti, sağlık tutum ve davranışları, yaşam tarzı gibi unsurlar oldukça etkili olmaktadır (Dahlgren ve Whitehhead 1991).

Sağlık arama davranışını etkileyen faktörlere baktığımızda yapılan çalışmalarda bu faktörlerin değişik şekillerde ele alındığını görmekteyiz. Musinguzi ve ark (2018) tarafından yapılan çalışmada bu faktörler genel olarak üç başlık altında ele alınmıştır. Bunlar:

- **Hastayla İlgili Faktörler:** Kişinin hastalığa yakalanma konusundaki farkındalığı, hastalığın sonuçlarına yönelik algılanan ciddiyet ve korkular, tedavinin etkinliğine ilişkin inançlar, olumsuz etkilerle ilgili endişeler.
- **Sosyo-ekonomik ve yapısal çevreyle İlgili Faktörler:** Geleneksel tıbbın eğitimi, bilgisi ve pazarlanması, hastanın maddi ve sosyo-ekonomik durumu, sağlık kurumuna olan mesafe ve ulaşım gibi yapısal sorunlar.

- **Sağlık Sistemi Faktörleri:** İlaçların, personelin ve teşhis malzemelerinin mevcudiyeti, sağlık tesislerinde yüksek akut bakım yükü, hizmet sağlayıcılarının yetenek ve davranışları, genel bakım kalitesi ve hastaların bekleme süreleri.

Abuduxike ve ark (2020) tarafından yapılan çalışmanın sonucunda katılımcıların sağlık arama davranışlarının; gelir düzeyi, eğitim, yaş, sigortalılık durumu, sağlık durumu, cepten para ödeyebilme yeteneği ve aile büyüklüğü gibi faktörlerle önemli ölçüde ilişkili olduğu ayrıca herhangi bir kronik hastalığa sahip olma, öz bakım sorunları ve sağlık algısının zayıf olması gibi faktörlerin de sağlık hizmeti kullanımının en güçlü belirleyicilerinden olduğu ortaya konulmaktadır.

Önder (2014) tarafından yapılan çalışmada sağlık arama davranışını etkileyen faktörler genel olarak dört başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar:

- Kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim, tutum ve davranışlar, risk algıları, yaşam tarzı vb.)
- Sağlık ve hastalığa ilişkin faktörler (sağlık ve hastalığa dair bilgi, hastalığın tipi ve hastalık derecesi, geçmiş hastalık deneyimleri, sağlık sorumluluğu ve sağlık bilinci vb.)
- Toplumsal ve sosyo-ekonomik faktörler (toplumun sağlık kültürü, yaşanılan çevre, gelir durumu, sosyal güvencenin olup olmaması, dini inanç vb.)
- Sağlık hizmet sunumuyla ilgili faktörler (hizmete erişim, uzaklık, ödeme durumu vb.)

Sağlık arama davranışları kişilerin yaş ve cinsiyetine göre değişmektedir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda kadınların erkeklere göre daha çok sağlık hizmetlerinden yararlandıkları ve hastaneye gittikleri ve bununla beraber kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık arama davranışında bulundukları ortaya konulmaktadır. (Coşkun 2019). Atkinson (2009)' un, yapmış olduğu bir çalışmada kadınların erkeklere göre sağlıkla ilgili bilgi arama davranışlarında daha fazla bulunduklarını sonucuna ulaşılmıştır. Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların hekime başvurma oranları erkeklerden daha fazla bulunmakla beraber sağlık arama davranışlarının da erkeklere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra genç ve orta yaştaki bireylerin

sağlık arama davranışının yaşlı bireylere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiş bunun aksine Khraim ve Carey (2009) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlı kişilerin daha çok sağlık arama davranışında bulundukları sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık arama davranışını belirleyen bir diğer önemli unsur da eğitimdir. Daha eğitimli, sağlık bilgisi ve sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler daha çok sağlık arama eğilimi göstermektedirler (Belek 2009). Kişi sahip olduğu eğitim seviyesine bağlı olarak sağlığı konusunda kontrol ve sorumluluk duygusuna sahip olmaktadır (Köroğlu ve Köroğlu 2015). Kişiler eğitim seviyesi arttıkça yaşadığı çevrenin sağlıklı olup olmadığını değerlendirebilmekte, sağlığıyla ilgili sorunları fark edebilmekte ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda daha çok bilgiye sahip olmaktadır (Yetgin 2014). Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin yaşamı üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları ve sağlık arama davranışı sergiledikleri vurgulanmaktadır (Coşkun 2019). Abuduxike ve ark (2020) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin düşük eğitim düzeyine sahip olan kişilere göre sağlık hizmeti alma ve sağlık arama olasılıklarının daha fazla olduğu ortaya konulmuştur. Adongo ve Asaarik (2018) tarafından yapılan araştırmada ise katılımcıların eğitim seviyesinin, sağlık davranışları konusundaki farkındalıklarını doğrudan etkilediği ve eğitim düzeyi ne kadar artarsa kişinin sağlık durumunun o kadar farkına vardığı ve böylece sağlık sorunlarına yönelik daha fazla çare arama yoluna gittikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal ve kültürel etkenler de sağlık arama davranışını etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir. Bu sosyal ve kültürel etkenlerin başında ise; yaşanılan çevre, insanların sağlık ve hastalığa dair edindiği alışkanlıklar, inançlar ve gelenekler gibi pek çok unsur gelmektedir. Örneğin, sağlığını ve sağlığını geliştirmeyi önemsemeyen sağlık bilinci düşük olan bir kültürde yetişmiş bireyin, sağlığını korumaya çalışması, sorumluluk alması ve herhangi bir sağlık problemi olmadan kontrol veya tarama amacıyla sağlık kurumuna başvurması pek mümkün olmamaktadır. Kişiler hastalığa yönelik çare aramaya karar verse bile yaşadıkları çevre ve kültürlere göre bu şikayetleri gidermek amacıyla birbirlerinden farklı arayış çabalarına girmektedirler. Bu arayışlar yaşanılan çevre ve kültüre göre bazen bir sağlık kurumuna başvuru, bazen kendi kendine tedaviler, bazen de doğaüstü

güçlerden yardım bekleme ya da geleneksel uygulamalar şeklinde ortaya çıkmaktadır (Conseil Sante Sofreco Eduser 2007).

İnsanların sergileyecekleri sağlık arama davranışları çevresinden bağımsız bir şekilde değerlendirilemez (Köroğlu ve Köroğlu 2015). Çevre kişilerin sağlık arama davranışlarını hem olumlu hem de olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Kişinin yaşadığı çevredekiler sağlıklı besleniyor, spor yapıyor ve kişiyi de bu yönde teşvik ediyorsa kişide bu şekilde davranmaya daha istekli olurken bunun tam tersi bir şekilde sağlıksız besleniyor ve spor yapmıyorsa kişi de çevresinden etkilenerek bu yönde davranışlar sergileyecektir.

Kır-kent farklılıkları da sağlık arama davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık personeli ve sağlık kurumları genellikle kentsel bölgeler lehine bir dağılım göstermekte ayrıca sağlık hizmet sunucuları açısından kentsel ve kırsal bölgeler arasında ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır (Kılıç ve Çalışkan 2013). Kentsel alanlara göre kırsal bölgelerde daha fazla geleneksel sağlık arama yöntemleri daha çok tercih edilmektedir. Tekin (2007) tarafından yapılan çalışmada kırsal bölgelerde daha çok geleneksel yöntemlere başvurulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Klein (2007) tarafından sağlık arama davranışıyla ilgili yapılan bir çalışmada ise kırsal bölgede en yaygın tedavi şeklinin, ilaç kullanma gibi kendi kendine tedaviler ve bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kentsel bölgelerde yaşayanlar ise kırsal bölgedekilere göre daha fazla profesyonel (Kızılçelik 1995) ve online sağlık arama yöntemlerinden yararlanmaktadır (Sarı 2016).

Toplumların sağlık arama davranışlarının tam olarak anlaşılması için, özellikle kırsal toplumlarda sağlık arama davranışlarının sosyo-kültürel temellerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Çünkü hastalıkların tedavisinde profesyonel veya geleneksel yöntemlerden hangisinin tercih edileceği büyük ölçüde sağlık kurumlarına erişim ve sağlık hizmetleri için ödeme yapabilme becerisi gibi unsurlardan etkilenir (Adongo ve Asaarik 2018).

İçinde bulunulan maddi durum, gelir düzeyi gibi ekonomik faktörler kişinin sağlık ve hastalık algısını, sağlık arama davranışlarını ve sağlık hizmetini nerelerden ya da hangi koşullar altında alacağını etkilemektedir (Köroğlu ve Köroğlu 2015). Düzenli ve sürdürülebilir bir meslek düzenli bir gelir akışını sağlayarak iyi bir sağlık

arama davranışını garanti etmektedir. Güvenli bir gelir kaynağı kişinin tedavi seçimini etkilemekte ve özellikle kırsal kesimde yaşayanlar için modern sağlık tesislerine erişimi ve kaliteli yaşamı daha fazla teşvik etmektedir (Adongo ve Asaarik 2018). Bunların yanı sıra bireyin sosyal güvencesinin olup olmaması da önemli bir etken olarak gösterilebilir (Aslan ve ark 2004). Almeida ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu bir çalışmada, *"sağlık güvencesi olmayan kadınların, sağlık güvencesi olanlara kıyasla sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşadıkları ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları"* ortaya konulmuştur.

Kişilerin sahip olduğu dini inançlar da sağlık arama davranışını etkilemektedir (Köroğlu ve Köroğlu 2015). Dini inançların, sağlık için zararlı olan bazı davranışlardan kişiyi alıkoyduğu bilinen bir gerçektir. İslam dininde kişilerin alkol ve madde kullanmasının yasaklaması buna örnek olarak verilebilir (Köylü 2007). Ayrıca dini inançlar, psikolojik bir başa çıkma kaynağı olarak bireylerin ruhsal sağlığının korunmasına da yardımcı olmaktadır (Tekin 2007). Dini katılım da kişilerin sağlığı açısından oldukça önemlidir (Köylü 2007). Kişilerin inandıkları dinin gereği olarak yaptığı ibadetler hem ruh hem de beden sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Tekin (2007) tarafından yapılan bir çalışmada dini ibadetleri tam olarak yerine getiren kişilerin geleneksel iyileştiricileri daha çok tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık ve hastalık kavramlarına olan bakış açıları, algı ve tutumlar kişilerin sağlık arama davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerdendir (Aslan ve ark 2004). Kişi kendisinin herhangi bir hastalığa yakalanacağını ve bunun ciddi sonuçlar doğuracağını düşünürse yani kişinin bu yönde bir algısı bulunuyorsa kişi mevcut davranışlarının hastalığı önleme ve hastalığın ciddiyetini azaltmada faydalı olacağına daha fazla inanacaktır. Bireyin gerekli önlemleri almanın beklenen faydalarına inanarak sergilediği davranışları, bu davranışların önündeki engel ve maliyetlerden daha ağır bastığında, kişilerin sağlık risklerini azaltacağına inandıkları önlemleri alma olasılıkları daha da artacaktır (Champion ve Skinner 2008). Bunu bir örnekle açıklamak gerekirse kansere karşı savunmasız veya risk altında olduğuna inanan yani kansere duyarlı kişiler kanseri önlemek için sigarayı bırakmak, yağ oranı düşük ve lif içeriği yüksek bir diyet uygulamak, egzersiz yapmak, kansere yönelik sağlık

taramalarını ve kontrollerini yaptırmak gibi davranışlarda bulunmaya daha fazla istekli olacaktır (Redding ve ark 2000).

Bir hastalığa yatkınlığı sebebiyle kişinin sürekli beklenti içinde olması da sağlık arama davranışını etkileyebilir (Potter ve Perry 1993). Örneğin ailesinde veya yakınlarında genetik bir hastalık olması halinde birey, aynı hastalığın kendisinde de görüleceği algısına sahip olabilmektedir. Böylelikle kişi bu algısı sonucunda hastalık daha ortaya çıkmadan önce koruyucu ve önleyici sağlık arama davranışlarına yönelecektir (Tekin 2007).

Kişilerin kendilerini hasta olarak algılayıp sağlık aramaya karar vermesinde hastalık tipinin ve gözlenen belirtilerin çok büyük bir önemi bulunmaktadır. Aniden başlayan ya da şiddetli belirtilerle beraber ortaya çıkan hastalıklarda kişiler sağlık aramanın gerekliliğine daha fazla inanmaktadırlar. Genellikle kişiler şiddetli bir ağrı yaşadığı zaman ya da yüksek ateş gibi dikkat çeken belirtiler olması halinde durumu ciddi olarak algılamakta ve sağlık aramaya yönelmektedir. Bunun yanı sıra yavaş bir şekilde ilerleyen ve günlük yaşam akışını bozmayan ya da hafif belirtilerle birlikte ortaya çıkan hastalıklarda ise kişiler genellikle sağlık arama yoluna gitmemektedir (Sarı 2016).

Hastalıkla ilgili ciddiyet algıları da kişilerin sağlık arama davranışını etkilemektedir. Ciddiyet algısı; kişinin sağlık bilgi ve deneyimlerine dayanan hastalığın ciddiyeti, meydana getireceği zorluklar ya da kişinin yaşamına olan etkileri ve hastalığın olası sonuçlarıyla ilgili sahip olunan inançlardır. Örneğin çoğu kişi grip gibi solunum yolu enfeksiyonlarını çok fazla önemsemez ve dinlenmesi halinde iyileşeceğine inanır. Ancak kişide astım olması halinde o kişi için grip algısı, onun ciddi bir sağlık sorunu olabileceği yönündedir (Aydoğdu ve Bahar 2011).

Sağlık hizmet sunumuyla ilgili unsurlar da kişilerin sağlık arama davranışının belirlenmesinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu unsurlar; sağlık hizmetlerine olan uzaklık ve erişim, kişinin herhangi bir sağlık güvencesinin olup olmaması, sıra ve randevu almada ortaya çıkan sorunlar, bürokratik süreçler ve sağlık hizmetlerinin fiyatı vb. olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu unsurların kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını dolayısıyla sağlık arama davranışını etkilemektedir

(Önder 2014). Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyen unsurların azaltılması da sağlık arama davranışlarını olumlu bir şekilde etkileyecektir (Önder 2014).

Kıraç (2019) tarafından sağlık arama davranışını etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışmada sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı, sağlık kaygısı ve sağlık öz-yeterliliği gibi faktörlerin kişilerin sağlık arama davranışlarını etkilediği ortaya konulmaktadır.

Sağlık algısı, kişinin kendi sağlığına dair düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bütünüdür (Ağaçdiken ve ark 2017). Kişilerin sağlık algılarının nasıl ve ne düzeyde olduğunun bilinmesi kişiye yeni sağlık davranışlarının kazandırılmasını ya da mevcut sağlık davranışlarının değiştirilmesini sağlamak açısından oldukça önemlidir (Arıkan 2020). Kişinin sağlığıyla ilgili algı ve inançları sağlık problemlerini nasıl anlayacağını, bu problemlere yönelik nasıl bir yaklaşım sergileyeceğini etkilemekte (Dinç 2019) ve kişilerin farklı sağlık arama davranışlarına yönelmelerine ortam hazırlamaktadır (Yaman ve Atalay 2020).

Sağlık risklerinin algılanması; koruyucu önlemlerin alınması, daha sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi, sağlıkla ilgili tarama ve kontrollerin yapılması ve tıbbi bakıma erişim için bir ön koşuldur. Kişi sağlığıyla ilgili bir sorun yaşadığı zaman bunun farkına varamıyorsa sağlığını iyileştirmek için yapılması gereken davranış ve faaliyetleri yerine getiremeyecek ve sağlık hizmetinden yararlanma yoluna gidemeyecektir (Renner ve ark 2015). Sağlık konusundaki algılar kötüleştikçe insanlar daha fazla sağlık arama davranışlarında bulunmaktadır. Öztürk ve ark (2005)'nın yaptığı bir çalışmada kişilerin sağlık algılarının kötüleşmesiyle beraber geleneksel tedavi yöntemlerine başvurma sıklıklarının arttığı yine Şenol ve ark (2010)'nın yapmış oldukları bir çalışmada kötü sağlık algısına sahip olmanın sağlık hizmetleri kullanımını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık kaygısı, bireyin bedensel belirtileri yanlış bir şekilde yorumlaması ve bununla beraber ciddi bir hastalığa yakalandığı veya yakalanacağına dair yaşadığı korku ve endişelerdir (Ünalan 2014). Aşırı düzeydeki sağlık kaygısı kişilerin hastalık hastası (hipokondriyazis) olmalarına neden olabilmektedir (Eryiğit Günler 2015). Hafif düzeydeki bir sağlık kaygısı ise kişinin sağlığıyla ilgili risklerden kaçınmasına, koruyucu davranışlarda bulunmasına ve ihtiyaç halinde sağlık aramasına yardımcı

olmakta ve sağlıklı yaşam davranışlarını artırmaktadır (Şimşekoğlu 2013). Bunun yanı sıra sağlığıyla ilgili hiç kaygısı olmayan kişiler sağlık arama davranışlarında bulunmamakta bu da daha ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır (Kıraç 2019).

