

Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışında Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyo-Demografik Belirleyicilerin Rolü: Kesitsel Bir Araştırma

The Role of Health Literacy and Socio-Demographic Determinants in Healthcare Demand Postponement Behavior: A Cross-Sectional Study

Hakan Oğuz Arı^{1*} 
Fatma Nur Şahin² 

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara,
Türkiye.

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara,
Türkiye.

*Sorumlu Yazar:
hakanoguz.ari@sbu.edu.tr

Geliş/Received: 01.08.2026;
Kabul/Accepted: 05.10.2026

Atıf/Citation: Arı, H. O., Şahin, F.
N. (2026). Sağlık Hizmeti Talep
Erteleme Davranışında Sağlık
Okuryazarlığı ve Sosyo-
Demografik Belirleyicilerin Rolü:
Kesitsel Bir Araştırma. *UMBD*,
9(2026), 1-17

Öz

Günümüzde sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artmasına rağmen, sağlık hizmeti talep erteleme davranışı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırma, yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişkiyi ve sosyo-demografik farklılıkları incelemeyi amaçlamaktadır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırmanın verileri, Türkiye'de yaşayan 18 yaş ve üzeri 453 katılımcıdan çevrimiçi anket yoluyla toplanmıştır. Veriler, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizleriyle değerlendirilmiştir. Bulgular, sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak tam sınır değerde ve zayıf negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r=-0,092$; $p=0,050$). Çoklu regresyon analizinde ise sağlık okuryazarlığının erteleme davranışını açıklamadaki pratik etki büyüklüğünün son derece sınırlı kaldığı (Düzeltilmiş $R^2 = 0,006$, varyansın %0,6'sı) saptanmıştır. Ayrıca genç, bekar, düşük gelirli, sağlık güvencesi olmayan, sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayan ve kronik hastalığı bulunmayan bireylerin erteleme davranışının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar, sağlık hizmeti talep ertelemesinin sağlık okuryazarlığının yanı sıra ekonomik, yapısal ve erişimle ilişkili faktörler çerçevesinde şekillendiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti Talebi, Sağlık Hizmetlerine Erişim, Sağlık Okuryazarlığı, Sosyo-demografik Faktörler, Talep Erteleme Davranışı

Abstract

Despite improvements in access to healthcare services, delaying healthcare seeking remains a significant public health concern. This study aimed to examine the relationship between health literacy and healthcare-seeking delay among adults and to evaluate differences according to sociodemographic characteristics. This descriptive, cross-sectional study included 453 participants aged 18 years and older living in Türkiye, who completed an online survey. Data were analyzed using the independent samples t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Pearson correlation, and multiple linear regression analyses. The findings revealed a weak negative relationship of borderline statistical significance between health literacy and healthcare demand delay behavior ($r=-0.092$, $p=0.050$). Furthermore, multiple regression analysis demonstrated that the practical effect size of health literacy in explaining delay behavior remained extremely limited (Adjusted $R^2=0.006$, accounting for 0.6% of the variance). In addition, younger adults, single individuals, those with lower income, without health insurance, experiencing difficulties in accessing healthcare services, and without chronic diseases exhibited higher levels of healthcare-seeking delay. The results indicate that healthcare-seeking delay is associated not only with health literacy but also with economic, structural, and healthcare access-related factors.

Keywords: Access to Healthcare, Demand Postponement Behavior, Health Literacy, Healthcare Demand, Socio-demographic Factors

1. Giriş

Sağlık, bireylerin yaşam kalitesini belirleyen en temel unsurdur ve sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanma hem bireysel hem de toplumsal refah açısından kritik bir öneme sahiptir (Kickbusch & Brindley, 2013). Ancak günümüzde sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artmasına rağmen, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine başvurmayı çeşitli nedenlerle erteledikleri veya sağlık hizmetleri almaktan tamamen vazgeçtikleri görülmektedir (Söyler vd., 2022). Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı olarak tanımlanan bu durum; ekonomik, yapısal, psikolojik ve bireysel faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok boyutlu bir sorundur (Çağatay, 2024). Bireylerin sağlık arama davranışlarını ve bu konudaki karar süreçlerini belirleyen en önemli yetkinliklerden biri ise sağlık okuryazarlığıdır (Şantaş vd., 2023). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini edinme, anlama, değerlendirme ve uygun sağlık kararlarına dönüştürme becerilerini kapsar (Nutbeam, 2000; Sørensen vd., 2012). Mevcut bilgi durumu, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık sorunlarını fark etmede geciktiklerini, sağlık sistemi içerisinde yönlerini bulmakta güçlük çektiklerini ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine başvuruda gecikmeler yaşadıklarını göstermektedir (Berkman vd., 2011; Fan vd., 2021).

