

SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÜVENSİZLİĞİN SAĞLIK HİZMETİ TALEP ERTELEME DAVRANIŞINI YORDAYICI ROLÜ: İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ*

THE PREDICTIVE ROLE OF DISTRUST IN HEALTH SYSTEMS ON HEALTHCARE DEMAND PROCRASTINATION: THE CASE OF İSTANBUL PROVINCE

Dr. Öğr. Üyesi Maşide GÜRCÜ¹

Dr. Zeynep KARADAĞ²

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin bireylerin sağlık hizmetine duydukları talebi erteleme davranışı üzerindeki yordayıcı rolünün incelenmesidir. Çalışma, ilişkisel tarama modelinde, kesitsel, nicel bir araştırma olarak tasarlanmış ve İstanbul ilinde yaşayan 406 katılımcıdan elde edilen verilerle yürütülmüştür. Veriler, “Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği” ve “Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği” kullanılarak çevrim içi anket aracılığıyla toplanmıştır. Bulgular, sağlık sistemine duyulan güvensizlik düzeyinin sağlık hizmeti talep erteleme davranışını anlamlı biçimde yordadığını göstermiştir ($\beta = .260$; $p < .001$). Model anlamlı bulunmuş ($F = 32,872$; $p < .001$) ve güvensizlik değişkeni, talep erteleme davranışındaki varyansın %7,3’ünü açıklamıştır. Demografik faktörlerin kontrol edildiği çoklu regresyon analizinde ise modelin açıklayıcılık gücü %14,1’e yükselmiş olup ($R^2 = .141$), güvensizliğin erteleme davranışı üzerindeki anlamlı yordayıcı etkisi ($\beta = .241$; $p < .001$) devam etmiştir. Ayrıca, sağlık hizmeti talep erteleme davranışı; yaş, medeni durum, eğitim, gelir ve kronik hastalık gibi değişkenlere göre anlamlı farklılıklar göstermiştir. Sonuç olarak, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin bireylerin sağlık hizmeti alma davranışını olumsuz yönde yordadığı; ancak bu davranışın ekonomik, kültürel, psikolojik ve erişimle ilgili faktörlerden de etkilendiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemine Güven, Sağlık Hizmeti Erteleme, Sağlık Politikası, Sağlık Yönetimi.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12, I18.


ABSTRACT


The aim of the study is to examine the predictive role of distrust in the health system on individuals’ healthcare demand procrastination behavior. The research is designed as a quantitative study using the relational screening model, cross-sectional and conducted with 406 participants residing in İstanbul, Türkiye. Data are collected online using the Health Care System Distrust Scale and the Healthcare Demand Procrastination Scale. Findings reveal that distrust in the health system significantly predicts healthcare demand procrastination ($\beta = .260$; $p < .001$). The model is significant ($F = 32.872$; $p < .001$), and distrust explains 7.3% of the variance in procrastination behavior. In the multiple regression analysis, where demographic variables are controlled, the explanatory power of the model increases to 14.1% ($R^2 = .141$), and the significant predictive effect of distrust on procrastination behavior remains ($\beta = .241$; $p < .001$). Additionally, healthcare demand procrastination differs significantly according to age, marital status, education, income, and chronic illness. In conclusion, distrust in the health system negatively affects individuals’ healthcare-seeking behavior; however, this behavior is also influenced by economic, cultural, psychological, and accessibility-related factors.

Keywords: Trust in Health Systems, Healthcare Demand Procrastination, Health Policy, Health Management.

JEL Classification Codes: I10, I12, I18.

* Bu çalışma için Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 23/10 sayılı ve 19.03.2025 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

¹  Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Türkiye, maside.gurcu@bozok.edu.tr

²  Küçükçekmece Kaymakamlığı, Türkiye, zbaykoca@gmail.com

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam:

Sağlık sistemine duyulan güven, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim davranışlarını belirleyen temel faktörlerden biridir. Güven duygusunun zayıflaması, bireylerin sağlık hizmetlerinden kaçınmasına, tedavi süreçlerini ertelemesine ve bireysel çözüm yollarına yönelmesine neden olabilmektedir. Sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile sağlık hizmeti duyulan talebin ertelenmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olması, özellikle son yıllarda, bu konuyu güncel ve önemli hale getirmiştir. Bu araştırma, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin sağlık hizmetine olan talebi erteleme davranışı üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın temel hipotezi, sağlık sistemine güvensizliğin sağlık hizmeti talebini erteleme davranışını anlamlı bir biçimde yordadığı yönündedir. Ayrıca araştırma, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının demografik faktörlere göre farklılaşp farklılaşmadığını da incelemektedir. Bu yönüyle çalışma, sağlık sistemine duyulan güvenin sağlık davranışları üzerindeki etkisini açıklamaya ve sağlık politikaları açısından güven kavramının önemine dikkat çekmeye katkı sağlamaktadır.

Yöntem:

Araştırma, nicel araştırma yöntemiyle yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Araştırma modeli ilişki tarama desenine dayanmaktadır. Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuş, örneklem ise kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Veriler Nisan–Eylül 2025 tarihleri arasında çevrim içi anket yöntemiyle toplanmış ve 406 geçerli katılımcının verisi analiz edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır: (1) Kişisel bilgi formu, (2) Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (Rose vd., 2004; Yeşildal vd., 2020) ve (3) Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (Söyler vd., 2022). Her iki ölçek de 5’li Likert tipindedir. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 26.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Normallik varsayımı Skewness ve Kurtosis değerleri ile Kolmogorov-Smirnov testi aracılığıyla test edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, tek yönlü ANOVA, Pearson korelasyon ve basit doğrusal regresyon ve çoklu doğrusal regresyon yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p < ,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular:

Araştırmaya katılanların %70,9’u kadın, %70’i evli, %40,9’u 36-45 yaş aralığındadır. Katılımcıların %92,9’unun sosyal güvencesi vardır ve yarısının aylık gelir düzeyi 70.000 TL’nin üzerindedir. Güvenilirlik analizleri sonucunda, Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği’nin Cronbach alfa değeri ,81; Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği’nin ise ,86 olarak bulunmuş, ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri yüksek kabul edilmiştir. Normallik analizleri sonucunda, verilerin normal dağılım sağlandığı tespit edilmiş ve analizlerde parametrik testlerden yararlanılmıştır. Katılımcıların sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri, yalnızca genel sağlık kurumu tercihine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Özel hastaneleri tercih eden bireylerin sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri, kamu hastanelerini tercih edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı açısından ise medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, gelir ve kronik hastalık değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bekar bireylerin, evli bireylere göre sağlık hizmeti talep etme davranışını daha fazla erteledikleri; genç bireylerin (18-25 yaş) sağlık sorunlarını kendi başına çözmeye daha eğilimli oldukları; yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin bireysel çözüm arayışına yöneldiği belirlenmiştir. Ayrıca düşük gelirli bireylerin (≤ 30.000 TL) sağlık sorunlarını çözmek için harekete geçmeme ve sağlık kurumlarından kaçınma eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Korelasyon analizi sonuçları, sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile sağlık hizmetine olan talebin ertelenmesi davranışı arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = ,274; p < ,01$). Sağlık sistemine güvensizlik arttıkça bireylerin sağlık hizmeti talebini erteleme eğilimleri de artmaktadır. Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, sağlık sistemine güvensizlik değişkeninin sağlık hizmeti talep erteleme davranışını anlamlı bir biçimde yordadığı belirlenmiştir ($B = 0,260; p < ,001$). Modelin anlamlı olduğu ($F = 32,872; p < ,001$) ve bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %7,3’ünü açıkladığı görülmüştür. Demografik özelliklerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir) ve kronik hastalık durumunun kontrol edildiği çoklu regresyon analizinde ise güvensizliğin bağımlı değişken üzerindeki anlamlı etkisini koruduğu ($\beta = ,241; p < ,001$) ve modelin açıklayıcılık gücünün %14,1’e ($R^2 = ,141$) çıktığı saptanmıştır.