Sağlık okuryazarlığı kısaca sağlıkla ilgili bilgilere erişmek, bu bilgileri anlamak, değerlendirmek ve kullanabilmek amacıyla gerekli olan tüm bilgi ve yetkinliklerdir (Taş ve Akış 2016). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişiler sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgili davranışlara daha fazla önem verir (Kıyıcı 2019), sağlık durumlarını doğru bir şekilde algılayabilir, hastalıklardan nasıl korunacaklarıyla ilgili bilgi edinir ve herhangi bir sağlık sorunu karşısında nasıl bir davranış sergileyeceklerini bilirler (Çetin 2012).

Sağlık öz yeterliliği kişinin sağlıklı beslenme, sigara, alkol ve madde kullanmama, spor yapma, düzenli olarak sağlık kontrol ve taramalarını yaptırma, hastalıkla ilgili belirtileri fark etme ve tanıma, sağlık sorunlarına yönelik sağlık yardımına başvurma gibi sağlıkla ilgili davranışları yapabileceğine dair olan inancıdır (Bray ve ark 2003). Sağlık öz yeterliliği sağlık davranışlarının önemli bir belirleyicisi ve davranış değişikliği için önemli bir koşuldur (Açıkgöz Çepni 2010). Bireyin sağlığı için yararlı davranışları benimsemesini ve zararlı olan davranışlardan kaçınmasını sağlamaktadır (Aksayan ve Gözüm 1998). Sağlık öz yeterliliği yüksek olan kişiler daha fazla sağlıklı yaşam davranışları sergilemekte (Özpulat 2016), daha fazla sağlığını koruma ve hastalıklardan kaçınma eğilimi göstermektedir.

Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada; *"sağlık okuryazarlığı ve sağlık öz yeterliliğinin kişinin sağlığa verdiği önemi ve farkındalığı artırdığı, bunun da sağlık arama davranışını olumlu bir şekilde etkilediği ve sağlık okuryazarlığın artmasıyla beraber sağlık algısının ve öz yeterliliğinin arttığı ve sağlık kaygısının azaldığı böylelikle sağlık arama davranışının olumlu yönde etkilendiği"* sonucuna ulaşılmıştır.

1.3.5. Sağlık Arama Davranışı Yaklaşımları

Sağlık arama davranışı kişinin sağlığıyla ilgili olarak yaptığı davranışlardır ve bu davranışlar kişinin sağlık ve hastalıkla ilgili edindiği deneyimler, sosyo-kültürel çevresiyle girdiği etkileşimler ve daha birçok faktöre göre şekillenmektedir. Kişi sağlıklı olduğunu düşünüyorsa sağlığını korumaya yönelik, herhangi bir sağlık

sorunu olduğunu düşünüyorsa da bu sorunu çözmeye yönelik davranışlarda bulunacaktır. Kişilerin sağlık arama davranışları aynı zamanda bu davranışların altında yatan faktörleri anlayabilmek, sağlık arama davranışlarını daha fazla geliştirmek ve herhangi bir sağlık sorununa yönelik önlemler almak amacıyla bazı model ve yaklaşımlar geliştirilmiştir (Gök 2016).

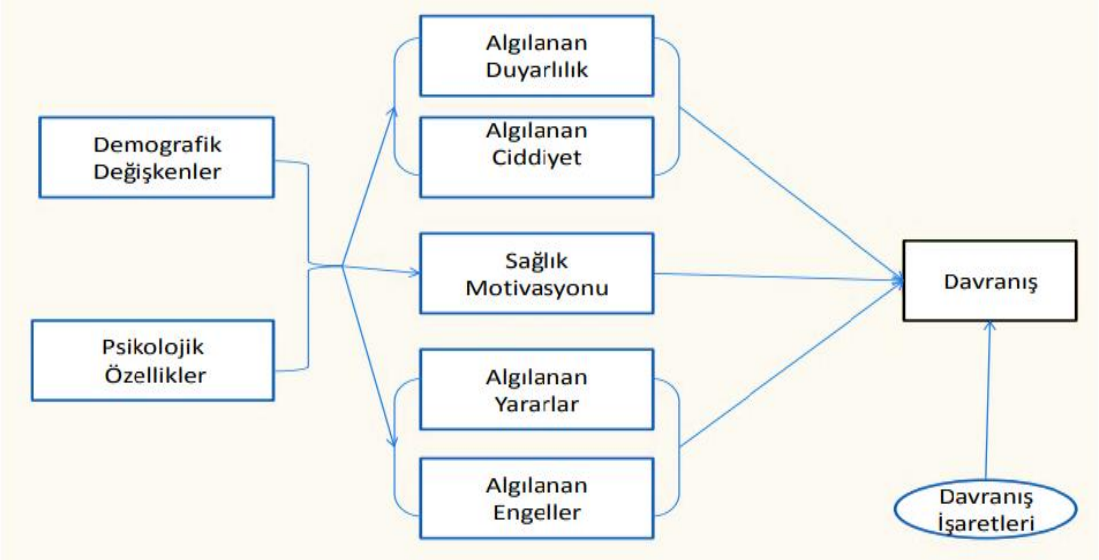
Bu modeller, kişilerin sağlık arama davranışlarını açıklamak amacıyla gerekli olduğu düşünülen, sağlık arama davranışlarını etkileyen ve sağlık hizmetlerine erişimle ilgili faktörlerin bir bileşimini kapsamaktadır (Hausmann-Muela 2012). Modeller sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık arama davranışındaki önemli değişkenlerin belirlenip ortaya konulması amacını taşımaktadır (Onyigbuo 2016). Ayrıca geliştirilen modeller, kişilerin hem mevcut hem de gelecekteki sağlık davranışına yol göstermekte aynı zamanda sağlık arama davranışlarıyla ilgili yapılan çalışmalara da yön vermektedir (Redding ve ark 2000). Sağlık arama davranışıyla ilgili çeşitli teori ve modeller geliştirilmiş olup literatür incelendiğinde en çok bilinen ve ele alınan yaklaşımlardan bazılarına çalışmada değinilecektir.

Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli 1950'li yıllarda Amerika'da bazı kişilerin sağlığını korumak için gerekli davranışları sergilerken bazı kişilerin erken tanılamadaki tarama faaliyetlerine katılımının neden yetersiz olduğunu açıklamak için Hochbaum, Kegels ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Aydoğdu ve Bahar 2011, Canbolat 2018).

Model kişilerin hastalıklardan korunmak amacıyla gerçekleştirdiği davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklamaktadır (Nahcivan ve Seçginli 2003). Daha çok kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen kişisel algıları (Brewer ve Rimer 2008) ve inançların kişilerin sağlığı üzerindeki etkilerini (Dedeli ve Fadıloğlu 2011) ele almakta ve kişilerin değer, beklenti ve inançlarının davranışları yönlendirdiği fikrine dayanmaktadır (Brewer ve Rimer 2008).

Model, kişilerin hastalıkları önlemek ve tarama faaliyetlerine katılımını sağlamak için kişiyi harekete geçirecek; *"duyarlılık, ciddiyet, bir davranışın faydaları ve engelleri, harekete geçiren ipuçları yani davranış işaretleri"* gibi unsurlar üzerine odaklanmaktadır (Champion ve Skinner 2008).



Şekil 1. 1. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model) Sheeran & Abraham, 1995

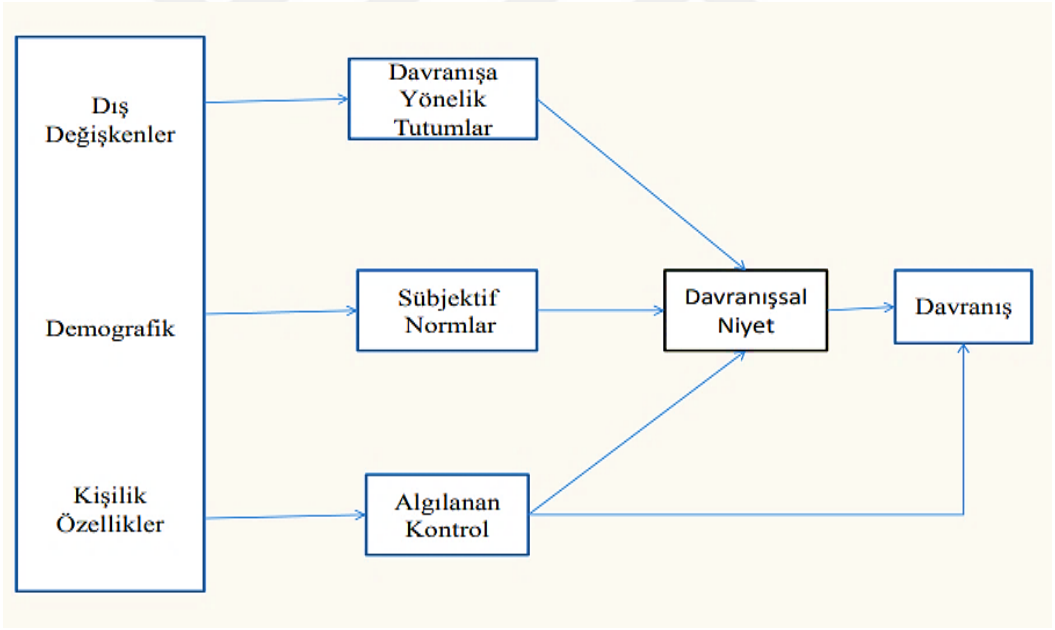
Algılanan duyarlılık, kişinin herhangi bir hastalığa yakalanma olasılığı hakkındaki inançlarını ifade ederken algılanan ciddiyet, herhangi bir hastalığa yakalanmanın doğuracağı (ölüm, sakatlık, ağrı, iş ya da aile hayatı üzerindeki olumsuz etkiler vb.) olası sonuçlarla ilgili değerlendirmeleri içermektedir (Champion ve Skinner 2008). Algılanan yarar, gösterilen davranışlar veya uygulanacak tedavi sonucunda hastalığa yakalanma olasılığının düşeceği ve tedavinin işe yarayacağına dair oluşan algıları ifade ederken algılanan engeller, kişinin sağlığıyla ilgili gösterdiği herhangi bir koruyucu davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen veya zorlaştıran unsurlarla (sigorta, erişim, maliyet vb.) ilgili algıları belirtmektedir (Aydoğdu ve Bahar 2011). Sağlık motivasyonu, kişinin sağlıklı olabilmesi için gereken davranışları oluşturulma niyetini ve isteklilik durumunu belirtmektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003). Davranış işaretleri ise kısaca davranışı tetikleyen mekanizmaları ifade etmektedir. (Aydoğdu ve Bahar 2011). Bu işaretlere örnek olarak; semptomlar, kitle iletişim araçları, kişiler arası iletişimler ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının yönlendirmeleri verilebilir (Janz ve Becker 1984).

Kişi kendisini herhangi bir hastalığa karşı duyarlı olarak görüyorsa yani herhangi bir hastalığa yakalanacağına inanıyor ve bu durumun potansiyel olarak ciddi sonuçları olacağını düşünüyorsa aynı zamanda harekete geçmenin bu hastalığa olan duyarlılık ya da hastalığın ciddiyetini azaltmada faydalı olacağına inanıyorsa ve bu fayda eylemin önündeki engellerden, maliyetlerden daha ağır basıyorsa kişilerin davranışı gerçekleştirme olasılıkları daha yüksektir (Champion ve Skinner 2008).

Planlı Davranış Teorisi

Planlı davranış teorisi Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiş olup *"kişilerin inanç, tutum, niyet ve davranışları arasında bulunan ilişkiyi"* incelemektedir (Önder 2014). Model tutumları, subjektif normları ve algılanan davranışsal kontrolü davranışsal niyetler aracılığıyla davranışa bağlayan bir nedensellik üzerine dayandırılmaktadır (Brewer ve Rimer 2008).

Niyetler, bir kişinin davranışı gerçekleştirmeye yönelik kararlarını ifade etmektedir (Conner ve Norman 2005). Modele göre davranışsal niyet üç farklı unsur tarafından belirlenmektedir. Bunlar; kişinin davranışa yönelik değerlendirilmesi olan tutumlar, kişinin davranışta bulunması gerekip gerekmediğine dair yakın çevresinin inançlarından oluşan öznel normlar ve davranışı yerine getirmenin ne ölçüde kolay-zor olduğuna dair kişinin inançlarından oluşan algılanan kontroldür (Conner ve Norman 2005).



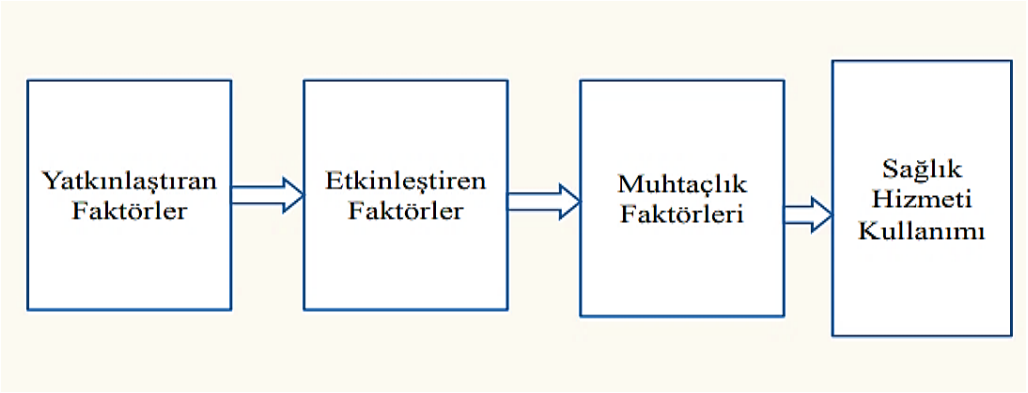
Şekil 1. 2. Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour) Conner & Sparks, 1995

Tutumlar, kişinin davranışa yönelik olumlu ve olumsuz olarak yaptığı değerlendirmeleri kapsamaktadır (Ajzen 1991). Subjektif norm, hedeflenen davranışı yerine getirip getirmemesi amacıyla kişiye çevresindeki kişiler tarafından yapılan baskıları ifade etmektedir (Conner ve Sparks 2005). Algılanan kontrol ise bireyin herhangi bir davranışı yerine getirebilme kabiliyeti olarak ifade edilmektedir (Bulduk ve ark 2015).

Teoriye göre kişi belli bir davranışa karşı olumlu bir tutum sergileniyorsa o davranışın gerçekleştirilmesi daha olasıdır. Yine bireyin çevresi herhangi bir davranış için olumlu bir tutumu sergiliyorsa o zaman bireyde çevresinden etkilenerek bu davranışı gerçekleştirme yoluna gidebilecektir. Eğer bireyin kontrol algısı yani bir davranışı yerine getirebilme yetisi yüksekse birey bu davranışı daha kolay gerçekleştirmektedir (Nunkoo ve Ramkissoon 2010). Kısaca, tutum ve subjektif norm ne kadar olumlu ve algılanan kontrol ne kadar büyükse, kişinin söz konusu davranışı gerçekleştirme niyeti de o kadar güçlü olacaktır (Ajzen ve Fishbein 2000).

Sağlık Hizmeti Kullanımında Davranışsal Model

Model, Andersen tarafından 1968 yılında sağlık hizmetlerinin kullanımını açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (Gökkaya ve Erdem 2017). Modele göre sağlık hizmeti kullanımı; kişilerin sağlık hizmeti kullanımı konusundaki eğilimlerinin, sağlık hizmeti kullanımını kolaylaştıran faktörlerin ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların bir sonucudur. Modele göre sağlık hizmetleri kullanımı yatkınlaştıran/hazırlayıcı, etkinleştiren/kolaylaştıran ve ihtiyaç/muhtaçlık faktörleri olmak üzere üç faktör tarafından şekillenmektedir. (Andersen ve Aday 1978, Andersen ve Davidson 2001).



Şekil 1. 3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (Andersen & Newman, 1973)

Yatkınlaştıran Faktörler: Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini ifade etmektedir. Bu faktörler daha çok demografik özellikler ve kişinin tutum ve inançlarını içermektedir. Bu faktörlere örnek olarak yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, yaşam tarzı, sağlık inançları ve tıbbi bakım, doktor ve hastalıklar hakkındaki tutumlar vb. verilebilir (Andersen ve Newman 2005).