Sağlık hizmeti talep erteleme davranışının ortaya çıkmasında sosyo-demografik ve yapısal faktörlerin etkili olduğu bilinmekle birlikte, doğrudan sağlık okuryazarlığının bu spesifik davranış üzerindeki yordayıcılığını inceleyen araştırmalar literatürde oldukça sınırlıdır (Afşar & Özkan, 2023). Türkiye bağlamında ulusal literatür incelendiğinde, mevcut çalışmaların büyük bir kısmının sadece toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye odaklandığı görülmektedir (Akyüz, 2021; Özkan vd., 2018; Sağlık Bakanlığı, 2024). Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışları arasındaki ilişki incelenirken; bu ilişkinin ekonomik kısıtlar, sağlık güvencesi ve fiziksel erişim gibi diğer karmaşık sosyo-demografik faktörlerle etkileşimini, sağlık hizmeti talep erteleme odağında birleştiren bütüncül çalışmalarda belirgin bir boşluk bulunmaktadır (Akakpo & Neuerer, 2024; Erişen, 2024).

Bu literatür boşluğunun giderilmesi, hem bireysel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi hem de sağlık sisteminin etkinliğinin sürdürülebilirliği açısından hayati bir öneme sahiptir. Ertelenen sağlık hizmeti talepleri; hastalıkların teşhisinin gecikmesine, klinik tablonun ağırlaşmasına, tedavi süreçlerinin daha invaziv hale gelmesine ve sağlık maliyetlerinin katlanarak artmasıyla ilişkili görülmektedir (van Dijk vd., 2023; Weissman vd., 1991). Teorik olarak bu durum, Andersen'in Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli çerçevesinde açıklanmaktadır (Andersen, 1995). Modele göre sağlık arama davranışı; hazırlayıcı faktörler (demografik özellikler), kolaylaştırıcı faktörler (ekonomik kaynaklar ve erişim) ve algılanan ihtiyaç faktörlerinin etkileşimiyle şekillenir (Aday & Andersen, 1974). Sağlık hizmetlerinin ertelenmesinin sadece bilgi eksikliğinden (bilişsel/sağlık okuryazarlığı) mı, yoksa yapısal engellerden (maliyet, erişim, sigorta eksikliği) mi kaynaklandığının bu model çerçevesinde ayrıştırılması gerekmektedir (Peters vd., 2008). Bu ayrımın netleştirilmesi, sağlık eşitsizliklerini gidermek isteyen politika yapımcıların yalnızca eğitim ve bilgilendirme kampanyalarına değil, aynı zamanda finansal ve fiziksel erişimi artıracak yapısal reformlara da odaklanabilmesi için bir zorunluluktur (Stormacq vd., 2019).

Bu çalışmanın bulguları, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının doğrudan bilişsel faktörlerle açıklanamayacak kadar çok boyutlu olduğunu ve sosyo-demografik eşitsizliklerin (ekonomik ve erişim temelli faktörler) bu davranış üzerinde daha güçlü bir belirleyici olduğunu ampirik bir zeminde göstererek literatüre önemli bir katkı sunmayı hedeflemektedir. Elde edilen sonuçların, dezavantajlı grupların sağlık sistemine entegrasyonu, sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerin kaldırılması ve kanıta dayalı önleyici sağlık politikalarının tasarlanması süreçlerine somut, bilimsel bir veri sağlaması beklenmektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığını ya da sağlık hizmeti kullanımını ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte; bu araştırmanın özgün değeri, görece az çalışılmış spesifik bir davranış olan sağlık hizmeti talep erteleme olgusunu doğrudan sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirmesidir. Çalışma, Andersen'in Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli çerçevesinde, bilişsel bir kapasite olan sağlık okuryazarlığının tek başına erteleme davranışını önlemede yeterli olup olmadığını test etmekte ve ekonomik/erişim temelli yapısal engellerin bu ilişkideki

baskın rolünü spesifik ölçeklerle bütüncül olarak ortaya koymaktadır. Bu bağlamda araştırmanın temel amacı, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişkiyi detaylı bir şekilde incelemek ve bu değişkenlerin çeşitli sosyo-demografik özelliklere (yaş, gelir, eğitim, erişim, güvence vb.) göre nasıl farklılaştığını ortaya koymaktır.