Sonuç ve Tartışma:

Araştırma sonuçları, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin bireylerin sağlık hizmeti talep etme davranışlarını olumsuz yönde yordadığını göstermektedir. Güvensizlik düzeyi arttıkça bireyler, profesyonel sağlık hizmetlerinden uzaklaşmakta, sağlık sorunlarını kendi başlarına çözmeye çalışmakta veya tedavi sürecini ertelemektedir. Bununla birlikte modelin açıklama oranının sınırlı olması, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yalnızca güven değişkeniyle açıklanamayacağını, ekonomik, kültürel, psikolojik ve erişimle ilgili unsurların da bu süreçte etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu olup (Kıraç, 2024; Söyler, 2024; Çağatay, 2024), sağlık sistemine güvenin sağlık hizmetlerine erişimde belirleyici bir faktör olduğunu desteklemektedir. Özellikle düşük gelirli, genç, bekar ve kronik hastalığı bulunmayan bireylerin sağlık hizmetini erteleme eğilimlerinin daha yüksek olması, sağlık politikalarının bu riskli gruplara yönelik olarak yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, sağlık sistemine güvenin güçlendirilmesi bireylerin sağlık hizmeti kullanımını artıracak ve toplumun genel sağlık düzeyini olumlu yönde etkileyecektir. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında şeffaflık, hesap verebilirlik ve adalet ilkelerinin güçlendirilmesi, hasta-çalışan iletişiminin iyileştirilmesi ve erişim kolaylığının sağlanması güvenin yeniden inşasında kritik öneme sahiptir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda boylamsal çalışmaların ve nitel veri toplama yöntemlerinin kullanılması, sağlık sistemine ilişkin güven duygusu ve sağlık hizmetine yönelik talebin ertelenmesi arasındaki ilişkinin daha derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Trust in the health system is one of the fundamental factors determining individuals' access to and utilization of healthcare services. The weakening of this trust can lead individuals to avoid healthcare institutions, postpone necessary treatments, or seek personal and alternative solutions. In recent years, the number of studies examining the relationship between distrust in health systems and healthcare demand procrastination has been limited, which makes this topic both current and important. The present study aims to determine the predictive role of distrust in the health system on individuals' healthcare demand procrastination behavior. The main hypothesis of the study is that distrust in the health system significantly predicts healthcare demand procrastination. In addition, the study investigates whether healthcare demand procrastination behavior differs according to demographic characteristics. In this respect, the research contributes to explaining the role of trust in shaping health-related behaviors and highlights the importance of the trust factor for the development of effective health policies.

Design/methodology/approach:

The research is conducted as a cross-sectional and quantitative study based on the relational screening model. The study population consisted of individuals aged 18 years and over residing in İstanbul, Türkiye, while the sample is determined through convenience sampling. Data were collected between April and September 2025 via an online questionnaire, and 406 valid responses are included in the analysis. The data collection tool consists of three sections: (1) a Personal Information Form, (2) the *Health Care System Distrust Scale* (Rose et al., 2004; adapted to Turkish by Yeşildal et al., 2020), and (3) the *Healthcare Demand Procrastination Scale* (Söyler et al., 2022). Both scales are 5-point Likert-type instruments. Data analysis is performed using SPSS 26.0. Normality is tested by examining Skewness-Kurtosis values and the Kolmogorov-Smirnov test. Descriptive statistics, independent samples t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation, and simple and multiple linear regression analyses are used. The level of significance is set at $p < .05$.

Findings:

Of the 406 participants, 70.9% are female, 70% are married, and 40.9% are between 36 and 45 years old. Nearly all participants (92.9%) have social security, and half reports a household income of more than 70,000 TL per month. Reliability analyses reveal high internal consistency coefficients for both scales ($\alpha = .81$ for the Health Care System Distrust Scale and $\alpha = .86$ for the Healthcare Demand Procrastination Scale). Normality assumptions are met; therefore, parametric tests are applied. Results indicate that the level of distrust in the health system differ significantly only by the type of preferred healthcare institution. Individuals who prefer private hospitals exhibit higher levels of distrust compared to those preferring public hospitals. Regarding healthcare demand procrastination, significant differences are found based on marital status, age, education, income, and chronic illness. Single individuals score higher than married ones in general procrastination, *self-solution seeking*, and *inaction* sub-dimensions. Younger individuals (18–25 years old) are more likely to delay seeking professional care and to try solving health problems independently. Participants with higher education levels show greater tendencies toward self-treatment and information-seeking behavior. Additionally, low-income individuals ($\leq 30,000$ TL) demonstrate higher levels of avoidance and inaction toward healthcare institutions. Pearson correlation analysis reveal a weak but significant positive relationship between distrust in the health system and healthcare demand procrastination ($r = .274$; $p < .01$). In other words, as distrust increases, individuals' tendency to postpone healthcare utilization also rises. Simple linear regression results confirm that distrust in the health system significantly predict healthcare demand procrastination ($B = 0.260$; $p < .001$). The model is statistically significant ($F = 32.872$; $p < .001$) and explain 7.3% of the variance in procrastination behavior ($R^2 = .073$). Furthermore, the multiple regression analysis, which control for demographic characteristics and chronic illness, reveal that the explanatory power of the model increases to 14.1% ($R^2 = .141$) and distrust remains as a significant predictor ($\beta = 0.241$; $p < .001$).

Conclusion and Discussion:

The findings of the study indicate that distrust in the health system negatively affects individuals' healthcare-seeking behaviors. As distrust increases, individuals tend to move away from professional medical services, seek personal remedies, or delay medical treatment. However, the limited explanatory power of the model suggests that procrastination behavior cannot be explained solely by distrust; rather, economic, cultural, psychological, and accessibility-related factors also play a role. These results are consistent with previous research (Kıraç, 2024; Söyler, 2024; Çağatay, 2024), which emphasize that trust is a significant determinant of healthcare utilization. Furthermore, the higher levels of procrastination observed among younger, single, low-income, and non-chronic patients highlight the need to design health policies that target these risk groups. In conclusion, strengthening trust in the health system is a strategic necessity that can enhance not only individual healthcare-seeking behavior but also the overall health status of society. Improving transparency, accountability, and fairness in healthcare institutions, ensuring effective patient-provider communication, and facilitating easier access to healthcare services would contribute to rebuilding public trust. Future research should employ longitudinal designs and mixed methods to explore in greater depth the multidimensional relationship between distrust in the health system and healthcare demand procrastination.

1. GİRİŞ

Güven, sağlık hizmetlerinde her geçen gün daha önemli ve ölçülebilir bir kavram olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde güven ve güvensizlik kavramları sağlık sisteminin hedeflerini de içinde alan çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilmektedir (Schenker vd., 2012, s. 3). Sağlık hizmetlerine duyulan güvenin azalması hizmet talep edenlerin davranışlarını çeşitli şekillerde etkileyebilmektedir. Bu davranışlar bir sağlık hizmeti almadan önce farklı hekimlerden görüşler almak ya da en iyi sağlık tesisini belirlemeye çalışmak şeklinde olabilir. Bu süreçte bireyler emek, zaman ve finansal kayıplara katlanabilirler. Güvensizlik düzeyi yüksek hastaların sağlık hizmetlerinden kaçınma olasılıklarının daha yüksek, tedaviye katılım ve sürdürme olasılıkları daha düşük olarak olabilmektedir (Armstrong vd., 2006, s. 292). Nitekim Covid 19 pandemisi sırasında yaşanan aşı tereddütü büyük bir tartışma konusu haline gelmiştir. Bu konuda yapılan araştırma sonuçları sağlık hizmetlerine duyulan güvensizliğin aşı tereddütü konusunda önemli faktörlerden biri olduğunu ortaya koymuştur (Fadda vd., 2020, s. 712; Biasio vd., 2021, s. 1304; Turhan vd., 2021, s. 154).

Bireyler doğru zamanda sağlık hizmet talebinde bulunmamanın önemini bilmelerine rağmen, çeşitli gerekçelerle ve gönüllü olarak gerekli tıbbi tedavileri erteleyebilirler. Sağlık hizmeti talebinde erteleme, bireylerin belirgin ihtiyaçlara rağmen tıbbi bakım aramanın ertelenmesiyle karakterize edilir (Uzun ve Akın, 2024). Bu tür bir erteleme davranışı, bireylerin sağlık sonuçları üzerinde doğrudan etkisi olan çok boyutlu bir kavramdır (Shareinia vd., 2022, s. 1510).

Bireylerin sağlık sistemine güven düzeylerinin belirlenmesi, güven düzeyinin düşük olması durumunda sebeplerinin araştırılması ve gerekli iyileştirilmelerin yapılması önem taşımaktadır. Bir diğer önemli husus ise güvensizlik neticesinde sağlık hizmet taleplerinin ertelenip ertelenmemesi durumunun tespit edilmesidir. Çünkü sağlık hizmetinin ihtiyaç duyulan zamanda karşılanmaması, erken tanı ve tedavi gerektiren durumların ertelenmesi ve kronik hastalıkların yönetimi bakımından, bireyin ve toplumun sağlığı için olumsuz sonuçlar doğuracaktır (Bea vd., 2023, s. 1317; Ratnapradipa vd., 2023, s. 5-7; Shareinia vd., 2022, s. 50-52; Uzun ve Akın, 2024, s. 50). Bu nedenle mevcut araştırmanın literatüre önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, son yıllarda sağlık sistemine duyulan güven algısı ve sağlık hizmeti talebinin ertelenmesi konusunda ayrı ayrı araştırmaların yapılmaya başlandığı görülmektedir. Bu her iki boyutun bir arada ele alındığı çalışmalar literatürde sınırlı düzeydedir. Mevcut araştırmanın literatürdeki bu boşluğa katkı sağlaması beklenmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Sistemine Güvensizlik