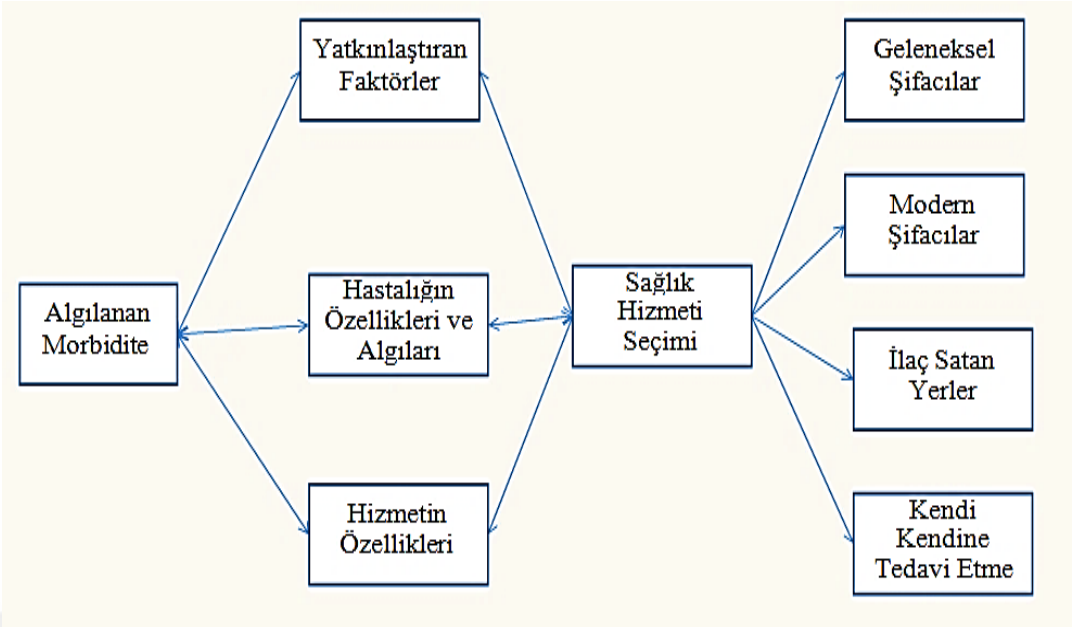
Etkinleştiren Faktörler: Kişilerin sağlık hizmeti kullanımına olanak sağlayan faktörlerdir. Bireyler sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın olsalar bile bunu yapmaları için bazı imkanların mevcut olması gerekir. Bu faktörlerle birlikte sağlık hizmet kaynakları kişilere açık hale gelmektedir. Bunlara örnek olarak; hizmetlerin kullanılabilirliği, kişinin geliri, sağlık sigortasının olup olmaması ya da kapsamı, diğer ödeme kaynaklarının varlığı, sağlık tesisleri ve personel sayısı gibi faktörler verilebilir (Andersen ve Newman 2005).

İhtiyaç Faktörleri: Bir sağlık probleminin ya da semptomların önemi ve büyüklüğü hakkındaki algılar, tıbbi yardım alma kararlarını etkilemektedir. İhtiyaç faktörleri, algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olmak üzere iki başlık altında ele alınmaktadır. Algılanan ihtiyaçlar, kişilerin kendi genel sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri ve hastalık, ağrı ve sağlık durumlarıyla ilgili endişelere nasıl tepki verdiklerini ifade ederken değerlendirilen ihtiyaçlar ise kişilerin fiziksel durumu ve tıbbi bakım ihtiyaçları hakkındaki profesyonel kararları belirtmektedir (Andersen ve Davidson 2001). Bireyin yaşadığı engellilik günlerinin sayısı, hastalığın şiddeti, belirli bir zaman diliminde bireyin yaşadığı semptomlar, hastalığa yönelik klinik değerlendirmeler, bireyin fiziksel muayenesi, tıbbi yardım arama davranışları bu faktörlere örnek olarak gösterilmektedir (Andersen ve Newman 2005).

Sosyal Davranışsal Model

Model, insanların hastalıkları nasıl algıladığı, farklı türden sağlık hizmetlerinin kullanılıp kullanılmamasıyla ilgili seçimlerin nasıl yapılacağı gibi soruları yanıtlamak amacıyla geliştirilmiştir (Kroeger 1983).

Koreger'e (1983) göre; algılanan morbidite, yatkınlaştıran faktörler, hastalığın özellikleri ve hastalık algıları ve hizmetin özellikleri birbirlerinden etkilenmekte aynı zamanda kişilerin sağlık hizmetleriyle ilgili seçimlerini de etkilemektedir. Kişilerde bu unsurların etkisiyle beraber geleneksel şifacılar, modern şifacılar, ilaçlar ve kendi kendine tedavi gibi sağlık arama yöntemlerini tercih etmektedir. Bu unsurlar;



Şekil 1. 4. Sosyal Davranışsal Model (Koreger 1983).

Yatkınlaştıran faktörler: Yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim, meslek, hane halkı büyüklüğü ve durumu, etnik grup, kültürel adaptasyon derecesi ve sosyal çevreyle olan ilişkiler.

Hastalığın özellikleri ve algıları: Kronik ya da akut hastalıklar, şiddetli ya da önemsiz hastalıklar, beklenen fayda ve tedaviler, psikolojik veya bedensel bozukluklar.

Hizmetin özellikleri: Ulaşılabilirlik, geleneksel ve modern şifacılara yönelik düşünce ve tutumlar, kabul edilebilirlik/uygunluk, kalite, iletişim ve maliyetlerdir.

1.3.6. Sağlık Arama Davranışı Yöntemleri

Kişinin sağlığıyla ilgili bir sorunu olduğunu algılayıp bunu değerlendirmesiyle beraber sağlık arama davranışlarının en son aşaması olan hastalığa yönelik tedavi arama aşamasına gelinmektedir. Kişilerin hangi sağlık arama yöntemini tercih edeceği demografik faktörler, sosyo-kültürel etmenler, ekonomik durum, sağlık ve hastalıkla ilgili algı ve tutumlar, hastalık şiddeti ve daha birçok faktör tarafından etkilemektedir. Tüm bu faktörlerin etkisi ile beraber kişi sağlık arama yöntemleriyle ilgili bir seçimde bulunmaktadır (Önder 2014). Bu seçim de geleneksel, profesyonel ve online sağlık arama yöntemi olmak üzere üç farklı sağlık arama yöntemi arasından yapılmaktadır.

Geleneksel Sağlık Arama Yöntemi

DSÖ'ne göre geleneksel yöntemler; sağlığın korunmasında, ruhsal, zihinsel ve bedensel hastalıların önlenmesinde, teşhis konulup hastalıkların tedavi edilmesinde yararlanılan farklı kültürlere ait inanç, tutum ve tecrübelere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların bir bütünüdür (WHO 2000). Geleneksel yöntem daha çok kırsal bölgelerde kuşaktan kuşağa aktarılan kişisel değerler, gelenek-görenek ve inançlar gibi kültürel öğeler sayesinde edinilen bilgi ve beceriler ile hastalıkların evde tanı ve tedavi edilmesi sürecidir (Kızılçelik 1995).

Geleneksel yöntemler nesilden nesile aktarılarak oluşturulmuş bilgiler bütünüdür (Kaplan 2010). Hastalıkların tedavisinde yalnızca bilimsel bilgi ve teknolojilerden faydalanan profesyonel yöntemlerin aksine (Kurtdaş 2013) geleneksel yöntemler alışkanlık ve deneyimlerle birlikte elde edinmekte, tedavi yöntemleri, kullanılan ürünler ve uygulamaların hemen hepsi geleneksel bilgiye ve toplumsal tecrübelere dayanmaktadır (Kaplan 2010). Bir kişinin bildiği hastalık ve bu hastalığın tedavisi toplumdaki başka kişiler tarafından da bilinmektedir. (Tekin 2007).

İnsanların yaşam sürelerinin artması, buna paralel olarak kronik ve tedavisi güç hastalıklardaki artışlar, modern teknolojilerin maliyetlerinin yüksek olması ve hastaların bunlara ulaşmada yaşadığı güçlükler, sağlık çalışanlarının hastalara gereken zamanı ayıramaması, yeni tedavi yöntemlerine karşı şüphe duyulması ve bunların olası yan etkilerinden korunmak istenmesi gibi nedenlerden dolayı geleneksel tedavi yöntemlerine ilgi duyulmaktadır (Khorshid ve Yapucu 2005, Ünal ve Dağdeviren 2019). Ancak genel olarak bakıldığında özellikle profesyonel tıbbın yetersiz kaldığı durumlarda insanlar geleneksel yöntemlerden hizmet almaya yönelmektedirler (Yüceler 2011).

Yapılan çalışmalarda geleneksel yöntemlerden daha çok, yaşlı bireylerin ve kırsal kesimde yaşayan kişilerin yararlandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum yaşlı kesimin kronik hastalıklara daha fazla yakalanması, yapılan tedavilere daha geç cevap vermesi, daha fazla bakıma ihtiyaç duymasından ve kırsal bölgede yaşayanların tıbbi imkânlarının daha kısıtlı olması ve bundan dolayı teşhis ve tedavide yaşanan aksaklıklar sonucu zarar görmelerinden kaynaklanmaktadır (Sağkal ve ark 2013). Kırsal bölgelerde geleneksel yöntemlerin daha fazla kullanılmasının

sebepleri arasında; kırsal bölgelerin muhafazakar yapısı, modern tedavi yöntemlerinin, kurumların ve sağlık profesyonellerinin faydadan çok potansiyel bir tehdit oluşturacağı şeklindeki ön yargılar ve toplumun eğitim seviyesinin düşük olması gösterilebilir (Davidson 1983). Bunların yanı sıra sağlık kurumlarına olan uzaklık, sağlık sigortasının yokluğu ve alınan hizmetlerin pahalı olması gibi durumlar da bu sebepler arasında sayılabilmektedir (Tekin 2007).

Geçmişten günümüze kadar çeşitli uygulamalarla süre gelen geleneksel yöntemler hem dünyadaki birçok ülkede hem de Türkiye'de halen kendisini önemli ölçüde hissettirmektedir (Kocabaş ve ark 2019). Dünya çapında geleneksel tıp için sürekli bir talep ve popüler bir kullanım söz konusudur (WHO 2013). Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de geleneksel yöntemlere gösterilen ilgi giderek artmaktadır (Gürün 2016). Ülkemizde buna yönelik olarak atılan en güzel adım, usulsüzce yapılan uygulamaların önüne geçmek ve tedavilerin belli eğitimlerden geçmiş kişilerce yapılmasını sağlamak amacıyla 27 Ekim 2014'de *"Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinin"* yürürlüğe girmesidir (Resmi Gazete 2014). Yönetmeliğe (Ek-3) göre ünite ve uygulama merkezlerinde yapılabilecek geleneksel tedavi yöntemleri ise: akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz ve sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi şeklinde belirtilmiştir.

Profesyonel Sağlık Arama Yöntemi

Profesyonel (Modern) tıp, 19. yüzyılda bilimdeki gelişmeler ve teknolojideki ilerlemelerle beraber başlamıştır (Kızılçelik 1995). Özellikle biyoloji ve kimya alanındaki gelişmeler, hastalıklara herhangi bir dış etkenin sebep olduğu yönündeki düşünceler profesyonel yöntemlerin gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır (Kurtdaş 2013). Kişilerin yaşam sürelerinin artması ve kronik hastalıkların daha fazla görülmesi de modern tıbba duyulan ihtiyacın giderek artmasına sebep olmuştur (Tekin 2007). İnsanlık tarihiyle birlikte başlayan hastalıklar ve bunların tedavileri modern tıbbın gelişmesiyle beraber bilimsel olarak ele alınmaya başlamıştır (Kaplan 2010).

Modern tıp neden sonuç ilişkisi içerisinde, deney ve gözlemsel kanıtlara dayalı olarak sağlık konusunda gerekli eğitimleri almış kişiler tarafından hastalığı

profesyonel bir bakış açısıyla ele alıp hastalıklara çözüm önerileri getirme ve hastalıkları klinik süreçleri ile açıklayıp tedavi etme usulleridir (Kaplan 2010, Kızılçelik 1995, Alkol 2002, Kurtdaş 2013). Profesyonel sektör resmi makamlarca onaylanmış hekim, hemşire, ebe ve fizyoterapist gibi sağlık profesyonellerinden oluşmakta (Alkoy 2002) ve her biri belirli alanlarda uzmanlaşmış kişilerden oluşan bir ekip çalışmasını gerektirmektedir (Kaplan 2010).

Modern yöntemlerin hastalıkların tedavisi açısından daha kesin ve rasyonel olması (Kızılçelik 1995), hastalıkların eğitim almış kişilerce ve bilimsel yollarla tedavi edilmesi, kullanılan yöntemlerin deney ve araştırmalara dayanarak oluşturulması gibi nedenler geleneksel yöntemlere ve uygulayıcılarına duyulan güvenin giderek azalmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda da özellikle kentlerde yaşayan kişilerce modern tıbba hızlı bir yönelme olurken, geleneksel yöntemler geri plana atılmış ve giderek kullanılmaz hale gelmiştir. Ancak modern tıbba ve hekimlere ulaşmada yaşanan zorluklar gibi nedenlerle kırsal kesimde yaşayan kişiler geleneksel tedavileri kullanmaya devam etmişlerdir (Tavukcu 2016).

Teknolojinin gelişimiyle paralel olarak modern tıp alanında geliştirilen yeni alet, cihaz, yöntem ve tekniklerin hastalıkların tanı ve tedavisini oldukça kolaylaştırması, yapılması imkansız olarak görülen operasyonların oldukça kısa bir sürede gerçekleşmesi, piyasaya sürülen ilaçların çoğu hastalığa çare olması gibi gelişmelere rağmen modern tıpta bazı hastalıkların tedavisi yapılamamaktadır (Tekin 2007). Modern tıbbın açıklayamadığı ya da tedavi edemediği bazı hastalıklara geleneksel yöntemlerle çare bulunması, geleneksel tedavilerin modern tıbbın yanında yeniden gündeme gelmesini kolaylaştırmıştır (Tavukcu 2016).

Yapılan çalışmalarda geleneksel yöntemlerin aksine modern yöntemlerin kentlerde, sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan daha gelişmiş bölgelerde yaşayan (Kızılçelik 1995), sosyal güvencesi bulunan (Tekin 2007), eğitim düzeyi daha yüksek olan kişiler tarafından (Tekin 2007, Kıraç 2019) daha fazla tercih edildiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Online (Çevrimiçi) Sağlık Arama Yöntemi

Bilişim teknolojisindeki gelişmelerle birlikte internet daha yaygın bir şekilde kullanılmaya başlamış (Tekin ve ark 2009), özellikle son yıllarda sağlıkla ilgili bilgi

arayan kişiler için oldukça önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir (Gök 2016). Bundaki en önemli etken ise internet sayesinde kişilerin bulundukları ortamlardan sağlıkla ilgili pek çok konu hakkındaki bilgiye kolaylıkla erişebilmeleridir (Tekin ve ark 2009).

Online sağlık arama davranışları daha çok sağlıkla ilgili online (internet, televizyon, online dergi ve kitaplar) olarak bilgi edinme amaçlı olarak kullanılmaktadır. Bu amaçlar arasında kişilerin sağlık durumları, hastalıkları ve ilaçlarla ilgili bilgi alması, diğer hastalarla iletişime geçmesi gösterilebilir (Ulus ve Gürgan 2011). Bunların yanı sıra sağlıkla ilgili tavsiye almak (Görkemli 2017), sağlıkla ilgili bilgi edinmek (Kilit ve Eke 2019), sağlık risk faktörleri hakkında bilgi almak, sağlıklı yaşam biçimlerini ve davranışlarını öğrenmek (Eryiğit Günler 2015), hekim ve psikolog gibi sağlık profesyonellerinin internet üzerinden verdiği danışmanlık hizmetlerinden ve tedavi önerilerinden faydalanmak gibi pek çok alanda kullanılmaktadır (Ulus ve Gürgan 2011).

Online sağlık arama yöntemlerinin kişiler açısından birçok avantajı bulunmaktadır. Bu yöntemle beraber kişiler sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla erişebilmekte, kendilerine ön tanı koyabilmekte, hekim ya da diğer hastalarla görüşerek kendi tedavilerine yönelik kararlar verebilmektedirler (Eryiğit Günler 2015). Aynı zamanda hastaların güçlenmesini sağlayarak onların sağlık bakım ve sağlığıyla ilgili kararlara aktif olarak katılmalarını sağlamakta (Tekin ve ark 2009) böylelikle kişilerin kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol ve söz hakkına sahip olmalarını mümkün kılmaktadır (Eryiğit Günler 2015).

İnternetten edinilen sağlık bilgilerine ait yapılan analizlerde, internetten sağlık bilgisine ulaşanların %56'sında kendisinin ya da bir başkasının sağlığını kontrol edebilmeleri ve yönetebilmeleri amacıyla farkındalık sağlandığı, %49'unun ise sağlıklı ve yeterli beslenme, spor yapma ve stres yönetimi gibi konularda düşünme ve davranış biçimlerini değiştirdiği ortaya konulmaktadır (PIALP 2009, akt Zülfikar 2014).