2. Kavramsal Çerçeve

Sağlık okuryazarlığı, temel okuma ve yazma becerilerinin ötesinde; bireylerin sağlıklarını koruyabilmeleri ve sürdürebilmeleri için gerekli sağlık bilgilerine erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygun sağlık kararlarına dönüştürme kapasitesidir. Literatürde bu kavram, Nutbeam (2000) tarafından fonksiyonel (temel düzey), etkileşimsel (bilgiyi günlük yaşama aktarma) ve eleştirel (bilgiyi analiz etme ve toplumsal kararlara yansıtma) olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır. Bu çalışma bağlamında ise sağlık okuryazarlığı, Duong vd. (2019) tarafından kavramsallaştırılan bütüncül yapıya uygun olarak; (i) sağlık hizmetleri, (ii) hastalıklardan korunma ve (iii) sağlığın geliştirilmesi olmak üzere üç temel boyutta operasyonelleştirilmiştir. Çalışmanın kavramsal kurgusunda sağlık okuryazarlığının yüksek olması, bireyin sağlık sisteminde aktif rol alarak erken ve doğru kararlar üretebilmesini; düşük olması ise bilgi eksikliği nedeniyle hastalık belirtilerini yanlış yorumlamasını ve arama davranışlarını geciktirmesini temsil etmektedir.

2.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı

Çalışmanın odak noktasını oluşturan sağlık hizmeti talep erteleme davranışı, bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duymalarına rağmen, çeşitli ekonomik, psikolojik veya sistemsel nedenlerle bu hizmetlere başvurmayı geciktirmesi ya da tamamen vazgeçmesi olarak tanımlanmaktadır. Literatürde erteleme davranışı çoğu zaman bir "duygu düzenleme stratejisi" olarak görülmekte; bireylerin olası kötü haber, kaygı veya tedavi stresi gibi olumsuz durumlardan kaçınmak amacıyla bu kararları öteledikleri belirtilmektedir. Bu araştırma kapsamında erteleme davranışı, Söyler vd. (2022) tarafından geliştirilen yapıya uygun olarak üç alt boyutta incelenmektedir:

Kendi kendine çözüm arama, bireyin profesyonel sağlık hizmeti yerine çevresel önerilere veya alternatif (internet, bitkisel vb.) tedavi yollarına yönelmesini ifade ederken; harekete geçmeme, bireyin sağlık sorununu bilmesine rağmen eylemsiz kalması ve profesyonel yardıma başvuruyu geciktirmesi durumudur. Öte yandan kaçınma ise, hastalığı veya belirtileri inkâr ederek sağlık durumunu ciddiye almama ve profesyonel süreçten kaçma durumu olarak tanımlanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Teorik Temeli ve Kontrol Değişkenleri: Sosyo-Demografik Belirleyiciler

Sağlık okuryazarlığı ve talep erteleme arasındaki ilişki bir boşlukta gerçekleşmez; bireyin sosyo-demografik koşulları ile şekillenir. Bu ilişkinin teorik altyapısı, Andersen'in Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli'ne dayanmaktadır. Modele göre sağlık arama davranışı üç temel faktörün etkileşimi ile oluşur:

Hazırlayıcı faktörler, yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri kapsarken; kolaylaştırıcı (veya engelleyici) faktörler, bireyin sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayan gelir düzeyi, sağlık güvencesine sahip olma durumu ve fiziksel/coğrafi erişim imkânları gibi finansal ve yapısal kaynakları (Peters vd., 2008) ifade etmektedir. Öte yandan ihtiyaç faktörleri ise, bireyin kronik hastalık varlığı gibi mevcut ve algılanan sağlık durumunu tanımlamaktadır. Oluşturulan bu teorik kurgu doğrultusunda; yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, sağlık güvencesi, erişim durumu ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenler, araştırmanın temel kontrol değişkenleri olarak çalışmanın kavramsal çerçevesine dâhil edilmiştir.

2.3. Değişkenler Arası İlişki Örüntüsü

Araştırmanın temel varsayımı, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yalnızca bilişsel bir eksiklikten (düşük sağlık okuryazarlığı) ibaret olmadığı yönündedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, semptomları değerlendirme ve yön bulma becerisini zayıflatarak erteleme davranışı ile ilişkilendirilmektedir (Afşar & Özkan, 2023; Şantaş vd., 2023). Ancak bu ilişki, doğrudan yapısal engellerin etkisi altındadır. Örneğin, sağlık okuryazarlığı yüksek olsa dahi; düşük gelir, sigorta eksikliği veya fiziksel erişim zorlukları bireyi mecburen

ertelemeye veya kendi kendine çözüm aramaya itebilmektedir. Dolayısıyla araştırma, erteleme davranışını; bilişsel kapasitenin (okuryazarlık) ve sosyoekonomik kolaylaştırıcıların (erişim, gelir, eğitim) birbiriyle etkileşime girerek oluşturduğu nihai bir davranışsal çıktı olarak tanımlar.