Sağlık alanında ortaya çıkan gelişmelerin bir sonucu olarak hastaların bilinç düzeyleri artmış, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki bilgi asimetrisi azalmaya başlamıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetini tüketen bireyler aldıkları hizmeti sorgulamakta ve sürece daha fazla dahil olmaktadır (Diğer ve Ardıç, 2023, s. 1519). Bu durum, sağlık hizmeti alanların sağlık sistemine olan güven ya da güvensizliklerini ve güven/güvensizliğin bireylerin sağlık davranışlarına yansımalarını daha ilgi çekici hale getirmiştir. Shea ve arkadaşları sağlık sistemlerine güvensizliği bireylerin sağlık sistemi içinde yer alan hastaneler, sigorta şirketleri ve ilaç şirketleri gibi kurumlara duydukları güven biçimini yansıtan bir kavram olarak açıklamışlardır (Shea vd., 2008, s. 728-729). Diğer bir ifade ile insanlar sağlık hizmet sunucularının adil, etik, şeffaf ve etkili olduğuna inanmamaları sağlık sistemine karşı güvensizlikle sonuçlanabilir. Bu güvensizlik; alınan tedavinin ya da test sonuçlarının doğru olup olmaması, kullanılan malzemenin kalitesi, tedavinin zamanında alınıp alınmaması gibi birçok şüpheli içinde barındırabilir. Rose ve arkadaşları sağlığa erişimde yaşanan aksaklıklar, tıbbi araştırmalarda etik ihlallerin yapılması, tıbbi hatalar ve sağlık sunucular dışındakilerin kişilerin sağlık bilgilerine erişimin sağlık sistemine duyulan güvene zarar verdiğini ifade etmişlerdir (Rose vd., 2004, s. 60-61). Uluslararası literatürde sağlık sistemine yönelik güven, yalnızca bireyler arası (örneğin hekim-hasta) ilişkilerle sınırlı olmayıp, sağlık sisteminin işleyişine ve kurumsal yapısına duyulan güveni de kapsayan daha geniş bir olgu olarak ele alınmaktadır (Gille vd., 2015, s. 62-63). Sisteme yönelik güven düzeyi, sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerinde belirleyici bir rol oynamakta; düşük güven düzeyleri ise bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını azaltabilmektedir (Hall vd., 2001, s. 619-621; Musa vd., 2009, s. 1296-1298).

Sağlık hizmetlerinde talebi belirleyen faktörler ve talebin ertelenmesine neden olan faktörler son yılların en çok dikkat çeken araştırma alanları olmuştur. Sağlık hizmetlerinde ertelenen talepler bir taraftan hastalıkların teşhis ve tedavisinde gecikmelere neden olabileceği gibi diğer taraftan tedavi maliyetlerinin artmasına neden olacaktır. Sağlık politikalarının belirlenmesi ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir biçimde sunulması yöneticiler için önemli bir hedefdir.

2.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı

Sağlık sektöründe talep hizmetin sunumu açısından önemli bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde talebin belirsiz olması ve talebi etkileyen faktörlerin çeşitliliği hizmetin planlayıcıları ve sunucuları açısından sağlık hizmetlerine olan talebin bilinmesinin önemini ortaya koymaktadır (Soyuğurlu ve Yeşiltaş, 2024, s. 206). Bu nedenle özellikle son yıllarda sağlık hizmeti talep edenler ve talebi belirleyecek unsurlar araştırmacılar açısından daha fazla dikkat çeker olmuştur (Gökkaya ve Erdem, 2017, s. 180). Sağlık hizmetlerinde talebin belirlenmesi sağlık sistemlerinin performansının belirlenmesi, sistemin yeniden yapılandırılması ve yeni yapılacak yatırımların planlanmasında yöneticilere yol gösterecektir (Kılıç ve Çalışkan, 2013, s. 204; Dedeoğlu ve Çetin, 2021, s. 36).

Literatür incelendiğinde sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı ile ilişkili bireysel, yapısal ve çevresel birçok faktörle karşılaşılmaktadır. Bunlardan bazıları; hastaların uzmanlar tarafından önemsenmemesi ya da dikkate alınmaması (Corner vd., 2006), sağlık hizmetlerinde erişimde bölge ve ülke koşulları, (Söyler vd., 2022), kişilerin sağlık inançları (Söyler, 2024), salgın hastalıklar (Getachew vd, 2022), finansal nedenler (Brown ve Theoharides, 2009) ve hekime güven (Çağatay, 2024) olarak sıralanabilir. Uluslararası literatürde de benzer şekilde, bireylerin sağlık hizmeti arama davranışlarının sosyoekonomik durum, sigorta kapsamı, sağlık sistemine erişim ve algılanan ihtiyaç gibi faktörlerden önemli ölçüde etkilendiği vurgulanmaktadır (Andersen, 1995, s. 2-3; Facione, 1993).

Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı, bireylerin belirgin bir sağlık ihtiyacı olmasına rağmen profesyonel sağlık hizmetine başvuruyu geciktirmesi veya tamamen kaçınması olarak tanımlanmaktadır. Bu davranış, yalnızca bireysel sağlık sonuçlarını değil, aynı zamanda toplum sağlığını da olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Nitekim yapılan çalışmalar, sağlık hizmetine başvurunun geciktirilmesinin hastalıkların ilerlemesine, tedavi süreçlerinin zorlaşmasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olabileceğini göstermektedir (Bea vd., 2023, Ratnapradipa vd, 2023; Weinstein vd., 2020, s. 20).

Bununla birlikte, sağlık sistemine yönelik güvensizlik de sağlık hizmeti talebinin ertelenmesinde önemli bir belirleyici olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sistemine duyulan güvenin düşük olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını azaltmakta ve sağlık hizmeti arama davranışının gecikmesine yol açabilmektedir (Musa vd., 2009, s. 1296-1297; Gille vd., 2015, s. 63). Bu bağlamda, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin artması; erken teşhis ve tedavi gerektiren durumlarda başvurunun gecikmesine, hastalık yükünün artmasına ve sağlık sistemine olan maliyet baskısının yükselmesine neden olabilmektedir.

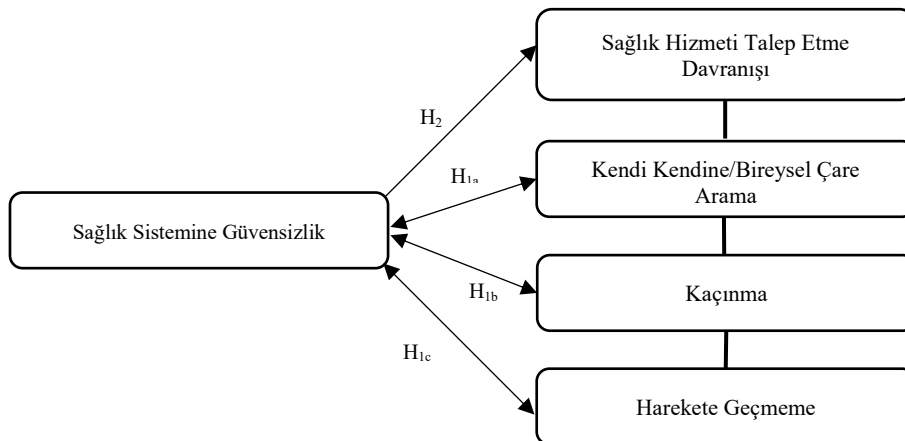
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı, Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte olup nicel araştırma deseni ile yürütülmüştür. Araştırma ilişkisel tarama modeli temelindedir ve bağımsız değişken olan “Sağlık Sistemlerine Güvensizlik” ile bağımlı değişken olan “Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı” arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Araştırmanın modeli ve hipotezleri aşağıda verilmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Sağlık sistemine duyulan güvensizlik ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında bir ilişki vardır.

H_{1a}: Sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile kendi kendine/bireysel çare arama davranışı arasında bir ilişki vardır.

H_{1b}: Sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile kaçınma davranışı arasında bir ilişki vardır.

H_{1c}: Sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile harekete geçmeme davranışı arasında bir ilişki vardır.

H₂: Sağlık sistemine duyulan güvensizlik, sağlık hizmeti talep erteleme davranışını anlamlı şekilde yordamaktadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Kesitsel nitelikte olan ve 2025 yılı Nisan-Eylül ayları arasında gerçekleştirilen araştırmaya İstanbul'da ikamet eden ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş üstü kişiler dahil edilmiştir. İstanbul, barındırdığı demografik çeşitlilik, kamu ve özel sağlık hizmeti arzının yoğunluğu ve farklı sosyoekonomik grupların erişilebilirliği açısından Türkiye'nin sağlık sistemini temsil ettiği varsayımı ile seçilmiştir. Çalışmada veri toplamak amacıyla anket formu kullanılmış ve çalışmaya katılımın daha kolay olacağı beklentisiyle veriler Google Form kanalı ile toplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Altunışık ve arkadaşları (2012) tarafından oluşturulan kolayda örneklem tablosundan faydalanılmıştır. Araştırma kapsamında 384 kişinin katılımının yeterli olduğu belirlenmiş, kendisine ulaşılan ve ankete doğru bir şekilde cevap vermiş olan 406 kişinin anket formu çalışmaya dahil edilmiştir. 18 yaş altı ve İstanbul'da ikamet etmeyen kişiler çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu", "Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (SSGÖ)" ve "Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği" (SHTEDÖ)" kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalık, sosyal güvence, son 1 yılda doktora başvuru sayısı, genel sağlık kurumu tercihi ve ailenin toplam gelir düzeyi olmak üzere toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği (SSGÖ): Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği Rose ve arkadaşları tarafından 2004 yılında "Development and Testing of The Health Care System Distrust Scale" isimli çalışmada geliştirilmiştir. Sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerinin belirlenmesini sağlayan ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Yeşildal ve arkadaşları (2020) tarafından "Sağlık Sistemlerine Güvensizlik: Bir Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" isimli çalışmada yapılmıştır. Ölçek 10 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde hazırlanmış ve "1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde yanıt seçeneklerine sahiptir. Ölçekten alınan puanların artması sağlık sistemine duyulan güvensizliğin arttığını göstermektedir.

Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (SHTEDÖ): Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği Söyler ve arkadaşları tarafından 2022 yılında "Development of Healthcare Demand Procrastination Scale: A Reliability and Validity Study" isimli çalışmada geliştirilmiştir. Ölçek 11 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyut (1-3) "Kişisel/Bireysel Çözüm Arama", ikinci alt boyut (4-7) "Kaçınma" ve üçüncü alt boyut (8-11) "Eyleme Geçmeme" olarak isimlendirilmiştir. Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde hazırlanmış ve "1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde yanıt seçeneklerine sahiptir. Ölçekten alınan puanlardaki artış, erteleme davranışının arttığını göstermektedir.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmada, demografik özellikler, hastalık bilgisi, sosyal güvence, doktora başvuru sayısı, sağlık kurumu tercihi ve ailenin toplam gelir düzeyine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve diğer analizlerin testinde SPSS 26 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi ile birlikte Skewness ve Kurtosis değerleri de incelenmiştir. Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre ölçek ve alt boyutlarında bir farklılık olma durumunun belirlenmesinde t-testi ve tek yönlü Anova testi kullanılmıştır. Sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyi ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon analizi, sağlık sistemlerine duyulan güvensizliğin sağlık hizmetine olan talebi erteleme üzerindeki etkisinin belirlenmesinde ise Basit Doğrusal Regresyon ve Çoklu Doğrusal Regresyon analizleri kullanılmıştır. Analizlerde $p < ,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için gerekli etik izin Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan (19/03/2025 tarihli, 23/10 Nolu karar) alınmıştır. Araştırmaya katılanlara çalışmaya katılımın gönüllülüğe bağlı olduğu ve istedikleri zaman ayrılacakları açıklanmış, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uyularak gerçekleştirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma bazı sınırlılıklar içermektedir. Çalışma kesitsel nitelikte olduğundan, değişkenler arasındaki ilişkiler nedensellik çerçevesinde yorumlanamamaktadır. Araştırmanın İstanbul ili ile sınırlı olması ve kolayda örnekleme yöntemi ile veri toplanması elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Araştırma, kullanılan ölçekler ve yapılan istatistik analizlerle sınırlıdır. Ayrıca verilerin çevrimiçi anket yöntemiyle toplanması dijital erişimi olmayan/sınırlı bireylerin örnekleme katılamamasına neden olacağından örnekleme seçim yanlılığı oluşturmuş olabilir. Diğer taraftan, veriler öz bildirim yoluyla elde edildiğinden hatırlama yanlılığı ya da sosyal beğenirlik yanlılığı gibi ölçüm hatalarına neden olabilir.

Araştırmada kullanılan modelin açıklayıcılık düzeyinin sınırlı olması ($R^2 = ,073$), sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yalnızca sağlık sistemine güvensizlik ile açıklanamayacağını, bu davranış üzerinde psikolojik, kültürel, ekonomik ve sağlık okuryazarlığı gibi diğer değişkenlerin de etkili olabileceğini göstermektedir. Son olarak, araştırmada yalnızca nicel veri toplama yöntemlerinin kullanılması, bireylerin sağlık hizmeti erteleme davranışlarının altında yatan nedenlerin derinlemesine anlaşılmasını sınırlandırmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada kullanılan ölçekler ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik test sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği	10	,81
Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama Alt Boyutu	3	,72
Kaçınma Alt Boyutu	4	,82
Harekete Geçmeme Alt Boyutu	4	,76
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	11	,86

Tablo 1 incelendiğinde, ölçeklerin ve alt boyutların güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği, Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği ve Kaçınma alt boyutu yüksek derecede güvenilirken, ölçeğin Kendi Kendine Bireysel Çare Arama ve Harekete Geçmeme alt boyutları oldukça güvenilir düzeydedir.

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler, kronik hastalık, sosyal güvence, doktora başvuru sayısı, sağlık kurumu tercihi ve ailenin toplam gelir düzeyine ilişkin çeşitli bilgiler edinilmiştir. Bu bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kişilere İlişkin Bulgular

Değişken	f	%	
Cinsiyet	Kadın	288	70,9
	Erkek	118	29,1
	Toplam	406	100
Medeni Durum	Evli	284	70,0
	Bekar	122	30,0
	Toplam	406	100

Değişken	f	%
Yaş	18-25 yaş	13,3
	26-35 yaş	24,1
	36-45 yaş	40,9
	46 yaş ve üzeri	21,7
	Toplam	100
Eğitim Düzeyi	Lise veya altı	20,4
	Önlisans	12,3
	Lisans	48,0
	Lisansüstü	19,2
	Toplam	100
Kronik Hastalık	Var	21,4
	Yok	78,6
	Toplam	100
Sosyal Güvence	Var	92,9
	Yok	7,1
	Toplam	100
Son 1 yılda doktora başvuru sayısı	Hiç	8,4
	1-2 kez	42,1
	3-5 kez	31,0
	6 ve daha fazla	18,5
	Toplam	100
Genel sağlık kurumu tercihi	Aile Hekimliği	21,2
	Kamu Hastanesi	31,0
	Özel Hastane	37,4
	Üniversite Hastanesi	10,3
	Toplam	100
Ailenin toplam gelir düzeyi	30.000 TL altı	9,4
	30.001 - 50.000 TL	21,2
	50.001-70.000 TL	18,5
	70.001 TL ve üzeri	51,0
	Toplam	100

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %70,9'unun kadın, %29,1'inin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğu (%70) evli ve 36-45 yaş arasındadır. Eğitim düzeyi bakımından çalışmada en fazla lisans mezunları bulunurken, en az katılım önlisans mezunlarından olmuştur. Katılımcıların %78,6'sının kronik hastalığı bulunmazken (%81,2), tamamına yakınının (%92,9) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Ailenin toplam gelir düzeyi bakımından katılımcıların yarısının (%51) 70.000 TL üzerinde gelire sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmada katılımcıların sağlık hizmeti alma davranışlarına ilişkin sorular sorulmuştur. Katılımcıların son 1 yılda doktora başvuru sayıları en fazla 1-2 kez, en az hiç şeklinde cevaplanmıştır. Katılımcıların genel sağlık kurumu tercihleri incelendiğinde, en az üniversite hastaneleri (%10,3), en fazla ise özel hastanelerin (%37,4) tercih edildiği görülmüştür.

4.1. Normallik Testi Sonuçları

Normallik testi sonucuna göre, Sağlık Sistemine Güvensizlik Ölçeği ($p = ,920 > ,050$) ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği ($p = ,150 > ,050$) için normal dağılımın sağlandığı görülmüştür. Normallik testi betimsel istatistiklerine göre Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği alt boyutları için basıklık ve çarpıklık değerleri; Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama basıklık (-,481; ,242), çarpık (-,174; ,121), Kaçınma basıklık (,797; ,242), çarpık (,229; ,121) ve Harekete Geçmeme basıklık (,369; ,242), çarpık (,001; ,121) şeklindedir. Çalışmada kullanılan ölçek alt boyutları için basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında yer aldığını görülmüştür. Bu değerlere göre veriler normal dağılım göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Normallik varsayımı sağlandığı için istatistiksel analizlerde parametrik testler uygulanmıştır.

4.2. Ölçeklere İlişkin t-Testi ve ANOVA Testi Sonuçları

Katılımcıların sağlık sistemine duydukları güvensizliğin ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için t-testi ve tek yönlü Anova testi yapılmıştır. Ortaya çıkan anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma (*post-hoc*) testlerinden Tukey testi kullanılmıştır.

Katılımcıların sağlık sistemine duydukları güven düzeyi; cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sosyal güvence, yaş, eğitim düzeyi, doktora başvuru sayısı ve gelir düzeyine göre farklılaşmamaktadır. Sadece katılımcıların sağlık kurumu tercihinde sınırda anlamlılık ($p = ,050$) olduğu görülmüştür. ANOVA test sonucu Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Sağlık Kurumu Tercihine Göre Sağlık Sistemine Güvensizlik Düzeylerinin Karşılaştırılması (Tek Yönlü ANOVA)

Ölçek	Sağlık Kurumu Tercihi	n	M	SD	df	F	p	Fark
Sağlık Sistemine Güvensizlik Ölçeği	Aile Hekimliği (1)	86	3,09	0,69	3,402	2,62	,050	(3)>(2)
	Kamu Hastanesi (2)	126	3,00	0,63				
	Özel Hastane (3)	152	3,21	0,63				
	Üniversite Hastanesi (4)	42	3,14	0,69				

Sağlık kurumu tercihi değişkenine göre katılımcıların sağlık sistemine güvensizlik düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F(3,402) = 2,62; p = ,050$). Yapılan post-hoc (Tukey) analiz sonuçlarına göre, özel hastaneyi tercih eden bireylerin ($M = 3,21; SD = 0,63$) sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri, kamu hastanesini tercih eden bireylere ($M = 3,00; SD = 0,63$) kıyasla daha yüksektir.

Katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışları; cinsiyet, sosyal güvence ve sağlık kurumu tercihlerine göre farklılaşmamaktadır. Buna karşın, medeni durum, kronik hastalık varlığı, yaş, eğitim düzeyi, doktora başvuru sayısı ve gelir düzeyine göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Testlere ilişkin bulgular Tablo 4 ve Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışının Medeni Durum ve Kronik Hastalığa Göre Karşılaştırılması (Bağımsız Örneklem t-Testi)

Ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	M	SD	df	t	p
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	Evli	284	2,63	0,74	404	-2,50	,013
	Bekar	122	2,83	0,68			
Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	Evli	284	2,82	0,94	404	-2,66	,008
	Bekar	122	3,08	0,85			
Kaçınma	Evli	284	2,51	0,95	404	-1,54	,124
	Bekar	122	2,67	0,91			
Harekete Geçmeme	Evli	284	2,62	0,82	404	-2,14	,032
	Bekar	122	2,81	0,74			

Ölçek ve Alt Boyutlar	Kronik Hastalık	n	M	SD	df	t	p
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	Var	87	2,57	0,77	404	-1,82	,060
	Yok	319	2,73	0,71			
Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	Var	87	2,70	0,98	404	-2,25	,025
	Yok	319	2,95	0,90			
Kaçınma	Var	87	2,38	0,97	404	-1,96	,050
	Yok	319	2,60	0,92			
Harekete Geçmeme	Var	87	2,66	0,83	404	-0,31	,757
	Yok	319	2,69	0,80			

Katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, genel ölçek düzeyinde evli ve bekar katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($t(402) = -2,50; p = ,013$). Bekar katılımcıların ($M = 2,83; SD = 0,68$), evli katılımcılara ($M = 2,63; SD = 0,74$) göre daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde, “Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama” ($t(402) = -2,66; p = ,008$) ve “Harekete Geçmeme” ($t(402) = -2,14; p = ,032$) boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunurken, “Kaçınma” boyutunda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > ,05$).

Kronik hastalık durumuna göre yapılan analizde, genel ölçek düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > ,05$). Ancak “Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama” ($t(402) = -2,25; p = ,025$) ve “Kaçınma” ($t(402) = -1,96; p = ,05$) alt boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların her iki boyutta da daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışına Göre Farklılaşma Durumu Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaş	n	M	SD	df	F	p	Fark
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	18-25 yaş arası (1)	54	2,90	0,62	3,402	2,62	,050	(1)>(2)
	26-35 yaş arası (2)	98	2,56	0,71				
	36-45 yaş arası (3)	166	2,71	0,74				
	46 yaş ve üzeri arası (4)	88	2,68	0,75				
Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	18-25 yaş arası (1)	54	3,26	0,77	3,402	3,87	,009	(1)>(2)(4)
	26-35 yaş arası (2)	98	2,85	0,91				
	36-45 yaş arası (3)	166	2,90	0,92				
	46 yaş ve üzeri (4)	88	2,73	0,96				
Kaçınma	18-25 yaş arası (1)	54	2,68	0,88	3,402	1,54	,202	-
	26-35 yaş arası (2)	98	2,39	0,94				
	36-45 yaş arası (3)	166	2,57	0,96				
	46 yaş ve üzeri (4)	88	2,64	0,91				
Harekete Geçmeme	18-25 yaş arası (1)	54	2,87	0,71	3,402	2,33	,073	-
	26-35 yaş arası (2)	98	2,52	0,77				
	36-45 yaş arası (3)	166	2,71	0,82				
	46 yaş ve üzeri (4)	88	2,68	0,84				
Ölçek ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	M	SD	df	F	p	Fark
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	Lise veya altı (1)	83	2,60	0,69	3,402	1,81	,143	-
	Önlisans (2)	50	2,54	0,66				
	Lisans (3)	195	2,74	0,74				
	Lisansüstü (4)	78	2,77	0,75				

Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	Lise veya altı (1)	83	2,71	0,82	3,402	3,01	,030	(3)(4)>(1)(2)
	Önlisans (2)	50	2,69	0,93				
	Lisans (3)	195	2,98	0,93				
	Lisansüstü (4)	78	3,01	0,95				
Kaçınma	Lise veya altı (1)	83	2,53	0,91	3,402	0,61	,607	-
	Önlisans (2)	50	2,40	0,84				
	Lisans (3)	195	2,59	0,95				
	Lisansüstü (4)	78	2,59	0,99				
Harekete Geçmeme	Lise veya altı (1)	83	2,59	0,78	3,402	1,10	,345	-
	Önlisans (2)	50	2,56	0,76				
	Lisans (3)	195	2,72	0,81				
	Lisansüstü (4)	78	2,76	0,84				
Ölçek ve Alt Boyutlar	Başvuru Sayısı	n	M	SD	df	F	p	Fark
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	Hiç (1)	34	2,81	0,88	3,402	1,87	,133	-
	1-2 kez (2)	171	2,77	0,67				
	3-5 kez (3)	126	2,63	0,72				
	6 ve daha fazla (4)	75	2,57	0,77				
Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	Hiç (1)	34	2,94	1,02	3,402	0,29	,830	-
	1-2 kez (2)	171	2,91	0,97				
	3-5 kez (3)	126	2,92	0,90				
	6 ve daha fazla (4)	75	2,81	0,81				
Kaçınma	Hiç (1)	34	2,80	1,02	3,402	3,90	,009	(1)>(4)
	1-2 kez (2)	171	2,69	0,88				
	3-5 kez (3)	126	2,42	0,92				
	6 ve daha fazla (4)	75	2,37	1,00				
Harekete Geçmeme	Hiç (1)	34	2,73	0,90	3,402	0,75	,517	-
	1-2 kez (2)	171	2,74	0,75				
	3-5 kez (3)	126	2,63	0,80				
	6 ve daha fazla (4)	75	2,60	0,87				
Ölçek ve Alt Boyutlar	Gelir	n	M	SD	df	F	p	Fark
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği	30.000 TL altı (1)	38	2,96	0,73	3,402	4,03	,008	(1)>(2)
	30.001-50.000 TL (2)	86	2,50	0,72				
	50.001-70.000 TL (3)	75	2,76	0,65				
	70.001 TL ve üzeri (4)	207	2,70	0,74				
Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	30.000 TL altı (1)	38	3,03	0,92	3,402	1,63	,180	-
	30.001-50.000 TL (2)	86	2,71	0,89				
	50.001-70.000 TL (3)	75	2,97	0,85				
	70.001 TL ve üzeri (4)	207	2,92	0,95				
Kaçınma	30.000 TL altı (1)	38	2,96	0,92	3,402	4,37	,005	(1)>(2)(4)
	30.001-50.000 TL (2)	86	2,35	0,90				
	50.001-70.000 TL (3)	75	2,69	0,91				
	70.001 TL ve üzeri (4)	207	2,52	0,94				
Harekete Geçmeme	30.000 TL altı (1)	38	2,90	0,84	3,402	2,98	,031	(1)>(2)
	30.001-50.000 TL (2)	86	2,48	0,79				
	50.001-70.000 TL (3)	75	2,67	0,74				
	70.001 TL ve üzeri (4)	207	2,73	0,81				

Katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, genel ölçek ($F(3, 402) = 2,63; p = ,050$) ve “Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama” alt boyutunda ($F(3, 402) = 3,87; p = ,009$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Post-hoc (Tukey) analiz sonuçlarına göre, genel ölçekte 18–25 yaş grubunun ($M = 2,90; SD = 0,62$) puanı, 26–35 yaş grubuna ($M = 2,56; SD = 0,71$) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer şekilde, “Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama” boyutunda 18–25 yaş grubunun ($M = 3,26; SD = 0,77$), 26–35 yaş ($M = 2,85; SD = 0,91$) ve 46 yaş ve üzeri ($M = 2,73; SD = 0,96$) gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yapılan analizde, yalnızca “Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama” alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($F(3, 402) = 3,01; p = ,030$). Post-hoc (Tukey) analiz sonuçlarına göre, lisans ($M = 2,98; SD = 0,93$) ve lisansüstü ($M = 3,01; SD = 0,95$) düzeyine sahip bireylerin puanları, lise ve altı ($M = 2,71; SD = 0,82$) ile ön lisans ($M = 2,69; SD = 0,93$) düzeyine sahip bireylere göre daha yüksektir.