Sağlık arama davranışlarında kolay ve pratik bir yöntem olarak kullanılan online sağlık arama yönteminde edinilen bilgilerin güvenilirliği, kişilerin sağlığı açısından oldukça önemlidir (Can ve ark 2014). Ancak internetten edinilen bilgiler

her zaman güvenilir olmamakta (Eryiğit Günler 2015) bu da kişilerin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Eryiğit Günler 2015). İnternetten elde edilen bilgiler, kişilerin kendi kendine tanı koyup kendilerini tedavi etmesine ve hekimlerden uygun olmayan isteklerde bulunmasına neden olabilmektedir (Tekin ve ark 2009). Bunun yanı sıra bu olumsuzlukların en başında ise kişilerin sağlık kaygılarının artmasına neden olması gelmektedir (Baumgartner ve Hartmann 2011). Sağlık kaygısının artması, kişilerin hastalık hastası (hipokondriyazis) olmalarına sebebiyet verebilmektedir (Eryiğit Günler 2015). Hipokondriyazisin dijital bir versiyonu olan siberkondria ise sağlıkla ilgili online bilgi arayışlarıyla beraber kişilerin sağlığına ilişkin kaygılarının artmasını ifade etmektedir (Starcevic ve Berle 2013). Sürekli olarak online sağlık bilgisi aramak, sağlığıyla ilgili endişeli olan kişilerin kaygılarını daha da güçlendirerek kişinin sağlığını olumsuz etkileyecektir (Erdoğan ve Hocaoğlu 2020).

Amerika'da yapılan bir çalışmada toplumdaki internet kullanıcılarının %80'inin sağlıkla ilgili en az bir konuyu araştırdığı yani sağlıkla ilgili bilgi almak için en az bir kez interneti kullandığı (Fox 2006), yapılan bir diğer çalışmada ise Avrupa'daki internet kullanıcılarının %71'inin interneti sağlık amacıyla kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Andreassen ve ark 2007).

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen "Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırmasına" göre internet kullanan kişilerin oranı 2019'da %75,3 iken 2020 yılında %79' a yükselmiştir. 2020 TUİK verilerine göre son üç ay içinde internet kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları arasında sağlıkla ilgili bilgi arayanların oranı 2019 yılında % 69,3 iken 2020 yılında %65,4 olarak bulunmuştur. Verilere göre internetten sağlıkla ilgili bilgi arayan kadınların oranı (%67,8) erkeklerden (%63,2) daha fazla bulunmuştur (TUİK 2020).

Sarı (2016) tarafından sağlık arama davranışı ve medya üzerine yapılan bir çalışmada sağlıkla ilgili bilgi edinmek amacıyla medya araçlarının kullanım oranı %93,8 olarak ve medya araçlarının kullanımında internet %71,4 ile en çok kullanılan araç olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda internet üzerinden sağlık arama davranışının erkeklerde daha fazla olduğu, yükseköğretime sahip ve sağlık güvencesi

olmayan kişilerin internet üzerinden sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

1.4. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Kavramları

Sağlıklı yaşam; kişinin mevcut sağlık durumunu daha iyi bir hale getirmeyi amaçlayan, hastalıkları önleyen ve erken ölüm riskini düşüren bir yaşam tarzıdır (Bozkurt 2014). Sağlıklı yaşam farkındalığı ise kişinin böyle bir yaşamın farkında olması durumunu ifade etmektedir.

Sağlık arama davranışı, gerçekleşmiş ve olası sağlık sorunlarına yönelik en uygun çözümü bulmak için insanlar tarafından yerine getirilen davranışları ifade eder. Kısaca sağlık arama davranışı gerçekleşmiş sağlık sorunlarına yönelik olarak ortaya çıktığında hastalık davranışı, olası sağlık sorunlarına yönelik ortaya çıktığı zaman ise sağlık davranışı olarak kabul edilmektedir (Kıraç 2019).

Sağlık davranışı, kendisinin sağlıklı olduğuna inanan bir kişinin hastalıkları önlemek amacıyla yaptığı tüm faaliyetleri belirtirken hastalık davranışı, kendisini hasta olarak algılayan bir kişinin o hastalığı tanımlamak ve çözüm aramak amacıyla yaptığı faaliyetleri ifade etmektedir (Cockerham 2007, akt Ali ve Woldearegai 2019).

Kişilerin sağlıklı bir yaşamı sürdürebilmeleri ve sağlığını yitirmeden öncesinde ve sonrasında sağlığını korumak ve sağlık sorunlarına çözüm aramak yani sağlık arama davranışlarını gerçekleştirmeleri için kendi davranış tarzlarında değişikliğe gitmeleri son derece önemlidir. Bunun için de kişilerin belli bir farkındalık düzeyine ulaşmış olmaları gerekmektedir.

Sağlıklı yaşam farkındalığının artmasıyla birlikte kişiler; daha sağlıklı bir yaşam biçimi sergilemekte, sağlıkla ilgili olumsuz davranış tarzlarının değiştirilmesini sağlamakta, hem kendisine hem de çevresine karşı olan sağlık sorumluluğu artmakta ve sağlık arama davranışlarında bulunmaktadır (Güleç 2019). Çünkü sağlıklı yaşam farkındalığı yüksek olan bireyler sağlıklı olmayan davranışlarından vazgeçerek sağlık arama davranışlarına daha fazla yönelmektedirler. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı yaşam farkındalığı ile sağlık arama davranışlarının ilişkisini açıkça görmekteyiz.

Sağlık arama davranışlarının gerçekleştirilmesi için sağlıklı yaşam farkındalığının artırılması oldukça önemlidir. Sağlıklı yaşam farkındalığının artması kişinin hastalığa yakalanma riskini azaltmakta, sağlığını artırmakta ve kişinin yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (Corbin ve ark 2010, Oliver ve ark 2018). Sağlıklı bir yaşam tarzı kronik hastalıkları kontrol etmeye yardımcı olmakta ve kişinin hastalıktan uzak yaşanan yaşam süresini artırabilmektedir (Kumar 2017).

Sağlıklı yaşam ve sağlık arama davranışları oldukça benzerlik göstermektedir. Sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı kavramlarına baktığımızda her iki kavramında kişilerin sağlığını korumak, hastalığa yakalanma olasılığını düşürmek, olumsuz sağlık davranışlarından uzaklaşarak daha sağlıklı bir yaşam tarzı sergilemesini sağlamak gibi amaçları bulunmaktadır. Hem sağlık arama davranışı hem de sağlıklı yaşam farkındalığı temelde sağlığı korumak amacını gütmektedir. Kişilerin sağlık arama davranışlarında bulunması ise öncelikle sağlığın ve sağlıklı yaşamın farkında olmalarıyla mümkün olmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bunun yanı sıra kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarını ve sağlık arama davranışının oluşmasında ve sürdürülmesinde etkili olan faktörleri belirlemek, kişilerin sağlıkla ilgili sorunları algıladıktan sonraki süreçte sağlık arama davranışlarının nasıl olduğunu ortaya koymak ve hangi sağlık arama yöntemini tercih edeceklerini saptamak gibi konuları da kapsamaktadır.

2.2. Araştırmanın Önemi

Sağlıklı yaşam farkındalığının, bireylerin bilinçli bir şekilde sağlık arama davranışına yönelmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmayla sağlık arama davranışının sağlıklı yaşam farkındalığı ile ilişkilendirilerek incelenmesi, kişilerin hangi sağlık arama yöntemini tercih edeceklerinin saptanmasına yardımcı olması ve genel olarak sağlık sektörüne katkı sağlaması beklenmektedir. Ayrıca literatür incelendiğinde konuya ilişkin yeteri kadar bilimsel çalışmanın yapılmadığı, yapılan çalışmaların ise sınırlı olduğu görülmüştür. İlgili literatür incelendiğinde sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam farkındalığı arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışma literatürdeki bu eksikliğin giderilmesi açısından önemlilik arz etmektedir. Ayrıca gelecekte yapılacak çalışmalara yön vermesi ve literatüre katkı sağlaması açısından da önemlidir.

2.3. Araştırmanın Tipi

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Nicel araştırma verilerin derlenerek analizinin yapılmasını gerektiren çalışmalardır. Çalışmada tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Tanımlayıcı araştırmaların en belirleyici özelliği ise araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır. (Büyüköztürk ve ark 2013).

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Konya ili merkez ilçelerinde (Selçuklu, Meram, Karatay) ikamet eden 18 yaş üstü gönüllü bireylere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 1.359.251 kişiden oluşmaktadır (TÜİK 2020). Evren sayısının bilindiği durumlarda yeterli örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan, n= [n0/ (1+n0/ N)], n0= [$((t)^2$x p x q) / $(d)^2$] formülünden yararlanılarak yeterli örneklem sayısı hesaplanmıştır (Gürbüz ve Şahin 2018):

N= evrendeki birey sayısı (1.359.251)

n= örnekleme alınacak birey sayısı

p= incelenecek olayın görüş sıklığı (0,5)

q= incelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0,5)

t= belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= olayın görüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma olarak simgelenmiştir (0,05).

Formülde gerekli değerleri yerine koyduğumuzda;

n0= [$((1,96)^2$ x (0,5) x (0,5)) / $(0,05)^2$]

n0= 384,16

n= [384,16/ (1+384,16/ 1.359.251)]

n= 384

Buna göre %95 güven aralığında evreni asgari düzeyde temsil edecek örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada genellenebilirliği artırmak amacıyla 500 kişiye ulaşılmıştır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma kullanılan veri toplama aracı, araştırmada kullanılan hipotezler ve örneklemin evrenin bütününü içine almaması açılarından sınırlılıklar içermektedir. Çalışmada Konya ilindeki tüm bireylere ulaşılmamış ve çalışma sadece Konya ili merkez ilçelerinde ikamet eden 18 yaş üstü 500 kişi ile sınırlandırılmıştır. Bu açıdan sonuçlar Konya'daki tüm bireyler için genellenemez.

2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler görgül araştırma tekniğine göre elde edilmiştir. Görgül araştırmada istenen veriler anket, gözlem veya görüşme teknikleri kullanılarak elde edilmektedir (Büyüköztürk ve ark 2013). Veriler, görgül araştırma tekniğine uygun olarak anket yöntemiyle (EK-A) toplanmıştır. Çalışmada veri toplama amacıyla online (çevrimiçi) anket yöntemi kullanılmıştır. Ankette 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Katılımcıların ölçekteki ifadelere katılma durumlarını 1 ile 5 arasında puan vererek belirlemeleri istenmiştir (1=Hiç Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum).

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunda *"Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği"* ve *"Sağlık Arama Davranışı Ölçeği"* olmak üzere iki farklı ölçekten yararlanılmıştır. Anketin ilk bölümünde ankete katılan kişilerin demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb.), sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

Anket formunun ikinci kısmında kişilerin sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerini ölçmeyi sağlayan sorular yer almaktadır. Sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği Özer ve Yılmaz (2020) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek değişim, sosyalleşme, sorumluluk ve beslenme olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplamda 15 madde bulunmaktadır. Değişim alt boyutu beş madde (1-5. maddeler), sosyalleşme alt boyutu dört madde (6-9. maddeler), sorumluluk alt boyutu üç madde (10-12. maddeler) ve beslenme alt boyutu üç maddeden (13-15. maddeler) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Ölçek maddeleri 5'li Likert yöntemi ile hazırlanmış olup "Kesinlikle Katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "Katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklindedir. Ölçek için alınabilecek en düşük puan 15 ve en yüksek puan ise 75'tir. Sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı iki ayrı araştırma grubu veri setinde 0,81 ve 0,82 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin zamana karşı kararlılığının test edilmesi amacıyla ise test tekrar test güvenirlik katsayısına bakılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin geneli için test tekrar test güvenirlik katsayısı 0,85 bulunmuştur. Alt boyutların test tekrar test güvenirlik katsayıları incelendiğinde sırasıyla 0,82; 0,80; 0,83 ve 0,69 olarak hesaplandığı görülmektedir. Buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (Özer ve Yılmaz

2020). Çalışmamızda katılımcıların verdiği cevaplara göre ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçek yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur.

Anket formunun üçüncü kısmında ise kişilerin sağlık arama davranışlarını ölçmeyi sağlayan sorular yer almaktadır. Sağlık arama davranışı ölçeği Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek; online arama davranışı, profesyonel arama davranışı ve geleneksel arama davranışı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplamda 12 madde bulunmaktadır. Online sağlık arama alt boyutu altı madde (1-6. maddeler), profesyonel sağlık arama alt boyutu üç madde (7-9. maddeler) ve geleneksel sağlık arama alt boyutu üç maddeden (10-12. maddeler) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Ölçek maddeleri 5'li Likert yöntemi ile hazırlanmış olup "Kesinlikle katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "Katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklindedir. Ölçek için alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan ise 60'tır. Sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı sırasıyla 0,73; 0,72; 0,74 olarak bulunurken ölçeğin bütünü için Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısının 0,75 olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık arama davranışı ölçeğinin oldukça güvenilir bulunduğu söylenebilmektedir (Kıraç ve Öztürk 2021). Çalışmamızda katılımcıların verdiği cevaplara göre ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur.

2.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması anlık, kesitsel ve boylamsal olarak zaman bakımından ayrılmaktadır (Büyüköztürk ve ark 2013). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, 15.02.2020-10.04.2020 tarihleri arasında çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizi yapılmadan

önce normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiş, verilerin analizini yapabilmek için gereken istatistiksel testler belirlenmiştir.

Tablo 2.1. Ölçeklere Ait Normallik Testleri

Ölçekler	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Sağlık Arama Davranışı	-0,144	0,198
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	0,027	0,251

Verilerin normallik dağılımına Kurtosis-Skewness testiyle bakılmıştır. Tablo 2.1'de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı ölçeğinden elde edilen verilerin çarpıklık değeri -0,144 ve basıklık değeri 0,198 olarak bulunurken, sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğinden elde edilen verilerin çarpıklık değeri 0,027 ve basıklık değeri 0,251 olarak bulunmuştur. Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1 ile -1 aralığında olması sebebiyle ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (George ve Mallery 2010, Hair ve ark 2014). Veriler üzerinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, varyans analizi (A), t testi, pearson korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Varyans analizi sonucu anlamlı farklılık oluşan gruplar için post-hoc testleri içerisinden değişkenlerin homojenliğini gösteren Tukey HSD testi yapılmıştır.

2.9. Araştırma Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul Kararı 30.12.2020 tarihli ve 1994 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır (Ek-B). Araştırmada kullanılacak ölçekler için ölçekleri geliştiren kişilerle mail yoluyla irtibat kurularak gerekli izinler alınmıştır (Ek-C). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış olup sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-D).

2.10. Araştırmanın Hipotezleri

H_1= Katılımcıların cinsiyeti ile sağlıklı yaşam farkındalıkları arasında anlamlı bir fark vardır.

H_1= Katılımcıların cinsiyeti ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.

H_1= Katılımcıların yaşı ile sağlıklı yaşam farkındalıkları arasında anlamlı bir fark vardır.

H_1= Katılımcıların yaşı ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.

H_1= Katılımcıların gelir düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalıkları arasında anlamlı bir fark vardır.

H_1= Katılımcıların gelir düzeyi ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.

H_1= Katılımcıların sağlıklı yaşam farkındalıkları ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_1= Katılımcıların geleneksel sağlık arama davranışları ile sosyalleşme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_1= Katılımcıların geleneksel sağlık arama davranışları ile beslenme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_1= Katılımcıların online sağlık arama davranışları ile sosyalleşme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_1= Katılımcıların profesyonel sağlık arama davranışları ile sorumluluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.BULGULAR

Bu bölümde sağlık arama davranışları ve sağlıklı yaşam farkındalıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla katılımcılardan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kadın	278	55,6
Erkek	222	44,4
Yaş	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
18-25	210	42,0
26-35	87	17,4
36-45	101	20,2
46 ve üstü	102	20,4
Medeni Durum	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Bekar	237	47,4
Evli	263	52,6
Öğrenim Durumu	**Sayı (n)**	**Yüzde(%)**
İlkokul	36	7,2
Lise	70	14,0
Ön lisans	112	22,4
Lisans	238	47,6
Lisans Üstü	44	8,8
Ailenizin Gelir Durumu (TL)	**Sayı (n)**	**Yüzde(%)**
2000 ve altı	73	14,6
2001-3000	99	19,8
3001-4000	103	20,6
4001 ve üzeri	225	45,0
Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Hiç	84	16,8
1-3	259	51,8
4-6	110	22,0
7-9	24	4,8
10 ve üzeri	23	4,6
Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb.)	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Var	86	17,2
Yok	414	82,8
Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Var	261	52,2
Yok	239	47,8
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Var	100	20,0
Yok	400	80,0

Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (Devam).

Genel sağlık düzeyinizi belirtiniz	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kötü	3	0,6
Orta	110	22,0
İyi	310	62,0
Çok iyi	77	15,4
Sağlıklı beslenme düzeyinizi belirtiniz	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kötü	29	5,8
Orta	219	43,8
İyi	227	45,4
Çok iyi	25	5,0
Toplam	**500**	**100**

Tablo 3.1.'de araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %44,4'ü erkek ve %55,6'sı kadın katılımcı olmak üzere 500 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %42' si 18-25 yaş grubu, %17,4'ü 26-35 yaş arası, %20,2'si 36-45 yaş arası ve %20,4'ü 45 ve üstü yaş aralığındadır. Bekar kişi oranı %47,4 iken evli olanların oranı %52,6'dır.

Katılımcıların %7,2'si ilkokul mezunu, %14'ü lise, %22,4'ü ön lisans, %47,6'sı lisans mezunu iken %8,8'i lisansüstü eğitim seviyesindedir. Katılımcıların %14,6'sı 2000 TL ve altı, %19,8'i 2001-3000 TL arası, %20,6'sı 3001-4000 TL arası ve %45'i 4001 TL ve üstü gelir düzeyine sahiptir.

Katılımcıların %17,2'si kronik bir hastalığının olduğunu belirtirken, %82,8'i herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %52,2'si ailesinde kronik bir rahatsızlığın olduğunu belirtirken, %47,8'i ailesinde kronik bir rahatsızlığın olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %16,8'i son bir yıl içerisinde hekime hiç başvurmadığını belirtirken %51,8'i 1-3 kez başvurduğunu, %22'si 4-6 kez başvurduğunu ,%4,8'i 7-9 kez başvurduğunu ve %4,6'sı ise 10 kez ve üzerinde hekime başvurduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %20'si sürekli kullandığı bir ilaç olduğunu belirtirken, %80'i sürekli kullandığı bir ilaç olmadığını belirtmiştir. Genel sağlık düzeyini katılımcıların %0,6'sı kötü, %22'si orta, %62'si iyi ve %15,4'ü çok iyi şeklinde belirtmiştir. Sağlıklı beslenme düzeyini katılımcıların %5,8'i kötü, %43,8'i orta, %45,4'ü iyi ve %5'i ise çok iyi şeklinde belirtmiştir.

Tablo 3.2. Cinsiyet ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi.

	Cinsiyet	N	Ort	SS	t	p
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	Kadın	278	3,85	0,44	0,46	0,645
	Erkek	222	3,83	0,36		
Değişim	Kadın	278	4,17	0,50	2,62	**0,009**
	Erkek	222	4,07	0,40		
Sosyalleşme	Kadın	278	3,62	0,69	-0,66	0,507
	Erkek	222	3,66	0,65		
Sorumluluk	Kadın	278	4,01	0,54	2,07	**0,039**
	Erkek	222	3,91	0,51		
Beslenme	Kadın	278	3,46	0,81	-2,05	**0,041**
	Erkek	222	3,60	0,69		

Tablo 3.2.'de görüldüğü üzere sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları ile cinsiyet arasında yapılan t testi sonuçlarına göre sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve sosyalleşme alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Yapılan t testi sonucuna göre cinsiyet ile değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcılardan kadınların ($\bar{x}=4,17$) değişim alt boyut puanları erkeklere ($\bar{x}=4,07$) göre daha yüksek çıkmıştır. Katılımcılardan kadınların ($\bar{x}=4,01$) sorumluluk alt boyut puanları erkeklere ($\bar{x}=3,91$) göre daha yüksek çıkarken erkeklerin ($\bar{x}=3,60$) beslenme alt boyut puanları kadınlara ($\bar{x}=3,46$) göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 3.3. Medeni Durum ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi.

	Medeni Durum	N	Ort	SS	t	p
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	Evli	263	3,87	0,37	1,52	0,129
	Bekar	237	3,81	0,44		
Değişim	Evli	263	4,10	0,41	-1,31	0,189
	Bekar	237	4,15	0,51		
Sosyalleşme	Evli	263	3,73	0,64	3,44	**0,001**
	Bekar	237	3,52	0,70		
Sorumluluk	Evli	263	3,94	0,48	-1,27	0,202
	Bekar	237	4,00	0,57		
Beslenme	Evli	263	3,60	0,68	2,30	**0,022**
	Bekar	237	3,44	0,83		

Tablo 3.3.'de görüldüğü üzere sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları ile medeni durum arasında yapılan t testi sonuçlarına göre sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve değişim ve sorumluluk alt boyutları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Yapılan t testi sonucuna göre medeni durum ile sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Medeni hali evli ($\bar{x}$=3,73) olanların bekar ($\bar{x}$ =3,52) olanlara göre sosyalleşme alt boyut puanları daha yüksek olarak bulunurken evli ($\bar{x}$ =3,60) olanların beslenme alt boyut puanları da bekar ($\bar{x}$ =3,44) olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.4. Cinsiyet ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi.

	Cinsiyet	**N**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Sağlık Arama Davranışı	Kadın	278	3,34	0,55	-0,18	0,851
	Erkek	222	3,35	0,51		
Online Sağlık Arama	Kadın	278	3,05	0,78	0,54	0,589
	Erkek	222	3,01	0,79		
Profesyonel Sağlık Arama	Kadın	278	3,66	0,80	-1,90	0,057
	Erkek	222	3,78	0,69		
Geleneksel Sağlık Arama	Kadın	278	3,61	0,72	0,22	0,826
	Erkek	222	3,60	0,72		

Tablo 3.4.'de görüldüğü üzere cinsiyet ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonuçlarına göre kadın ve erkeklere göre sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 3.5. Medeni Durum ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik t Testi Analizi.

	Medeni Durum	**N**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Sağlık Arama Davranışı	Evli	263	3,38	0,55	1,55	0,121
	Bekar	237	3,31	0,51		
Online Sağlık Arama	Evli	263	3,11	0,81	2,26	**0,024**
	Bekar	237	2,95	0,75		
Profesyonel Sağlık Arama	Evli	263	3,70	0,78	-0,92	0,356
	Bekar	237	3,76	0,69		
Geleneksel Sağlık Arama	Evli	263	3,62	0,67	0,62	0,534
	Bekar	237	3,58	0,77		

Tablo 3.5.'de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları ile medeni durum arasında yapılan t testi sonuçlarına göre sağlık arama davranışı ölçeği ve profesyonel ve geleneksel sağlık arama alt boyutları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Yapılan t testi sonucuna göre medeni durum ile online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Medeni hali evli ($\bar{x}$ =3,11) olanların bekar ($\bar{x}$ =2,95) olanlara göre online sağlık arama davranışları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.6. Kronik Hastalık ile Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçekleri Arasında t Testi Analizi.

	Kronik Hastalık	**N**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	Var	86	3,88	0,43	0,90	0,367
	Yok	414	3,83	0,40		
Sağlık Arama Davranışı	Var	86	3,43	0,57	1,49	0,136
	Yok	414	3,33	0,52		

Tablo 3.6.'da görüldüğü gibi herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ile sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam farkındalığı ölçekleri arasında yapılan t testi sonuçlarına göre kronik bir rahatsızlığı olan ve kronik rahatsızlığı olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 3.7. Ailede Kronik Hastalık ile Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçekleri Arasında t Testi Analizi.

	Ailede Kronik Hastalık	**N**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	Var	261	3,84	0,42	0,08	0,933
	Yok	239	3,84	0,39		
Sağlık Arama Davranışı	Var	261	3,35	0,52	-0,10	0,916
	Yok	239	4,12	0,45		

Tablo 3.7.'de görüldüğü üzere aile bireylerinde herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ile sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam farkındalığı ölçekleri arasında yapılan t testi sonuçlarına göre ailede kronik bir rahatsızlığı olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 3.8. Sürekli İlaç Kullanımı ile Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçekleri Arasında t Testi Analizi.

	Sürekli ilaç kullanımı	N	Ort	SS	t	p
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	Var	100	3,87	0,40	0,65	0,512
	Yok	400	3,84	0,41		
Sağlık Arama Davranışı	Var	100	3,43	0,50	1,63	0,103
	Yok	400	4,13	0,46		

Tablo 3.8.'de görüldüğü üzere sürekli ilaç kullanımı ile sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam farkındalığı ölçekleri arasında yapılan t testi sonuçlarına göre sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 3.9. Yaş ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi.

	Yaş	N	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Tukey HSD)
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	18-25[1]	210	3,80	0,42	3,75	**0,010**	**3>1**
	26-35[2]	87	3,82	0,41			
	36-45[3]	101	3,96	0,39			
	46 ve üstü[4]	102	3,84	0,36			
Değişim	18-25[1]	210	4,14	0,52	2,52	0,057	
	26-35[2]	87	4,14	0,45			
	36-45[3]	101	4,19	0,39			
	46 ve üstü[4]	102	4,02	0,39			
Sosyalleşme	18-25[1]	210	3,52	0,69	5,84	**0,001**	**3>1,2**
	26-35[2]	87	3,57	0,73			
	36-45[3]	101	3,83	0,66			
	46 ve üstü[4]	102	3,73	0,56			
Sorumluluk	18-25[1]	210	3,99	0,56	1,25	0,289	
	26-35[2]	87	3,94	0,54			
	36-45[3]	101	4,02	0,55			
	46 ve üstü[4]	102	3,89	0,41			
Beslenme	18-25[1]	210	3,40	0,82	4,41	**0,004**	**3,4>1**
	26-35[2]	87	3,50	0,70			
	36-45[3]	101	3,69	0,69			
	46 ve üstü[4]	102	3,64	0,70			

Tablo 3.9.'da görüldüğü üzere sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların yaşı arasında tek yönlü anova testi yapılmıştır. Yapılan

test sonucuna göre yaş ile değişim ve sorumluluk alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Katılımcıların yaşı ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Bulunan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Teste göre sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğindeki farkın 36-45 yaş ($\bar{x}$=3,96) aralığındaki bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş ($\bar{x}$=3,80) aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı, sosyalleşme alt boyutundaki farkın 36-45 yaş ($\bar{x}$=3,83) aralığındaki bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş ($\bar{x}$=3,52) ve 26-35 yaş ($\bar{x}$=3,57) aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı ve beslenme alt boyutundaki farkın ise 36-45 yaş ($\bar{x}$=3,69) aralığındaki ve 46 yaş ve üstü ($\bar{x}$=3,64) bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş ($\bar{x}$=3,40) aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.10. Gelir Durumu ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi.

	Gelir Durumu (TL)	N	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Tukey HSD)
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	2000 ve altı[1]	73	3,77	0,43	1,94	0,122	
	2001-3000[2]	99	3,79	0,49			
	3001-4000[3]	103	3,88	0,38			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,87	0,37			
Değişim	2000 ve altı[1]	73	4,06	0,49	1,59	0,190	
	2001-3000[2]	99	4,07	0,52			
	3001-4000[3]	103	4,17	0,48			
	4001 ve üzeri[4]	225	4,15	0,41			
Sosyalleşme	2000 ve altı[1]	73	3,62	0,71	0,29	0,832	
	2001-3000[2]	99	3,58	0,78			
	3001-4000[3]	103	3,65	0,60			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,66	0,64			
Sorumluluk	2000 ve altı[1]	73	3,91	0,54	1,83	0,140	
	2001-3000[2]	99	3,92	0,57			
	3001-4000[3]	103	4,07	0,53			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,96	0,49			
Beslenme	2000 ve altı[1]	73	3,36	0,78	2,09	0,100	
	2001-3000[2]	99	3,46	0,76			
	3001-4000[3]	103	3,53	0,87			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,60	0,69			

Tablo 3.10.'da görüldüğü üzere sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların gelir düzeyi arasında tek yönlü anova testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre gelir düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve sosyalleşme, beslenme, değişim ve sorumluluk alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 3.11. Öğrenim Durumu ile Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi.

	Öğrenim Durumu	**N**	**Ort**	**SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc (Tukey HSD)**
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	İlkokul[1]	36	3,83	0,46	1,36	0,245	
	Lise[2]	70	3,90	0,47			
	Ön lisans[3]	112	3,79	0,38			
	Lisans[4]	238	3,83	0,39			
	Lisansüstü[5]	44	3,93	0,41			
Değişim	İlkokul[1]	36	4,03	0,52	2,35	0,053	
	Lise[2]	70	4,12	0,42			
	Ön lisans[3]	112	4,07	0,49			
	Lisans[4]	238	4,13	0,45			
	Lisansüstü[5]	44	4,30	0,39			
Sosyalleşme	İlkokul[1]	36	3,77	0,57	2,95	**0,020**	**2>5**
	Lise[2]	70	3,83	0,76			
	Ön lisans[3]	112	3,62	0,65			
	Lisans[4]	238	3,60	0,63			
	Lisansüstü[5]	44	3,44	0,80			
Sorumluluk	İlkokul[1]	36	3,87	0,55	0,83	0,503	
	Lise[2]	70	3,97	0,55			
	Ön lisans[3]	112	3,97	0,54			
	Lisans[4]	238	3,96	0,51			
	Lisansüstü[5]	44	4,08	0,52			
Beslenme	İlkokul[1]	36	3,54	0,92	2,85	**0,023**	**5>3**
	Lise[2]	70	3,58	0,87			
	Ön lisans[3]	112	3,36	0,78			
	Lisans[4]	238	3,53	0,69			
	Lisansüstü[5]	44	3,80	0,66			

Tablo 3.11.'de görüldüğü üzere sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların öğrenim durumu arasında tek yönlü anova testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre öğrenim durumu ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve değişim ve sorumluluk alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Test sonucunda katılımcıların öğrenim durumu ile sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur

(p<0,05). Bulunan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Teste göre sosyalleşme alt boyutundaki farkın lise mezunu ($\bar{x}$=3,83) bireylere ait ortalamaların lisansüstü mezunu ($\bar{x}$=3,44) bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı ve beslenme alt boyutundaki farkın ise lisansüstü mezunu($\bar{x}$=3,80) bireylere ait ortalamaların ön lisans mezunu ($\bar{x}$=3,36) bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.12. Yaş ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi.

	Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc (TukeyHSD)**
Sağlık Arama Davranışı	18-25[1]	210	3,30	0,50	1,32	0,267	
	26-35[2]	87	3,41	0,54			
	36-45[3]	101	3,41	0,58			
	46 ve üstü[4]	102	3,34	0,52			
Online Sağlık Arama	18-25[1]	210	2,91	0,75	3,32	**0,019**	**3>1**
	26-35[2]	87	3,13	0,78			
	36-45[3]	101	3,17	0,80			
	46 ve üstü[4]	102	3,05	0,81			
Profesyonel Sağlık Arama	18-25[1]	210	3,81	0,65	2,21	0,086	
	26-35[2]	87	3,62	0,78			
	36-45[3]	101	3,62	0,91			
	46 ve üstü[4]	102	3,76	0,66			
Geleneksel Sağlık Arama	18-25[1]	210	3,57	0,78	1,90	0,128	
	26-35[2]	87	3,74	0,60			
	36-45[3]	101	3,66	0,71			
	46 ve üstü[4]	102	3,51	0,68			

Tablo 3.12.'de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların yaşı arasında tek yönlü anova testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre yaş ile sağlık arama davranışı ölçeği ve profesyonel ve geleneksel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Test sonucunda katılımcıların yaşı ile online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Bulunan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Teste göre online sağlık arama alt boyutundaki farkın 36-45 yaş ($\bar{x}$=3,17) aralığındaki bireylere

ait ortalamaların 18-25 yaş ($\bar{x}$=2,91) aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.13. Gelir Durumu ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi.

	Gelir Durumu	N	Ort	SS	F	P	Post-Hoc (Tukey HSD)
Sağlık Arama Davranışı	2000 ve altı[1]	73	3,26	0,52	1,17	0,318	
	2001-3000[2]	99	3,34	0,52			
	3001-4000[3]	103	3,41	0,57			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,35	0,52			
Online Sağlık Arama	2000 ve altı[1]	73	2,89	0,74	1,34	0,259	
	2001-3000[2]	99	2,98	0,79			
	3001-4000[3]	103	3,04	0,85			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,09	0,76			
Profesyonel Sağlık Arama	2000 ve altı[1]	73	3,81	0,68	2,75	**0,042**	**3>4**
	2001-3000[2]	99	3,75	0,68			
	3001-4000[3]	103	3,86	0,69			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,63	0,79			
Geleneksel Sağlık Arama	2000 ve altı[1]	73	3,44	0,75	2,15	0,092	
	2001-3000[2]	99	3,66	0,75			
	3001-4000[3]	103	3,70	0,74			
	4001 ve üzeri[4]	225	3,59	0,68			

Tablo 3.13.'de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların gelir durumu arasında tek yönlü anova testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre yaş ile sağlık arama davranışı ölçeği ve online ve geleneksel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Test sonucunda profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Teste göre profesyonel sağlık arama alt boyutundaki farkın gelir durumu 3001-4000 TL ($\bar{x}$=3,86) aralığındaki bireylere ait ortalamaların geliri 4001 TL ve üzeri ($\bar{x}$=3,63) olan bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.14. Öğrenim Durumu ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Anova Testi Analizi.