Katılımcıların doktora başvuru sayısına göre yapılan analizde, yalnızca “Kaçınma” alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($F(3, 402) = 3,90; p = ,009$). Bu fark, hiç başvuru yapmayan bireylerin ($M = 2,80; SD = 1,02$), altı ve daha fazla başvuru yapan bireylere ($M = 2,37; SD = 1,00$) göre daha yüksek puanlara sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların gelir düzeyine göre yapılan analizde, Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı ölçeğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($F(3, 402) = 4,03; p = ,008$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, 30.000 TL altı gelir grubundaki bireylerin ($M = 2,96; SD = 0,73$), 30.001–50.000 TL gelir grubundaki bireylere ($M = 2,50; SD = 0,72$) kıyasla sağlık hizmeti talep erteleme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Alt boyutlar incelendiğinde, Kaçınma alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F(3, 402) = 4,37; p = ,005$). Bu farklılık, 30.000 TL altı gelir grubunun ($M = 2,96; SD = 0,92$), hem 30.001–50.000 TL ($M = 2,35; SD = 0,90$) hem de 70.001 TL ve üzeri ($M = 2,52; SD = 0,94$) gelir gruplarına göre daha yüksek ortalamaya sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Harekete Geçmeme alt boyutunda da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F(3, 402) = 2,98; p = ,031$). Bu farklılık, 30.000 TL altı gelir grubunun ($M = 2,90; SD = 0,84$), 30.001–50.000 TL gelir grubuna ($M = 2,48; SD = 0,79$) göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

4.3. Katılımcıların Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Düzeyleri ile Talep Erteleme Davranışı Arasındaki İlişki

Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla gerçekleştirilen Pearson Korelasyon Analizine ilişkin bulgular Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Düzeyleri ile Talep Erteleme Davranışı Arasındaki İlişki

	Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçek	Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçek	Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama	Kaçınma	Harekete Geçmeme
1. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçek	1	,274**	,264**	,197**	,192**
2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçek		1	,728**	,875**	,724**
2.1. Kendi Kendine/Bireysel Çare Arama			1	,412**	,316**
2.2. Kaçınma				1	,516**
2.3. Harekete Geçmeme					1

Not. $N = 406$. $p < ,01$ (çift yönlü).

Yapılan korelasyon analizi sonuçları, katılımcıların sağlık sistemine güvensizlik düzeyleri ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = ,274; p < ,01$) (H_1 kabul). Ayrıca, sağlık sistemine güvensizlik ile kendi kendine/bireysel çare arama ($r = ,264; p < ,01$), kaçınma ($r = ,197; p < ,01$) ve harekete geçmeme ($r = ,192; p < ,01$) değişkenleri arasında da pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır (H_{1a} , H_{1b} ve H_{1c} Kabul). Bu bulgular, bireylerin sağlık sistemine yönelik güvensizlik düzeyleri arttıkça sağlık hizmeti talebini erteleme ve bireysel çözüm arayışlarına yönelme eğilimlerinin arttığını göstermektedir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre, ölçeğin alt boyutları arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Özellikle sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ile alt boyutlar olan kaçınma ($r = ,875$; $p < ,01$) ve harekete geçmeme ($r = ,724$; $p < ,01$) arasındaki yüksek ilişkiler, erteleme davranışının bütüncül bir eylem olarak algılandığına işaret etmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yordayıcısı olarak yalnızca sağlık sistemine güvensizlik değişkeni ile basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizi sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Basit Regresyon Analizi Sonuçları

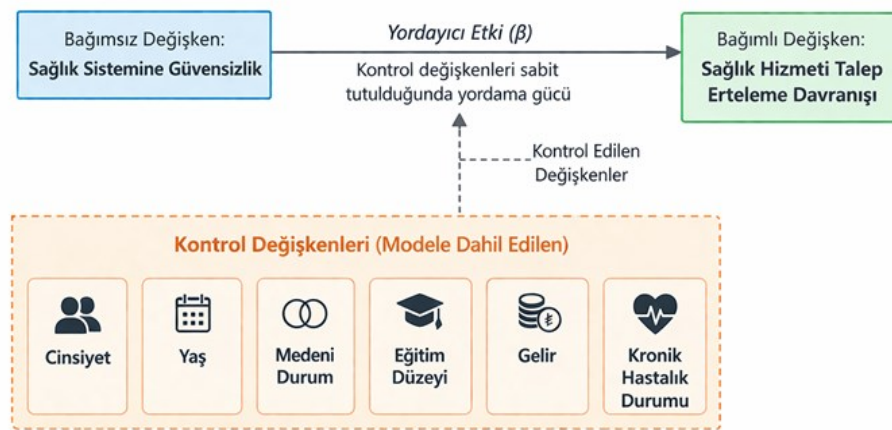
Kavramlar	B	SE	β	t	p
(Sabit)	1,932	0,145	—	13,357	< ,001
Sağlık Sistemine Güvensizlik	0,260	0,045	,274	5,73	< ,001

Model Özeti: $R = ,274$; $R^2 = ,075$; Düzeltilmiş $R^2 = ,073$; $SE = 0,603$; $F(1, 404) = 32,87$; $p < ,001$
Bağımlı Değişken: Sağlık Hizmeti Talep Etme Davranışı

Basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, sağlık sistemine duyulan güvensizlik, sağlık hizmeti talep erteleme davranışını anlamlı biçimde yordamakta ($\beta = ,274$; $t(404) = 5,73$; $p < ;001$) ve güvensizlik düzeyindeki bir birimlik artış, talep erteleme davranışında 0,26 birimlik artışa yol açmaktadır ($B = 0,260$). Model genel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1,404) = 32,87$; $p < ,001$) ve bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki varyansın %7,3’ünü açıklamaktadır ($R^2 = ,073$). Bu oranın düşük olması, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yalnızca güven düzeyiyle değil; ekonomik, kültürel, psikolojik ve erişimle ilgili diğer faktörlerle de ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Sağlık hizmeti talebini erteleme davranışı, çeşitli sosyo-demografik ve psikolojik faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir olgudur. Basit regresyon analizinde sağlık sistemine güvensizliğin açıklayıcılık oranının sınırlı kalması (%7,3), modele farklı değişkenlerin de dahil edilmesini gerektirmiştir. Bu doğrultuda, demografik özellikler ve kronik hastalık durumu kontrol altında tutularak çoklu regresyon analizine başvurulmuş; böylece güvensizlik algısının erteleme davranışı üzerindeki diğer faktörlerden arındırılmış net yordayıcı etkisi test edilmiştir. Sağlık sistemine güvensizliğin sağlık hizmeti talep erteleme davranışını yordayıcı rolüne ilişkin çoklu regresyon modeli Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Sağlık Sistemine Güvensizliğin Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışını Yordayıcı Rolüne İlişkin Çoklu Regresyon Modeli



Tablo 8. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Kavramlar	B	SE	β	t	p
(Sabit)	1,886	0,251	—	7,508	< ,001
Sağlık Sistemine Güvensizlik	0,267	0,053	0,241	5,072	< ,001
Cinsiyet (Erkek)	-0,096	0,077	-0,059	-1,238	,217
Medeni Durum (Bekar)	0,169	0,099	0,106	1,713	,088
Yaş (26-35)	-0,19	0,136	-0,111	-1,397	,163
Yaş (36-45)	-0,038	0,141	-0,026	-0,27	,788
Yaş (46+)	0,022	0,155	0,012	0,141	,888
Eğitim (Önlisans)	-0,031	0,128	-0,014	-0,242	,809
Eğitim (Lisans)	0,175	0,098	0,12	1,787	,075
Eğitim (Lisansüstü)	0,229	0,119	0,123	1,925	,055
Gelir (30.001-50.000 TL)	-0,422	0,14	-0,236	-3,011	,003
Gelir (50.001-70.000 TL)	-0,222	0,147	-0,118	-1,517	,130
Gelir (70.001 TL+)	-0,281	0,135	-0,192	-2,086	,038
Kronik Hastalık (Yok)	0,209	0,091	0,117	2,298	,022

Model Özeti: $R = ,375$; $R^2 = ,141$; Düzeltilmiş $R^2 = ,112$; $SE = 0,688$; $F(13,392) = 4,938$; $p < ,001$, Durbin-Watson = 2,011.

Bağımlı Değişken: Sağlık Hizmeti Talep Etme Davranışı, Cinsiyet, Medeni Durum, Yaş, Eğitim, Gelir, Kronik Hastalık.

Not. Kategorik değişkenler için referans grupları; Cinsiyet için "Kadın", Yaş için "18-25 yaş", Eğitim için "İlkokul/Ortaokul", Aile Geliri için "0-30.000 TL" ve Kronik Hastalık için "Var" olarak belirlenmiştir. Çoklu doğrusallık sınavında VIF değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu ($VIF < 5$) ve otokorelasyonun bulunmadığı (Durbin-Watson = 2,011) saptanmıştır.

Tablo 8’de sunulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, modelin bir bütün olarak istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($F(13,392) = 4,938$; $p < ,001$). Modele dahil edilen bağımsız değişkenler, sağlık hizmeti talep erteleme davranışındaki toplam varyansın yaklaşık %14.1’ini açıklamaktadır ($R^2 = ,141$).

Modeldeki en güçlü yordayıcı olan sağlık sistemine güvensizlik düzeyi ile erteleme davranışı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\beta = ,241$, $p < ,001$). Bu bulguya göre, bireylerin sisteme duyduğu güvensizlik düzeyi yükseldikçe, sağlık hizmeti talebini erteleme eğilimlerinin de arttığı görülmektedir.