	Öğrenim Durumu	N	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Tukey HSD)
Sağlık Arama Davranışı	İlkokul[1]	36	3,40	0,64	1,30	0,266	
	Lise[2]	70	3,45	0,64			
	Ön lisans[3]	112	3,28	0,59			
	Lisans[4]	238	3,35	0,44			
	Lisansüstü[5]	44	3,30	0,48			
Online Sağlık Arama	İlkokul[1]	36	3,04	0,98	0,77	0,540	
	Lise[2]	70	3,11	0,87			
	Ön lisans[3]	112	2,92	0,83			
	Lisans[4]	238	3,05	0,71			
	Lisansüstü[5]	44	3,08	0,72			
Profesyonel Sağlık Arama	İlkokul[1]	36	3,93	0,68	3,99	**0,003**	**1,2>5**
	Lise[2]	70	3,93	0,80			
	Ön lisans[3]	112	3,75	0,82			
	Lisans[4]	238	3,68	0,65			
	Lisansüstü[5]	44	3,44	0,80			
Geleneksel Sağlık Arama	İlkokul[1]	36	3,61	0,67	0,58	0,674	
	Lise[2]	70	3,64	0,81			
	Ön lisans[3]	112	3,52	0,81			
	Lisans[4]	238	3,64	0,68			
	Lisansüstü[5]	44	3,59	0,57			

Tablo 3.14.'de görüldüğü üzere sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları ile katılımcıların öğrenim durumu arasında tek yönlü anova testi yapılmıştır. Yapılan test sonucuna göre yaş ile sağlık arama davranışı ölçeği ve online ve geleneksel sağlık arama alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Test sonucunda katılımcıların öğrenim durumu ile profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Test sonucuna göre profesyonel sağlık arama alt boyutundaki farkın ilkokul ($\bar{x}=3,93$) ve lise ($\bar{x}=3,93$) mezunu bireylere ait ortalamaların lisansüstü ($\bar{x}=3,44$) mezunu bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.15. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi.

	Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı	Genel sağlık düzeyi	Sağlıklı beslenme düzeyi
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	r= 0,018 p= 0,692	**r= 0,133** p= 0,003	**r= 0,275**** p= 0,001
Değişim	r= -0,019 p= 0,669	**r= 0,152** p= 0,001	**r= 0,147**** p= 0,001
Sosyalleşme	r= 0,076 p= 0,091	r= -0,013 p= 0,764	**r= 0,129**** p= 0,004
Sorumluluk	r= -0,047 p= 0,298	**r= 0,138**** p= 0,002	**r= 0,121**** p= 0,007
Beslenme	r= 0,010 p= 0,822	**r= 0,125**** p= 0,005	**r= 0,353**** p= 0,001

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 3.15.'de görüldüğü üzere yapılan korelasyon analizine göre katılımcıların son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği (p= 0,692) ve değişim (p= 0,669), sosyalleşme (p= 0,091), sorumluluk (p= 0,298) ve beslenme (p= 0,822) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların genel sağlık düzeyi ile sosyalleşme (p= 0,764) alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Genel sağlık düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği (p= 0,003; r=0,133) ve değişim (p= 0,001; r=0,152), sorumluluk (p=0,002; r=0,138) ve beslenme (p=0,005; r=0,125) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Yapılan analizine göre katılımcıların sağlıklı beslenme düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği (p=0,001; r= 0,275) ve değişim (p=0,001; r=0,147), sosyalleşme (p=0,004; r=0,129) ve sorumluluk (p=0,007; r=0,121) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken beslenme (p=0,001; r=0,353) alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.16. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi.

	Genel sağlık düzeyi	Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı
Sağlık Arama Davranışı	r= 0,039 p= 0,384	**r= 0,119** p= 0,007
Online Sağlık Arama	r= 0,034 p= 0,448	r= 0,059 p= 0,188
Profesyonel Sağlık Arama	r= 0,070 p= 0,120	**r= 0,199** p= 0,001
Geleneksel Sağlık Arama	r= -0,030 p= 0,499	r= 0,019 p= 0,666

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 3.16.'da görüldüğü üzere yapılan korelasyon analizine göre katılımcıların genel sağlık düzeyi ile sağlık arama davranışı ölçeği (p=0,384) ve online sağlık arama (p=0,448), profesyonel sağlık arama (p=0,120) ve geleneksel sağlık arama (p=0,499) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Analizine göre son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile online sağlık arama (p=0,188) ve geleneksel sağlık arama (p=0,666) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken sağlık arama davranışı ölçeği (p=0,007; r=0,119) ve profesyonel sağlık arama (p=0,001; r=0,199) alt boyutu ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 3.17. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi.

	Sağlık Arama Davranışı	**Online**	**Profesyonel**	**Geleneksel**
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	**r= 0,458**** p= 0,001	**r= 0,411**** p= 0,001	**r= 0,334**** p= 0,001	**r= 0,115**** p= 0,010
Değişim	**r= 0,199**** p= 0,001	**r= 0,195**** p= 0,001	**r= 0,167**** p= 0,001	r= -0,006 p= 0,893
Sosyalleşme	**r= 0,514**** p= 0,001	**r= 0,473**** p= 0,001	**r= 0,278**** p= 0,001	**r= 0,203**** p= 0,001
Sorumluluk	**r= 0,260**** p= 0,001	**r= 0,200**** p= 0,001	**r= 0,251**** p= 0,001	r= 0,075 p= 0,095
Beslenme	**r= 0,241**** p= 0,001	**r= 0,209**** p= 0,001	**r= 0,226**** p= 0,001	r= 0,024 p= 0,592

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 3.17.'de görüldüğü üzere katılımcıların sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizine göre sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı ölçekleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p=0,001; r=0,458). Diğer bir ifade ile katılımcıların sağlıklı yaşam farkındalıkları arttıkça sağlık arama davranışlarının da arttığı söylenebilir.

Yapılan korelasyon analizine göre sağlıklı yaşam farkındalığı ile sağlık arama davranışı geleneksel sağlık arama alt boyutu (p=0,010; r=0,115) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve online sağlık arama (p=0,001; r=0,411) ve profesyonel sağlık arama (p=0,001; r=0,334) alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre sağlık arama davranışı ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme alt boyutu (p=0,001; r=0,514) arasında pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve değişim (p=0,001; r=0,199), sorumluluk (p=0,001; r=0,260) ve beslenme (p=0,001; r=0,241) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre sağlık arama davranışı online sağlık arama alt boyutu ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme alt boyutu (p=0,001; r=0,473) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve değişim (p=0,001; r=0,195), sorumluluk (p=0,001; r=0,200) ve beslenme (p= 0,001; r= 0,209) alt boyutları ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre sağlık arama davranışı profesyonel sağlık arama alt boyutu ile sağlıklı yaşam farkındalığı değişim (p=0,001; r=0,167), sosyalleşme (p=0,001; r=0,278), sorumluluk (p=0,001; r=0,251) ve beslenme (p=0,001; r=0,226) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon analizine göre sağlık arama davranışı geleneksel sağlık arama alt boyutu ile yalnızca sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme (p=0,001; r=0,203) alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.18. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Ölçekleri Arasında Regresyon Analizi.

Bağımlı Değişken	**Bağımsız Değişken**	**B**	**Sh**	**β**	**t**	**p**
Sağlık Arama Davranışı	**Sabit**	1,064	0,200	0,458	5,315	0,000
	Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	0,595	0,052		11,505	0,000
R= 0,458 **R^2=0,21**	**F=132,354** **p=0,000**					

Tablo 3.18'de görüldüğü üzere sağlıklı yaşam farkındalığı ile sağlık arama davranışı ölçekleri arasında regresyon analizi yapılmıştır. Sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğinin sağlık arama davranışı ölçeği üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir (R= 0,458; R^2=0,21; F=132,354; p<0,05). Analize göre sağlık arama davranışı ölçeğinde gerçekleşen değişimin %21'i sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği tarafından açıklanmaktadır. Diğer bir deyişle sağlık arama davranışı ölçeğinin % 21'inin sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğinden etkilendiğini söyleyebiliriz.

4. TARTIŞMA

Bireyler sağlık sorunları karşısında bu sorunlarını gidermek amacıyla herhangi bir sağlık arayışı içerisine girebilirler. Kişilerin sağlık bilinci, sağlık ve hastalık algıları, sağlıkla ilgili tutumları ve sağlık farkındalıkları onların sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Bu çalışma kapsamında da bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıkları ve sağlık arama davranışlarını belirleyerek bunlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmaya katılan bireyler %44,4'ü erkek ve %55,6'sı kadın katılımcı olmak üzere 500 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %42'si 18-25 yaş grubu, %17,4'ü 26- 35 yaş arası, %20,2'si 36-45 yaş arası ve %20,4'ü 45 ve üstü yaş aralığındadır. Bekar kişi oranı %47,4 iken evli olanların oranı %52,6'dır. Katılımcıların %7,2'si ilkokul mezunu, %14'ü lise, %22,4'ü ön lisans, %47,6'sı lisans mezunu iken %8,8'i lisansüstü eğitim seviyesindedir. Katılımcıların %14,6'sı 2000 TL ve altı, %19,8'i 2001-3000 TL arası, %20,6'sı 3001-4000 TL arası ve %45'i 4001 TL ve üstü gelir düzeyine sahiptir. Katılımcıların %17,2'si kronik bir hastalığının olduğunu belirtirken, %82,8'i herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %52,2'si ailesinde kronik bir rahatsızlığın olduğunu belirtirken, %47,8'i ailesinde kronik bir rahatsızlığın olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %16,8'i son bir yıl içerisinde hekime hiç başvurmadığını belirtirken %51,8'i 1-3 kez başvurduğunu, %22'si 4-6 kez başvurduğunu ,%4,8'i 7-9 kez başvurduğunu ve %4,6'sı ise 10 kez ve üzerinde hekime başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %20'si sürekli kullandığı bir ilaç olduğunu belirtirken, %80'i sürekli kullandığı bir ilaç olmadığını belirtmiştir. Genel sağlık düzeyini katılımcıların %0,6'sı kötü, %22'si orta, %62'si iyi ve %15,4'ü çok iyi şeklinde belirtmiştir. Sağlıklı beslenme düzeyini katılımcıların %5,8'i kötü, %43,8'i orta, %45,4'ü iyi ve %5'i ise çok iyi şeklinde belirtmiştir.

Cinsiyet ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Katılımcılardan kadınların değişim ve sorumluluk alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksek bulunurken erkeklerin beslenme alt boyut puanları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada cinsiyet

ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Kadınların sağlık arama davranışı, erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Yaman ve Atalay (2020) ise kadınların online ve geleneksel sağlık arama davranışlarının erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Medeni durum ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Medeni hali evli olanların bekar olanlara göre sosyalleşme ve beslenme alt boyut puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Yani evli bireylerin sosyalleşme ve beslenme düzeyleri daha yüksektir diyebiliriz. Medeni durum ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilemezken medeni durum ile online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Medeni hali evli olanlar bekar olanlara göre daha fazla online sağlık arama davranışı sergilemektedir. Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile medya aracılığıyla (online) sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Yaş ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testine göre sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğindeki farkın 36-45 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Sosyalleşme alt boyutundaki farkın 36-45 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı ve beslenme alt boyutundaki farkın ise 36-45 yaş aralığı ve 46 ve üstü yaş bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ile sağlık arama davranışı online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın 36-45 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamaların 18-25 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada yaş ile sağlık arama davranışı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Genç ve orta yaştaki bireylerin sağlık arama davranışının, yaşlı bireylere oranla daha fazla olduğu tespit edilirken bunun aksine Khraim ve Carey (2009) tarafından yapılan çalışmada ise

yaşlı kişilerin daha çok sağlık arama davranışında bulundukları sonucuna ulaşılmıştır.

Öğrenim durumu ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tukey testine göre sosyalleşme alt boyutundaki farkın lise mezunu bireylere ait ortalamaların lisansüstü mezunu bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı ve beslenme alt boyutundaki farkın ise lisansüstü mezunu bireylere ait ortalamaların ön lisans mezunu bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Öğrenim durumu ile sağlık arama davranışı ölçeği profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın ilkokul ve lise mezunu bireylere ait ortalamaların lisansüstü mezunu bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların medya aracılığı (online) ile sağlık arama davranışının anlamlı oranda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. 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.

Gelir düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yani katılımcıların gelir durumlarına göre sağlıklı yaşam farkındalıklarının değişim göstermediğini söyleyebiliriz. Gelir düzeyi ile sağlık arama davranışı ölçeği profesyonel sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bulunan farkın gelir durumu 3001-4000 TL aralığındaki bireylere ait ortalamaların geliri 4001 TL ve üzerinde olan bireylere ait ortalamalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Sarı (2016) tarafından yapılan çalışmada gelir durumu ve medya aracılığı (online) ile sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Buna karşı Yaman ve Atalay (2020) tarafından yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların gelir düzeylerine göre online ve geleneksel sağlık arama davranışlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin online sağlık arama davranışlarının düşük bireylere göre daha yüksek olduğu tespit

edilirken, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin geliri düşük bireylere göre geleneksel sağlık arama davranışlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kıraç (2019) ise gelir durumu ile sağlık arama davranışı arsında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Gelir durumu 500-1000 TL arasındaki kişilerin sağlık arama davranışı, 4000 TL ve üzerinde olanlara göre daha düşük bulmuştur.

Genel olarak baktığımızda sağlık arama davranışı ölçeğinin cinsiyet, medeni durum, yaş, gelir ve öğrenim durumu gibi değişkenlerle arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun ise ülkemizde yaşanan Covid-19 salgınından kaynaklandığı düşünülmektedir. Salgınla birlikte genç-yaşlı, kadın-erkek, evli-bekar fark etmeksizin, eğitim ve gelir durumlarına bakmaksızın hemen herkes sağlığını koruma ve sağlık arama davranışlarında daha fazla bulunmaya başlamıştır. Bu sebeple sağlık arama davranışları açısından kişiler arasında anlamlı bir fark tespit edilemediği düşünülmektedir.

Katılımcıların son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı, genel sağlık düzeyi ve sağlıklı beslenme düzeyleri ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizine göre katılımcıların son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Genel sağlık düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Genel sağlık düzeyleri iyi olan kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Sağlıklı beslenme düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve değişim, sosyalleşme, sorumluluk alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken beslenme alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Özer ve (2019) tarafından yapılan çalışmada bireylerin sağlıklı yaşam farkındalığı ile beslenme düzeyleri arasındaki pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak beslenme düzeyi iyi olan kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ve genel sağlık düzeyleri ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Genel sağlık düzeyi ile sağlık arama

davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile sağlık arama davranışı ölçeği ve profesyonel sağlık arama alt boyutu ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hekime başvuru sayısı arttıkça sağlık arama davranışı ve profesyonel sağlık arama davranışının arttığını söyleyebiliriz. Kıraç (2019) tarafından yapılan çalışmada da hekime başvuru sayısı ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki bulunurken online sağlık arama alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ve alt boyutları ile sağlık arama davranışı ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizine göre sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı ölçekleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile katılımcıların sağlıklı yaşam farkındalıkları arttıkça sağlık arama davranışlarının da arttığı söylenebilir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ile geleneksel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve online ve profesyonel sağlık arama davranışları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlık arama davranışı ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin sosyalleşme düzeyleri attıkça sağlık arama davranışlarının da yüksek oranda arttığını ve değişim, sorumluluk ve beslenme düzeyleri iyi olan kişilerin sağlık arama davranışlarının da iyi düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Online sağlık arama davranışı ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyalleşme düzeyi arttıkça online sağlık arama davranışlarının daha fazla arttığı sonucuna ulaşılabilir. Profesyonel sağlık arama davranışı ile sağlıklı yaşam farkındalığı değişim, sosyalleşme, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu

tespit edilmiştir. Geleneksel sağlık arama davranışı ile sosyalleşme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ile sağlık arama davranışı ölçekleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğinin sağlık arama davranışı ölçeği üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucuna göre sağlık arama davranışı ölçeğinde gerçekleşen değişimin %21'i sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği tarafından açıklanmaktadır. Diğer bir deyişle sağlık arama davranışlarının %21'inin sağlıklı yaşam farkındalığından etkilendiğini söyleyebiliriz.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi sadece hastalıklardan kaçınmak ya da sağlığı korumakla ilgili değildir. Kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarını artırmaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmeleri ve gerekli sağlık arama davranışlarını sergilemeleri de kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirmelerinde oldukça önemli bir paya sahiptir. Sağlık farkındalığı, kişileri sağlıkla ilgili kalıplaşmış yanlış düşünce ve davranışlardan uzaklaştırma eğiliminde olmasından dolayı kişilerin sağlıksız olan davranışlarından uzaklaşarak daha bilinçli düşünceler oluşturması ve sağlıklı davranışlar sergilemesi açısından önemli bir rol oynamaktadır.

Araştırma bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının sağlık arama davranışı ile ilişkisini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak Konya Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yaşamakta olan 500 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %44,4'ünü erkek ve %55,6'sını kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu 18-25 yaş grubu (%42) kişilerden oluşmakta ve büyük bir çoğunluğu lisans mezunudur (%47,6).

Cinsiyet ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Katılımcılardan kadınların değişim ve sorumluluk alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksek bulunurken erkeklerin beslenme alt boyut puanları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile sağlık arama davranışı ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Medeni durum ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Medeni hali evli olanların bekar olanlara göre sosyalleşme ve beslenme düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Medeni durum ile online sağlık arama davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Medeni hali evli olanlar bekar olanlara göre daha fazla online sağlık arama davranışı sergilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Yaş ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaşın ilerlemesiyle yaşanmışlık ve deneyim olgusunun artmasının kişilerin sağlıklı yaşam farkındalığını, sağlıklı

beslenme düzeyini ve sosyalleşme düzeylerini etkilediğini söyleyebiliriz. Yaş ile sağlık arama davranışı online sağlık arama alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın 36-45 yaş aralığındaki bireylerin 18-25 yaş aralığındaki bireylerden daha fazla online sağlık arama davranışında bulunmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık arama davranışı ölçeğinin cinsiyet, medeni durum, yaş, gelir ve öğrenim durumu gibi değişkenlerle arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun ise ülkemizde yaşanan Covid-19 salgınından kaynaklandığı düşünülmektedir. Salgınla birlikte kişiler sağlık arama davranışlarında daha fazla bulunmaya başlamıştır. Bu sebeple sağlık arama davranışları açısından kişiler arasında anlamlı bir fark tespit edilemediği düşünülmektedir.

Genel sağlık düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve değişim, sorumluluk ve beslenme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Genel sağlık düzeyleri iyi olan kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlıklı beslenme düzeyi ile sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeği ve değişim, sosyalleşme, sorumluluk alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken beslenme alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı ile sağlık arama davranışı ölçeği ve profesyonel sağlık arama alt boyutu ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak beslenme düzeyi iyi olan kişilerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha yüksek olduğu ve hekime başvuru sayısı arttıkça sağlık arama davranışı ve profesyonel sağlık arama davranışlarının arttığını söyleyebiliriz.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ve alt boyutları ile sağlık arama davranışı ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizine göre sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı ölçekleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile katılımcıların sağlıklı yaşam farkındalıklarının arttıkça sağlık arama davranışlarının da arttığı söylenebilir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı ile sağlık arama davranışı ölçekleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda sağlıklı yaşam farkındalığının sağlık arama davranışlarını etkilediğini söyleyebiliriz. Diğer bir deyişle sağlık arama davranışı ölçeğinin %21'inin sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğinden etkilendiğini söyleyebiliriz.

Sonuç olarak sağlıklı yaşam farkındalığı bireylerin bilinçli bir şekilde sağlık arama davranışına yönelmesiyle ilişkili bulunmuştur. Bu sebeple kişilerin sağlıklı bir yaşamı sürdürebilmeleri ve sağlığını yitirmeden öncesinde ve sonrasında sağlığını korumak ve sağlık sorunlarına çözüm aramak için kendi davranış tarzlarında değişikliğe gitmeleri son derece önemlidir. Bunun için de kişilerin belli bir farkındalık düzeyine ulaşmış olmaları gerekmektedir. Çünkü sağlıklı yaşam farkındalığı yüksek olan bireyler sağlıklı olmayan davranışlarından vazgeçerek sağlık arama davranışlarına daha fazla yönelmektedirler.

Bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının arttırılması ve böylelikle sağlık arama davranışlarına yönelmesini sağlamak için sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra ulusal ve uluslararası tüm kurum ve kuruluşların, sağlık eğitimine ve sağlık farkındalığına yönelik politikalar oluşturması gerekmektedir. Bunun yanı sıra medya aracılığı ile kişilerin sağlıklı yaşama dair farkındalıklarının artırılmasını sağlamaları önerilmektedir. İnternet, radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçları, kamu spotları, sağlık ve hastalıkla ilgili dergi, gazete ve kitap gibi yazılı medya araçları da kişilerin farkındalık düzeyini arttırmak ve kişileri sağlıklı davranışlar sergilemeye teşvik etmek amacıyla daha sık kullanılmalıdır. Bu sayede kötü yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan önlenebilir nitelikteki hastalıklar azalacak bununla birlikte sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar da azalacak bu da sağlık sistemi ve sağlık profesyonelleri üzerindeki yükü hafifletecektir. Bu konuda kişilere ise sağlık, hastalık ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda farkındalık ve eğitim programlarına katılmaları, olumsuz sağlık davranışlarından vazgeçerek olumlu sağlık davranışları sergilemeleri ve bunu sürdürülebilir kılmaları önerilmektedir. Kişilerin sağlıkla ilgili farkındalık kazanabilmeleri ise ancak onların bilinçli tercih ve davranışları ile mümkün olacaktır.

6. KAYNAKLAR

Abdo Y, 2003. A suggested program for developing health concepts among the 6th grade students of Ghaza. Unpublished MA dissertation, The Islamic University, Ghaza.

Abuduxike G, Aşut Ö, Vaizoğlu SA, Cali S, 2020. Health-seeking behaviors and its determinants: A facility-based cross-sectional study in the Turkish Republic of Northern Cyprus. International Journal of Health Policy and Management, 9,6, 240-249.

Açıkgöz Çepni S, 2010. Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı ve sağlık öz yeterliği ilişkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Adongo WB, Asaarik MJ, 2018. Health Seeking Behaviors and Utilization of Healthcare Services among Rural Dwellers in Under-Resourced Communities in Ghana. International Journal of Caring Sciences, 11,2, 840-850.

Ağaçdiken Alkan S, Özdelikara A, Mumcu Boğa N, 2017. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6,2, 11-21.

Ajzen I, Fishbein M, 2000. Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. European review of social psychology, 11,1, 1-33.

Ajzen, I. (1991). Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50,2, 179-211.

Akgül N, 2008. Sivas il merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Aksayan S, Gözüm S, 1998. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2,1, 35-42.

Al-Ahmadi A, 2003. The Level of Second Secondary Students' Health Awareness and its relation to their health attitudes in Medina. Unpublished MA dissertation, Um Al-Qura University.

Al-Amoudi H, 2007. The efficacy of a suggested health education program for developing the health among the middle stage students in Makah. Unpublished PhD dissertation, The Islamic University, Ghaza.

Ali SS, Woldearegai BT, 2019. Health Seeking Behaviour of Afar Pastoral Community. International Journal of Engineering and Advanced Technology, 8,5S3, 292-296.

Alkoy S, 2002. Ümraniye ilçesinde kişilerin sağlığı ve hastalığı açıklayışları, sağlık arama davranışları, iyileştirici sağlık hizmetlerini kullanımları, aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyetleri ve bunları etkileyen etmenler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Almeida RA, Dubay LC, Ko G, 2001. Access to care and use of health services by low-income women. Health Care Financing Review, 22,4, 27-47.

Alonazi WB, Albaiz AS, Albejaidi FM, Alenazi FZ, 2016. Health awareness among female undergraduate medical students in Saudi Arabia. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 47,1, 121- 130.

Andersen R, Aday LA, 1978. Access to medical care in the us: Realized and potential. Medical Care, 16,7, 533-546.

Andersen R, Davidson P, 2001. Improving access to care in America. In: Changing the US Health Care System. Eds: Andersen R, Rice T, Kominsky G. 2nd ed., San Francisco: Jossey-Bass, p. 3-31.

Andersen R, Newman JF, 2005. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Quarterly, 83,4, 1-28.

Andreassen HK., Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, Voss H, Wynn R, 2007. European citizens' use of e-health services: A study of seven countries. BMC Public Health, 7,53, 1-7.

Araz A, Harlak H, Meşe G, 2007. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6,2,112-122.

Arıkan A, 2020. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri arasında bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ashraah MM, Mahasneh AM, Al-Sawalmeh AA, Abusheikh AI, 2013. Health awareness among university students in Jordan. Review of European Studies, 5, 5, 197-204.

Aslan D, Boztaş G, Kılıç E, Öztürk İ, Erkan K, Günbey L, Balcı M, Akın, 2004. Bir spor merkezine kayıtlı olan kadınların sağlık-hastalık kavramları ile ilgili görüşleri ve sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13,2, 30-38.

Atkinson NL, Saperstein SL, Pleis J, 2009. Using the internet for health-related activities: Findings from a national probability sample. Journal of Medical internet Research, 11,1: e4.

Aydoğdu N, Bahar Z, 2011. Yoksul kadınlarda sağlık inancı modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4,1, 34-40.

Başgöl Ş, 2016. Pelvik taban disfonksiyonunu önleme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3,1, 57-65.

Baumgartner SE, Hartmann T, 2011. The role of health anxiety in online health information search. Cyberpsychology, behavior, and social networking, 14,10, 613-618.

Belek İ, 2009. Sağlığın politik ekonomisi sosyal devletin çöküşü, 3. Baskı, İstanbul, Yazılama Yayınevi, s.1-495.

Biswas S, 2011. Role of mass communication in health awareness _ a study of mass media strategies for urban and rural settings in Tripura. In: Chapter – I. Assam University Department of Mass Communication, p.225. http://hdl.handle.net/10603/94717.

Bozdağ G, 2016. Üniversite öğrencilerinde sağlık kontrol odağı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul.

Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N, 2012. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care, 6,1, 13-21.

Bozkurt F, 2014. Sağlıklı yaşam (wellness) pazarlamasında, kişisel değerlerle sağlığın tanımının sağlıklı yaşam tarzı üzerindeki etkisi ve bir araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Boztilki M, Ardıç E, 2017. Maneviyat ve sağlık. Journal of Academic Research in Nursing, 3,1,39-45.

Bray C, Nash K, Froman RD, 2003. Validation of measures of middle schoolers' self-efficacy for physical and emotional health, and academic tasks. Research in Nursing and Health, 26,5, 376-386.

Brewer NT, Rimer BK, 2008. Perspectives on health behavior theories that focus on individuals. In: Health behavior and health education theory, research, and practice. Glanz K, Rimer B, Viswanath K, Eds. 4nd Ed. San Francisco, Jossey-Bass p. 149-165.

Buettner P, Muller R, 2015. Epidemiology. 2.Basım, Oxford University Press.

Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E, 2015. Sağlık davranışı modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5,1, 28-34.

Bulduklu Y, 2010. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 75-85.

Can AB, Sönmez E, Özer F, Ayva G, Bacı H, Kaya HE, Uyan O, Ulusoy G, Öğütçü N, Aslan D, 2014. Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 36,4, 486-494.

Canbolat KS, 2018. Kentsel bölge toplumunun çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Carneiro I, Howard N, 2011. Introduction to epidemiology. 2.Basım, McGrawHill Education.

Champion VL, Skinner CS, 2008. The health belief model. In: Health behavior and health education theory, research, and practice. Glanz K, Rimer B, Viswanath K, Eds. 4nd Ed. San Francisco, Jossey-Bass p. 45-65.

Cirhinlioğlu Z, 2010. Sağlık Sosyolojisi. 2. Basım, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.

Clewley D, Rhon D, Flynn T, Koppenhaver S, Cook C, 2018. Health seeking behavior as a predictor of healthcare utilization in a population of patients with spinal pain. PloS One, 13,8, e0201348.

Cockerham WC, 2014. Health behavior. In Cockerham WC, Dingwall R, Quah SR (Eds.), The wiley blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd., New York, p.764-766.

Conner M, Norman P, 2005. Predicting health behaviour: A social cognition approach. In: Predicting health behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Edts: Conner M, Norman P, (2nd Ed.), Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead, p.1-27.

Conner M, Sparks P, 2005. Theory of Planned Behaviour and Health Behaviour. In: Predicting health behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Edts: Conner M, Norman P, (2nd Ed.), Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead, p.170-222.

Conseil Sante, Sofreco, Eduser, 2007. Sağlık arama davranışı araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk K, 2008. Concepts of fitness and wellness: A comprehensive lifestyle approach. 7th ed. St. Louis: McGraw-Hill.

Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk K, 2010. Concepts of fitness and wellness: A comprehensive lifestyle approach. 9th ed. St. Louis: McGraw-Hill Higher.

Coşkun N, 2019. Üniversite gençlerinin cinsel sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Çelenkoğlu AZ, 2019. Milli eğitim bakanlığı lise ve ortaokul 2018 ders müfredatlarında 'sağlıklı yaşam' kazanımlarının incelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Çetin M, 2012. Sağlıklı yaşama ve hastalıklardan korunma. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2.Baskı, İstanbul, s.1-196.

Dahlgren G, Whitehead M, 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to who-strategy paper for europe (No. 2007: 14). Institute For Futures Studies. p. 1-69.

Dahlgren G, Whitehead M, 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. background document to who-strategy paper for europe (No. 2007: 14). Institute For Futures Studies. p. 1-69.

Davidson J, 1983. The survival of traditional medicine in a peruvian barriada. Social Science & Medicine, 17,17, 1271-1280.

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, 2011. Development and evaluation of the health belief model scale in obesity. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10,5, 533-542.

Demir Avcı Y, 2016. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15,3, 259-266.

Dinç H, 2019. Masabaşı çalışanlarının sağlık algılarının boş zaman tutum ve boş zaman katılımlarına göre değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Dirican R, Bilgel N, 1993. Halk sağlığı (Toplum hekimliği). 2. Baskı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi.

Dutta-Bergman MJ, 2005. Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: The role of communicative and motivation variables. Health Communication, 17,1, 1–16.

Edlin G, Golanty E, Brown KM, 2000. Essentials for health and wellness. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Erdoğan A, Hocaoğlu Ç, 2020. Siberkondria: Bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12,4, 435-443.

Erdoğan S, Nahçivan N, Esin MN, İbrikçi S, 1994. Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni, 8,32, 28-36.

Eryiğit Günler O, 2015. Bilgi toplumunda internetin önemi ve sağlık üzerindeki etkileri. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 17,29, 33-40.

Eryiğit Günler O, 2017. Toplumsal cinsiyet bağlamında sağlık ve hastalık: Bir sağlık sosyolojisi çalışması (karaman örneği). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.

Esin MN, 1997. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Esin MN, Aktaş E, 2012. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20,2, 166-176.

Field D, 1976. The social definition of illness, an introduction to medical sociology. Edit. David Tuckett, London, Tavistock Publications, p.334-335.

Fişek NH, 1983. Halk sağlığına giriş. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2. Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

Fox S, 2006. Online health search 2006. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project, 29 October 2006. https://www.pewinternet.org/wp-content/uploads/sites/9/media/Files/Reports/2006/PIP_Online_Health_2006.pdf.pdf .

Furnham A, Forey J, 1994. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. Journal of Clinical Psychology, 50,3, 458-469.

George D, Mallery M, 2010. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17 update. Boston(10nd ed.): Pearson.

Global Spa Summit (GSS), Spas and the Global Wellness Market: Synergies and Opportunities, prepared by SRI International, May 2010.

Gochman DS, 1982. Labels, systems and motives: Some perspectives for future research and programs. Health Education Quarterly, 9,2-3, 167–174.

Gould SJ, 1990. Health consciousness and health behavior: The application of a new Health consciousness scale. American Journal of Preventive Medicine, 6,4, 228-237.

Gök GN, 2016. Medyada yer alan sağlıkla ilgili bilgilerin hastaların sağlık davranışı üzerine etkisi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Gökkaya D, Erdem R, 2017. Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 26,1, 149-184.

Görkemli N, 2017. Sağlık iletişiminde internet kullanımı üzerine bir araştırma. The Turkish Online Journal Of Design, Art and Communication, 7,1, 122-138.

Güçlü N, 2001. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21,1, 91-109.

Güleç D, 2019. Sosyal medya kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve risk faktörleri ilişkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Güleç H, 2012. Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği: Bir Ön Çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25, 140-146.

Gümüş E, 2018. Manisa Sarıgöl ilçesindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Gündüz H, 2019. Turistlerin sağlıklı beslenme bilinci ve yöresel yiyecek tercihi ilişkisinin termal otellerde incelenmesi: Afyonkarahisar örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Gürün MS. Ülkemizdeki yeni uygulamalar ile birlikte geleneksel, tamamlayıcı tıp metodları nedir? Ne değildir?. Tıbbın alternatifi olmaz: Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına hekim yaklaşımı, s.1-3, 28-29 Mayıs 2016, İstanbul.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL, 2014. Multivariate Data Analysis: London (7nd ed.): Pearson Education Limited.

Hausmann-Muela S, Muela Ribera J, Toomer E, Peeters Grietens K, 2012. The pass-model: A model for guiding health-seeking behavior and access to care research. Malaria Reports, 2, 1, 17-23.

Hettler B, 1984. Wellness: Encouraging a lifetime pursuit of excellence. Health Values, 8,4, 13-17.

Hiza HAB, Koegel, KL, Pannucci TE, 2018. Diet quality: The key to healthy eating. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 118,9, 1583- 1585.

Hong H. Scale Development for Measuring Health Consciousness: Reconceptualization. 12th Annual International Public Relations Research Conference, p.212-233, 11-14 March 2009, Miami, Florida.

House JS, 1987. Social support and social structure. Sociological Forum, 2,1, 135-146.

Hsu SY, Chang CC, Lin TT, 2016. An analysis of purchase intentions toward organic food on health consciousness and food safety with/under structural equation modeling. British Food Journal, 118,1, 200-216.