Yapılan basit regresyon analizi sonuçları ile demografik değişkenlerin kontrol edildiği çoklu regresyon analizi sonuçları kıyaslandığında; sağlık sistemine güvensizliğin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin anlamlılığını koruduğu görülmüştür ($\beta_{basit}=0,274$; $\beta_{çoklu}=0,241$; $p < ,001$). Demografik faktörlerin modele eklenmesiyle modelin açıklayıcılık gücünde artış gözlenmiş ($R^2 = ,141$), ancak güvensizlik katsayısında radikal bir değişim yaşanmamıştır. Elde edilen bulgular, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin, diğer sosyo-demografik faktörlerden bağımsız olarak sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ile anlamlı ve güçlü bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, İstanbul ilinde sağlık sistemine duyulan güvensizlik ile hizmet talebini erteleme davranışı arasındaki ilişki ve erteleme davranışının demografik faktörlerle nasıl farklılaştığı incelenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeyi yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanlar çeşitli demografik özelliklerine göre incelendiğinde kadın, evli, 36-45 yaş arası ve lisans mezunu bireylerin daha çok yer aldığı görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğunun kronik hastalığı yok ve tamamına yakınının sosyal güvencesi vardır. Son bir yılda doktora başvuru sayısı 1-2 kez ve hastane tercihi özel hastane olarak öne çıkmakta iken katılımcıların yarısının aile toplam gelir düzeyi 70.000 TL ve üzerindedir.

Katılımcıların demografik değişkenleri ve sağlık hizmeti tüketim alışkanlıklarına göre sağlık sistemine güvensizlik sadece katılımcıların hastane tercihi için farklılaşmıştır. Özel hastane tercih edenler, kamu hastanesi tercih eden bireylere göre sağlık sistemine daha fazla güvensizlik duymaktadırlar. Bu gruptaki bireyler, sisteme yönelik

eleştirel/güvensiz bir tutum sergilemeler dahi, sosyoekonomik imkanları doğrultusunda erteleme yerine hizmet kalitesini denetleyebileceklerini düşündükleri özel sektöre yönelmiş olabilirler. Ya da zaten sisteme güven duymadıkları için özel hastanelere yönelmiş olabilirler. Dolayısıyla güvensizlik, bu grupta sistemden tamamen kaçışa değil, sektör içi bir tercihe yol açabilir. Bu durumun yarattığı görünürdeki tezat, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının sadece güvenle değil, erişim imkanlarıyla da nasıl iç içe geçtiğini göstermektedir. Çankaya ve Filiz'in yaşlı bireylerle yürüttüğü araştırmada da sağlık sistemine güvensizlik değişkeni demografik faktörler açısından incelenmiş ve elde edilen bulgular mevcut çalışmanın sonuçlarını desteklemiştir (Çankaya ve Filiz, 2024, s. 36).

Katılımcıların demografik değişkenleri ve sağlık hizmeti tüketim alışkanlıklarına göre sağlık hizmeti talep erteleme davranışı çalışmada cinsiyete göre talep erteleme davranışında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, literatürdeki çalışmalarla desteklenmekle birlikte (Kıraç, 2024; Söyler, 2024, s. 146), cinsiyete göre talep erteleme davranışının farklılaştığı çalışmalar da bulunmaktadır (Soyuğurlu ve Yeşiltaş, 2024, s. 206; Çağatay, 2024, s. 150). Çalışmada; medeni durum, yaş, eğitim, kronik hastalık, sağlık hizmeti başvuru sayısı ve gelir düzeyi değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bekar katılımcılar evlilere göre ölçek toplam puanında, ve "kendi kendine/bireysel çare arama" ile "harekete geçmeme" alt boyutlarında daha yüksek puanlar almıştır. Bu, bekarların sağlık arayışında gecikme ve bireysel çare arama eğiliminde olduğunu göstermektedir. Literatürde benzer sonuçlara (Soyuğurlu ve Yeşiltaş, 2024, s. 206; Kıraç, 2024, s. 105; Söyler, 2024; Çağatay, 2024, s. 150) ulaşılmıştır.

Kronik hastalık varlığı incelendiğinde ise, hastalığa sahip olmayanların "kendi kendine çare arama" ve "kaçınma" düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Benzer sonuçlara farklı çalışmalarda da ulaşılmıştır (Kang vd., 2023; Wang, 2023; Soyuğurlu ve Yeşiltaş, 2024, s. 206). Bu durum, kronik hastalığı olanların sağlık takiplerini düzenli olarak yaptırma ve daha az erteleme eğiliminde olması ile açıklanabilir. Fakat Söyler'in (2024) ve Çağatay'ın (2024) çalışmasında kronik hastalık varlığı erteleme davranışında bir farklılığa yol açmamıştır. Farklılığa neden olan diğer bir faktör ise yaştır. 18-25 yaş grubu genç bireylerin "kendi kendine/bireysel çare arama" ve genel erteleme ölçeğinde daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Benzer bir sonuca farklı çalışmalarda da ulaşılmıştır (Söyler, 2024; Soyuğurlu ve Yeşiltaş, 2024; Çağatay, 2024). Bu bulgu, Uzun ve Akin (2024)'in genç bireylerde "gecikmiş sağlık arama davranışının" yaygın olduğuna ilişkin bulgusuyla uyumludur. Genç bireyler sağlıklı olduklarına inanmama, sağlık sorunlarını önemsememe ya da sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek olabileceğinden, bireysel çare arama ya da erteleme eğiliminde olabilirler. Lisans ve Lisansüstü eğitilmiş katılımcıların diğer katılımcılara göre kendi kendine çözüm arama noktasında daha yüksek puan almışlardır. Bu bulgu literatür ile uyumludur (Söyler, 2024, s. 146; Kıraç, 2024, s. 105). Bu durum eğitim düzeyi yüksek kişilerin sağlık bilgisine erişiminin ve alternatif çözüm aramalarının (internet, literatür vb.) artmasıyla açıklanabilir.

Gelir düzeyi değişkeni incelendiğinde, düşük gelirli grup (≤ 30.000 TL) "genel erteleme", "kaçınma" ve "harekete geçmeme" alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahiptir. Bu, gelir düzeyinin erişim-maliyet ve davranışsal engeller üzerinden ertelemeyi artırdığını gösterir; ekonomik bariyerlerin sağlık kullanımında belirleyici olduğu literatürle uyumludur (Doğan, 2020). Brown ve Theoharides'in finansal nedenlerin sağlık hizmetine başvuru davranışını sınırladığı yönündeki bulgularıyla bu sonuç örtüşmektedir (Brown ve Theoharides, 2009). Ancak literatürde gelire göre erteleme davranışının farklılaşmadığı çalışma mevcuttur (Soyuğurlu ve Yeşiltaş, 2024, s. 206).

Pearson korelasyonu, sağlık sistemlerine güvensizlik ve sağlık hizmeti talep erteleme arasında zayıf ama anlamlı pozitif ilişki göstermiştir ($r = ,274; p < ,01$). Bu sonuç, literatürdeki benzer çalışmalarla (Söyler, 2024; Kıraç, 2024) paralellik göstermektedir. Benzer şekilde sağlık sistemine güvensizlik ile sağlık hizmeti talep etme alt boyutlarıyla (kendi kendine çözüm arama, kaçınma, harekete geçmeme) pozitif ilişki sergilemiştir. Bunun anlamı, kişilerin güvensizlik düzeyleri arttıkça profesyonel sağlık hizmetlerinden uzaklaşma, kendi başlarına çözüm arama veya başvuru erteleme eğiliminde olacaklardır.

Basit doğrusal regresyon analiz sonucu sağlık sistemine güvensizliğin erteleme davranışını anlamlı şekilde yordadığı ($B = ,260; p < ,001$) fakat modelin açıklayıcılığının sınırlı olduğu ($R^2 = \%7,3$) bulunmuştur. Benzer bir sonuca Kıraç tarafından yapılan çalışmada ulaşılmış olmakla birlikte, Kıraç'ın (2024) Kahramanmaraş'ta yaptığı çalışmada ($R^2 = \%21,5$) ve Söyler'in (2024) çalışmasında ($R^2 = \%21,7$) talep erteleme üzerindeki değişimin ve daha büyük bir kısmı güvensizlikle açıklanmıştır. Bu durum örneklem farklılığından kaynaklanmış olabilir. Diğer bir çalışmada ise sağlık sistemine güvensizliğin sağlık arama davranışını olumsuz şekilde etkilediği görülmüştür

(Çankaya ve Filiz, 2024, s. 44). Çağatay'ın (2024) çalışmasında ise hekime güvenin sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerinde etkisinin olduğu ($R^2 = \%9,3$) ve güven duygusu arttıkça erteleme davranışının azaldığı görülmüştür. Bu bulgu, güvensizliğin erteleme üzerinde etkili bir değişken olduğunu gösterirken sağlık hizmeti talebini erteleme davranışında kişisel, ekonomik, kültürel, erişim, sağlık inançları ve psikolojik faktörler gibi başka değişkenlerin de rol oynadığını işaret etmektedir. Sağlık sistemine güvensizlik sağlık hizmeti talebini ertelemek için tek başına ana bir belirleyici değil, çok değişkenli bir olgudur. Nitekim çalışmada, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının kişisel ve sağlık hizmeti kullanım tarzına göre farklılıklar bulunması da elde edilen bulguyu desteklemektedir. Bu bulgu, Uzun ve Akın (2024) ile Shareinia ve arkadaşlarının (2022) sağlık hizmetine erişim gecikmelerinin çok boyutlu nedenlerden kaynaklandığını vurgulayan çalışmalarıyla örtüşmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, sağlık sistemine duyulan güvensizliğin, sosyo-demografik faktörlerden bağımsız olarak, bireylerin sağlık hizmeti talep erteleme davranışını anlamlı şekilde yordadığını ortaya koymuştur. Sağlık sistemine duyulan güvenin azalması, bireylerin sağlık sorunlarını kendi başına çözmeye çalışma, sağlık kurumlarından kaçınma veya harekete geçmeme gibi davranışlara yönelmelerine neden olmaktadır. Ancak güvensizliğin erteleme davranışı üzerindeki sınırlı etkisi, ertelemeye neden olan faktörlerin daha fazla incelenmesi gerektiğini ortaya koymakta, erteleme davranışının çok boyutlu yapısına da işaret etmektedir. Nitekim sağlık hizmeti talep etme davranışı, katılımcıların demografik ve sağlık hizmeti tüketim davranışlarına göre farklılık göstermiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular, özellikle kronik hastalığı olmayan, düşük gelirli, genç ve bekâr bireylerin bu davranışlara daha yatkın olduklarını göstermiştir.

Sonuç olarak güven, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimlerini belirleyen önemli bir psikososyal faktördür, birçok değişkeni içine almaktadır. Sağlık sistemine ya da sağlık hizmet sunumunda yer alan unsurlara duyulan güven kaybı sağlık hizmeti talebinin ertelenmesine, erken tanı ve tedavi fırsatlarının kaçırılmasına neden olabilmektedir. Sosyoekonomik koşullar, bireysel sağlık inançları ve önceki sağlık deneyimleri güvensizlik ve erteleme davranışlarını birlikte şekillendirmektedir. Sağlık sistemine duyulan güvenin güçlendirilmesi yalnızca bireysel sağlık davranışlarını değil, toplumun genel sağlık düzeyini de olumlu yönde etkileyecek stratejik bir hedeftir.

Sağlık sisteminde şeffaflık, hesap verebilirlik ve adalet ilkelerinin güçlendirilmesi güvene katkı sağlayacağında bu yönde politikalar geliştirilmelidir. Bununla birlikte, randevu sisteminin kolaylaştırılması, bekleme sürelerinin azaltılması, hasta-çalışan iletişimi eğitimi gibi hususlar güven inşasında ve dolayısıyla erteleme davranışı üzerinde olumlu etki yapabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Çalışmaya birinci yazar %80 oranında, ikinci yazar %20 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

Etik Beyanı: Bu çalışma için Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 23/10 sayılı ve 19.03.2025 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

DECLARATION OF THE AUTHORS

Declaration of Contribution Rate: The first author contributes 80% while the second author contributes 20%.

Declaration of Support and Thanksgiving: No support is taken from any institution or organization.

Declaration of Conflict: There is no potential conflict of interest in the study.

Declaration of Ethics: For this study the approval of ethical committee no 23/10 dated 19.03.2025 was taken from the Social and Human Sciences Ethical Committee, Yozgat Bozok University.

KAYNAKÇA

- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2012). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı* (7. Baskı). Sakarya Kitabevi.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Armstrong, K., Rose, A., Peters, N., Long, J. A., McMurphy, S. ve Shea, J. A. (2006). Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 292–297. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00396.x>
- Bea, S., Lee, H., Choi, W. S., Huh, K., Jung, J. ve Shin, J. Y. (2023). Risk of mortality and clinical outcomes associated with healthcare delay among patients with tuberculosis. *Journal of Infection and Public Health*, 16(8), 1313-1321. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.05.038>
- Biasio, L. R., Bonaccorsi, G., Lorini, C. ve Pecorelli, S. (2021). Assessing COVID-19 vaccine literacy: A preliminary online survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(5), 1304–1312. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1829315>
- Brown, P. H. ve Theoharides, C. (2009). Health-seeking behavior and hospital choice in China's new cooperative medical system. *Health Economics*, 18(2), 47–64. <https://doi.org/10.1002/hec.1508>
- Corner, J., Hopkinson, J. ve Roffe, L. (2006). Experience of health changes and reasons for delay in seeking care: A UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1381–1391. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.012>
- Çağatay, A. (2024). Hekime güvenin sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerine etkisi. *Turkish Studies - Economy*, 19(1), 143–156. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.73785>
- Çankaya, A. ve Filiz, E. (2024). Yaşlı bireylerin sağlık sistemine güvenleri ve sağlık arama davranışları. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 27–48. <https://doi.org/10.61830/balkansbd.1436532>
- Dedeoğlu, T. ve Çetin, O. (2021). Sağlık sektöründe hasta talebinin tahmini. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi e-Dergi*, 10(1), 25–38. <https://doi.org/10.47934/tife.10.01.03>
- Diğer, H. ve Ardiç, M. (2023). Sağlık sistemine güvensizlik düzeyini belirlemeye yönelik bir araştırma: Tokat ilinde bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 1518–1530. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1320103>
- Doğan, E. (2020). Gelir düzeyi ve sağlık hizmet talebi ilişkisi: Mikro veriler ile Türkiye örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(4), 2376–2392. <https://doi.org/10.33206/mjss.705718>
- Facione, N. C. (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: A critical review of the literature on patient and provider delay. *Social Science & Medicine*, 36(12), 1521–1534. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90340-A](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90340-A)
- Fadda, M., Albanese, E. ve Suggs, L. S. (2020). When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*, 65, 711–712. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01404-4>
- Getachew, D., Yosef, T., Solomon, N., Tesfaye, M. ve Bekele, E. (2022). Predictors of unwillingness to receive COVID-19 vaccines among Ethiopian medical students. *PLOS One*, 17(11), e0276857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276857>

- Gille, F., Smith, S. ve Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 62-64. <https://doi.org/10.1177/1355819614543161>
- Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26, 149-184.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B. ve Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Kang, L., Li, C. ve Du, H. (2023). Predictors of medical care delay or avoidance among Chinese adults during the COVID-19 pandemic. *Patient Preference and Adherence*, 17, 3067-3080. <https://doi.org/10.2147/PPA.S436794>
- Kılıç, D. ve Çalışkan, Z. (2013). Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 192-206.
- Kıraç, F. Ç. (2024). Sağlık sistemlerine güvensizliğin sağlık hizmeti talep erteleme davranışına etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-112. <https://doi.org/10.47147/ksuiibf.1587610>
- Musa, D., Schulz, R., Harris, R., Silverman, M. ve Thomas, S. B. (2009). Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1293-1299. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.123927>
- Ratnapradipa, K. L., Jadhav, S., Kabayundo, J., Wang, H. ve Smith, L. C. (2023). Factors associated with delaying medical care: cross-sectional study of Nebraska adults. *BMC health services research*, 23(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09140-0>
- Rose, A., Peters, N., Shea, J. A. ve Armstrong, K. (2004). Development and testing of the health care system distrust scale. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 57-63. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.21146.x>
- Schenker, Y., White, D. B., Asch, D. A. ve Kahn, J. M. (2012). Health-care system distrust in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 27(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.04.006>
- Shareinia, H., Ghiyasvandian, S., Rooddehghan, Z. ve Esteghamati, A. (2022). Types of health-related procrastination in patients with type-2 diabetes: A qualitative content analysis. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 21(2), 1509-1517. <https://doi.org/10.1007/s40200-022-01092-2>
- Shea, J. A., Micco, E., Dean, L. T., McMurphy, S. ve Armstrong, K. (2008). Development of a revised health care system distrust scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 727-732. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0575-3>
- Soyuğurlu, N. ve Yeşiltaş, A. (2024). Bireylerin sağlık hizmet taleplerini erteleme davranışları üzerine bir araştırma. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 198-208. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.1515650>
- Söyler, S. (2024). The effects of health beliefs on cancer screening and distrust in health systems on healthcare demand procrastination: A cross-sectional study. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 9(2), 143-149. <https://doi.org/10.26453/otjhs.1413622>

- Söyler, S., Uyar, S., Kırar, R., Yılmaz, G. ve Çiftçi-Kırar, F. (2022). Development of healthcare demand procrastination scale: A reliability and validity study. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6, 617–626. <https://doi.org/10.30621/jbachs.1068530>
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Turhan, Z., Dilcen, H. Y. ve Dolu, İ. (2021). The mediating role of health literacy on the relationship between health care system distrust and vaccine hesitancy during COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 1(10). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02105-8>
- Uzun, S. U. ve Akın, M. (2024). When tomorrow comes too late—the silent threat: Why people delay needed medical care in Türkiye. *Journal of Public Health*, 47(1), 45–53. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdae309>
- Wang, Z., Tang, Y., Cui, Y., Guan, H., Cui, X., Liu, Y. ve Liu, C. (2023). Delay in seeking health care from community residents during a time with low prevalence of COVID-19: A cross-sectional national survey in China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1100715. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1100715>
- Weinstein, E., Ragazzoni, L., Burkle, F., Allen, M., Hogan, D. ve Della Corte, F. (2020). Delayed primary and specialty care: The coronavirus disease-2019 pandemic second wave. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), e19–e21. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.148>
- Yeşildal, M., Erişen, M., ve Kırar, R. (2020). Sağlık sistemlerine güvensizlik: bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 251-259.