Hu CW. A new measure for health consciousness: Development of a health consciousness conceptual model. In Unpublished paper presented at National Communication Association 99th Annual Convention, November 2013, Washington,

Iqbal J, 2020. Comparison of health awareness among public and private secondary school students in district bahawalpur. Pakistan Social Sciences Review, 4,2, 638-646.

Iversen AC, Kraft P, 2006. Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? Health Education Research, 21,5, 601–610.

İnceoğlu M, 2010. Tutum, algı, iletişim, 5. Baskı, İstanbul. Beykent Üniversitesi Yayınevi.

Janz NK, Becker MH, 1984. The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly, 11,1, 1-47.

Jayanti RK, Burns AC, 1998. The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study. Journal of the Academy of Marketing Science, 26,1, 6-15.

Johnson RL, 2005, Gender differences in health-promoting lifestyles of african americans. Public Health Nursing, 22,2, 130-137.

Kandemir G, İsmail AK, 2013. Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5,4, 479-506.

Kang R, 1995. Building community capacity for health promotion: a challenge for public health nurses. Public health nursing, 12,5, 312–318.

Kaplan M, 2010. Geleneksel tıbbın yeniden üretim sürecinde kadın: Ankara kent örneğinde kuşaklar arası çalışma. Ankara, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları: 257.

Karakoç A, 2006. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Kasl SV, Cobb S, 1966. Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior: I. Health and Illness Behavior. Archives of Environmental Health: An International Journal, 12,2, 246-266.

Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC, 2008. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7,1, 59-64.

Khorshid L, Yapucu Ü, 2005. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8,2, 124-130.

Khraim FM, Carey MG, 2009. Predictors of prehospital delay among patients with acute myocardial infarction. Patient education and counseling, 75,2, 155–161.

Kılıç D, Çalışkan Z, 2013. Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2,2, 192-206.

Kılıç L, 2017. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kıraç R, 2019. Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.

Kıyıcı H, 2019. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Kızılçelik S, 1995. Kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Kızılçelik S, 1995. Kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Kilit DÖ, Eke E, 2019. Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: Isparta ili örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22,2, 401-436.

Klein T, 2007. Selecting therapies in Benin: Making choices between informal, formal, private and public health services. Africa Spectrum, 3, 461-481.

Kocabaş D, Eke E, Demir M, 2019. Sağlık hizmeti kullanımında bireylerin geleneksel ve alternatif yöntemlere ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19,1, 63-80.

Köroğlu CZ, Köroğlu MA, 2015. Sağlık arama davranışı ve sosyal belirleyicileri üzerine bir değerlendirme. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8,41,803-811.

Köylü M, 2007. Ruh sağlığı ve din: Batı toplumu açısından bir değerlendirme. On Dokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 23,23, 65-92.

Kroeger A, 1983. Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. Social Science & Medicine, 17,3, 147-161.

Kumar K, 2017. Importance of healthy life style in healthy living. Juniper Online Journal of Public Health, 2,5, 1-3.

Kurtdaş MÇ, 2013. Çalışan kadınların sağlık bilincinin sosyolojik analizi (Malatya örneği). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Elazığ.

Lafferty J, 1979. A credo for wellness. Health Education, 10,5, 10-11.

Latunji OO, Akinyemi OO, 2018. Factors influencing health-seeking behaviour among civil servants in Ibadan, Nigeria. Annals of Ibadan postgraduate medicine, 16,1, 52-60.

Leavell HR, Clark EG, 1965. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. Third Edition. Mc Graw-Hill Book Company.

Lee K, Conklin M, Cranage DA, Lee S, 2014. The role of perceived corporate social responsibility on providing healthful foods and nutrition information with health-consciousness as a moderator. International Journal of Hospitality Management, 37, 29-37.

MacKian S, 2003. A review of health-seeking behaviour: Problems and prospects. Health Systems Development Programme, University of Manchester, Manchester.

Mahgoub AT, Elkhalifa MY, Medani KA, Abdalla WM, 2014. Mother's health awareness and nutritional status of children in khartoum state-sudan. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences, 22,2, 61-68.

Mahmood SS, Iqbal M, Hanifi SMA, 2009. Health-seeking behaviour. In: Health for the Rural Masses Insights from Chakaria, Edt: Bhuiya A, Dhaka: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, p.67-93.

Mahmoud HM, Al-Nasrawi MS, Dhahir AM, 2020. The effect of electronic education on the level of health awareness and its relationship with nutritional behaviour among sports athletes age 17 or less than 20 years. Annals of Tropical Medicine & Public Health, 23,18.

Mechanic D, 1986. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. Psychological Medicine, 16,1, 1–7.

Mechanic D, 1992. Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. Social Science & Medicine, 34,12, 1345–1350.

Miller G, Foster LT, 2010. A brief summary of holistic wellness literatüre. Journal of Holistic Healthcare, 7,1, 4-8.

Mursi LA, 2005. General health & Health education. Al-Khreiji Dar for Publishing & Distribution, Riyadh, Saudi Arabia.

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. International journal of hypertension, p.1-13.

Myers JE, Sweeney, TJ, Witmer JM, 2000. The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. Journal of Counseling & Development, 78,3, 251-266.

Nahcivan NÖ, Seçginli S, 2003. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7,1, 33-38.

Nunkoo R, Ramkissoon H, 2010. Gendered theory of planned behaviour and residents' support for tourism. Current Issues in Tourism, 13,6, 525-540.

Nutbeam D, 1986. Health promotion glossary. Health Promotion International, Oxford University Press, 1,1, 113-127.

O'leiweh AA, 1999. Health in the sporting domain. Al-Ma'aref Association: Alexandria, Egypt.

Oliver MD, Baldwin DR, Datta S, 2018. Health to wellness: A review of wellness models and transitioning back to Health. The International Journal of Health, Wellness and Society, 9,1,41-56.

Onyigbuo CC, 2016. Exploring health-seeking behaviours among Nigerians in the UK: towards improved healthcare utilisation. Middlesex University, Faculty of Science and Technology, Psychology Department, PhD thesis.

Önder FO, Kurdoğlu M, Oğuz G, Özben B, Atilla S, Oral SN, 2000. Gülveren lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnütrisyon prevalansı ile olan ilişkisi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 19,1,1-5.

Önder R, 2014. Sağlık arama davranışı ve etki eden etkenler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Aydın.

Özden S, 2019. Sağlıklı gıda tüketiminde sağlık bilinci ve tutumun aracı rolünün Hayes'in process makrosu ile incelenmesi. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Özer E, 2019. Sağlıklı yaşam farkındalığı: bir ölçek geliştirme çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Özer E, Yılmaz N, 2020. Sağlıklı yaşam farkındalığı: Bir ölçek geliştirme çalışması. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies, 3,1, 47-60.

Özkan S, Yılmaz E, 2008. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3,7, 89-105.

Özkan S, 1990. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyazon psikiyatri. Klinik Psikofarmokloji Bülteni, 1,1, 10-17.

Özpulat F, 2016. Öz yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5,4, 37-44.

Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M 2005. Isparta ilinde halkın geleneksel tedavi tercihi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13,3, 179-86.

Özvarış ŞB, 2001. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara 93-4.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA, 2002. Health promotion in nursing practice, 4nd ed, New Jersey: Upper Saddle River, p. 1-352.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA, 2006. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River NJ: Pearson/Prentice Hall.

Pender NJ, Murdaugh CL. Parsons MA, 2015. Health Promotion in Nursing Practice. 7th edition, Upper Saddle River, NJ: Pearson Education/Prentice Hall.

Porta M, 2008. A dictionary of epidemiology. 5th ed, Oxford University Press, Incorporated.

Potter PA, Perry AG, 1993. Surgical client: fundamentals of nursing-concepts, process and practice. Third. Edition, St. Louis, Mosby Year Book Inc.

Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO, 2000. Health behavior models. The International Electronic Journal of Health Education, 3 (Special Issue), 180-193.

Renner B, Gamp M, Schmälzle R, Schupp HT, 2015. Health risk perception. In Wright J, (Ed.), International encyclopedia of the social and behavioral sciences, 2nd Ed., Oxford, Uk: Elsevier, p. 702-770.

Resmi Gazete, 2014. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 27.10.2014; Sayı: 29158.

Rief W, Ihle D, Pilger F, 2003. A new approach to assess illness behaviour. Journal of Psychosomatic Research, 54,5, 405-414.

Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM Keffala VJ, 2005. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain, 116,3, 311-321.

Rodgers S, Chen Q, Duffy M, Fleming K, 2007. Media usage as health segmentation variables. Journal of Health Communication, 12,2, 105–119.

Sabırcan F, 2012. Sağlık iletişimi kampanyalarının davranış değişikliği oluşturmadaki rolü: Türkiye'de son 15 yılda yapılmış olan kampanyalardan örnekler çerçevesinde bir değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E, 2013. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 27,1, 19-26.

Sarfo IA, 2015. The Power of Beliefs on Health Seeking Behavior: Implication for Therapeutic Relationships for Cardiovascular Care. European Journal of Medicine, 10,4, 195-207.

Sarı N, 2016. Sağlık arama davranışı ve medya. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş.

Sarıtürk B, Sivri N, Şeker, DZ, 2017. A study to determıne level of awareness about health and carbon footprınt among geomatıcs engıneers ın turkey. Fresenıus Envıronmental Bulletın, 26,1, 156-161.

Sezer A, 2012. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sirri L, Grandi S, 2012. Illness behavior. Advances in Psychosomatic Medicine, 32,160-181.

Sisk RJ, 2000. Caregiver burden and health promotion. International Journal of nursing studies, 37,1, 37-43.

Starcevic V, Berle D, 2013. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Expert Review of Neurotherapeutics, 13,2, 205-213.

Stoewen DL, 2015. Health and wellness. The Canadian Veterinary Journal, 56,9, 983-984.

Sürme Y, 2019. Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. Journal of International Social Research, 12,64, 525-529.

Şenol V, Çetinkaya F, Balcı E, 2010. Factors associated with health services utilization by the general population in the Center of Kayseri, Turkey. Turkiye Klinikleri J Med Sci, 30,2, 721-730.

Şentürk C, 2020. Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi kapsamında sektörler arası işbirliği çalışmaları. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Şimşekoğlu N, 2013. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce.

Taş TA, Akış N, 2016. Sağlık okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25,3,119-124.

Tatar M, 2020. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale.

Tatarlı N, 2007. Sağlık hizmetlerinde hasta tatminini etkileyen unsurlar ve sağlık sektöründe bir uygulama. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Tavukcu H, 2016. Geleneğin yeniden keşfi bağlamında halk hekimliği (Ankara kent örneği). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Tekin A, 2007. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Tekin A, 2007. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Tekin A, 2007. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Tekin A, Kaya E, Demirel M, Özbek Yazıcı Sercan, 2009. Güçlendirme bağlamında internetin hasta-hekim ilişkilerine etkisi. Selçuk İletişim, 6,1, 23-36.

Toplu E, 2019. Fitness merkezlerine gelen erkek yetişkinlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tutar H, 2008. Simetrik ve asimetrik iletişim bağlamında örgütsel algılama yönetimi. 1. Baskı Ankara, Seçkin Yayıncılık.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014. Türkiye fiziksel aktivite rehberi. 2. Baskı, Ankara, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, s.1-116.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2020. Erişim Tarihi: 16.02.2021. https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 .

Ulus T, Gürgan M, 2011. Sağlık alanında internet kullanımı ve halk sağlığı. Bozok Tıp Dergisi, 1,2, 43-46.

Umberson D, Montez JK, 2010. Social relationships and health: A flashpoint for health policy. Journal of Health and Social Behavior, 51(1_suppl), 54-66.

Ünal M, Dağdeviren HN, 2019. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. Eurasian Journal of Family Medicine, 8,1, 1-9.

Ünalan E, 2014. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Varsak S, 2018. Meslek yüksekokulu öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır.

Wade DT, Halligan PW, 2007. Social roles and long-term illness: İs it time to rehabilitate convalescence? Clinical Rehabilitation, 21, 291–298.

Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ, 1988. Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11,1, 76-90.

Ward H, Mertens TE, Thomas C, 1997. Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. Health Policy and planning, 12,1, 19-28.

WHO, 1995. A rapid assessment of health seeking behaviour in relation to sexually transmitted diseases. Draft Protocol. SEF/PRS/STD - GPA/WHO June 1995.

WHO, 2003. Health and development through physical activity and sport. World Health Organization, Geneva.

Wills J, Jackson L, 2014. Health and health promotion, içinde J. Wills (Ed.), Fundamentals of health promotion for nurses. Second Edition, John Wiley and Sons, Incorporated, s.4-20.

World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. Healthy living: What is a healthy lifestyle. Copenhagen.

World Health Organization, 2013. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. World Health Organization: Executıve Board 134th Session Provisional Agenda İtem 9.1.

World Health Organization, 1946. Multilateral Agreements, 1946-1949, 119-138.

World Health Organization, 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada.

World Health Organization, 2000. General Guidelines For Methodologies On Research And Evaluation Of Traditional Medicine. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2006. Constitution of the world health organization. Geneva.

Yakar A, 2014. Pedagojik değerler. İçinde: Farkındalık. Ed: Girgin M, 2.baskı, Ankara, Vize Yayıncılık, s.105-110.

Yetgin S, 2014. Karabük ilinde gebelerde sağlık arama davranışı ile ilgili bir araştırma. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yulu N, 2020. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yüceler A, 2011. Sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği: Kuram ve Konya ilindeki hastanelerde bir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.

Zaybak A, Fadıloğlu Ç. 2004. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20,1, 77-95.

Zülfikar H, 2014. Hastaların internet kullanımı ve elektronik ortamdaki sağlık bilgilerine erişim davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22,1, 46-52.

7. EKLER

EK-A: Anket Formu

Genel Bilgiler:
1. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek
2. Yaşınız? 1) 18-25 2) 26-35 3) 36-45 4) 46-55 5)56 ve üstü
3. Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar
4. Öğrenim durumunuz? 1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3)Lise 4) Ön-lisans 5) Lisan 6) Lisansüstü
5. Ailenizin aylık gelir durumu? 1) 500-1000 2) 1001-2000 3) 2001-3000 4) 3001-4000 5) 4001 ve üzeri
6. Son bir yıl içinde kaç defa hekime başvuru yaptınız? 1) Hiç 2) 1-3 3)4-6 4) 7-9 5)10 ve üzeri
7. Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb)? 1) var 2) yok
8. Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı? 1) var 2) yok
9. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? 1) var 2) yok
10. Genel sağlık düzeyinizi belirtiniz? 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4)Çok iyi
11. Sağlıklı beslenme düzeyinizi belirtiniz? 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4)Çok iyi

Sağlıklı Yaşam Farkındalığı	1- Hiç katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Kesinlikle katılıyorum	**Hiç katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1	Vücudumdaki fiziksel değişiklikleri fark ederim.					
2	Sağlığımda bir değişiklik yaşadığımda, bu durumu tarif edebilirim.					
3	Bana sıkıntı veren duygu ve düşüncelere sahip olduğumda, onları hemen fark ederim.					
4	Stresin bedenim üzerindeki etkisini fark ederim.					
5	Vücudumda ortaya çıkan hastalık belirtilerini fark ederim.					
6	Sosyal medyada sağlıkla ilgili paylaşımlar gördüğümde okumaya ya da izlemeye dikkat ederim.					
7	Televizyonda sağlıkla ilgili programlar veya haberler gördüğümde izlemeye dikkat ederim.					
8	Sağlıkla ilgili konuların konuşulduğu ortamlara dikkatimi veririm.					
9	Yakın çevremin sağlığım hakkında verdiği tavsiyeleri dikkatlice dinlerim					
10	Olumsuz sağlık davranışlarımın bedenimde nasıl bir etki yarattığını fark ederim.					
11	Duygu ve düşüncelerimin sağlığımı nasıl etkilediğine dikkat ederim.					

12	Sağlığıma zarar veren davranışlarda bulunduğumda, onları hemen fark ederim.					
13	Yemeğimin miktarına dikkat ederek yerim.					
14	Beslenme şeklimin sağlığım üzerindeki etkisine dikkat ederim.					
15	Kendi kendime sağlıklı ve dengeli beslenmem gerektiğini söylerim.					
Sağlık Arama Davranışı	1- Hiç katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Kesinlikle katılıyorum	**Hiç katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
Faktör1: Online sağlık arama						
1	Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım.					
2	Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim.					
3	Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.					
4	Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.					
5	Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim.					
6	Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.					
Faktör2: Profesyonel sağlık arama						
7	Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım.					
8	Hastalığımla ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.					
9	Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.					
Faktör3: Geleneksel sağlık arama						
10	Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.					
11	Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					
12	Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					

EK-C: Bilgilendirilmiş Onam

Değerli Katılımcı, Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ve Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişki: Konya Örneği" başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Bu çalışma sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anket formunun doldurulması tahminen 10 dakika sürmektedir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizin dürüst ve içten cevaplar vermeniz geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından önemlidir. Çalışmada sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece çalışma kapsamında değerlendirilecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek tüm bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve toplanan bilgiler gizli tutulacaktır. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplamayabilirsiniz. Bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmak maksadıyla kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.