2.4.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın kavramsal çerçevesi ve modeli doğrultusunda, sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişki örüntüsünü ve sosyo-demografik faktörlerin bu değişkenler üzerindeki rolünü test etmek üzere şu hipotezler kurgulanmıştır:

H1: Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmeti talep erteleme davranışını anlamlı şekilde etkiler.

H2: Sağlık okuryazarlığı düzeyi sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterir.

H2a: Sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyete göre farklılık gösterir.

H2b: Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşa göre farklılık gösterir.

H2c: Sağlık okuryazarlığı düzeyi medeni duruma göre farklılık gösterir.

H2d: Sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

H2e: Sağlık okuryazarlığı düzeyi çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

H2f: Sağlık okuryazarlığı düzeyi gelir durumuna göre farklılık gösterir.

H2g: Sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık güvencesi durumuna göre farklılık gösterir.

H2h: Sağlık okuryazarlığı düzeyi kronik hastalık varlığına göre farklılık gösterir.

H2i: Sağlık okuryazarlığı düzeyi hekime başvuru sıklığına göre farklılık gösterir.

H2j: Sağlık okuryazarlığı düzeyi hekime erişim durumuna göre farklılık gösterir.

H3: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterir.

H3a: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı cinsiyete göre farklılık gösterir.

H3b: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı yaşa göre farklılık gösterir.

H3c: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı medeni duruma göre farklılık gösterir.

H3d: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

H3e: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

H3f: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı gelir durumuna göre farklılık gösterir.

H3g: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı sağlık güvencesi durumuna göre farklılık gösterir.

H3h: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı kronik hastalık varlığına göre farklılık gösterir.

H3i: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı hekime başvuru sıklığına göre farklılık gösterir.

H3j: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı hekime erişim durumuna göre farklılık gösterir.

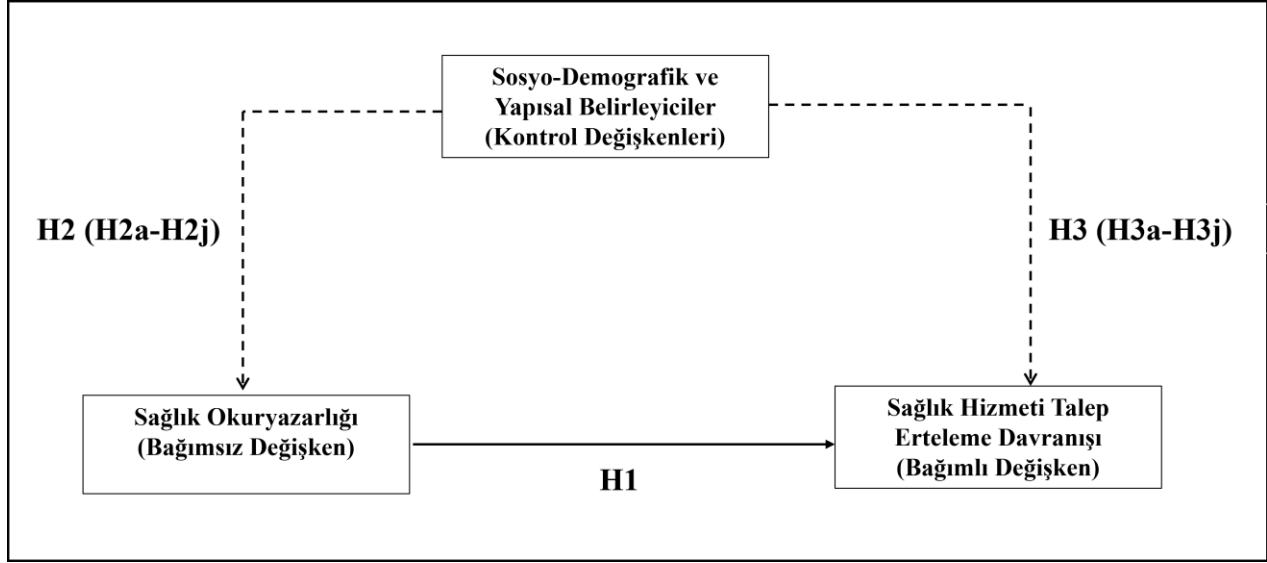
3.Yöntem

Bu bölümde, çalışmanın kavramsal çerçevesini sahaya yansıtmak amacıyla kurgulanan bilimsel adımlar aktarılmaktadır. İlgili alt başlıklarda sırasıyla; araştırma modeli, araştırmanın örneklem kurgusu, veri toplama araçları, sürecin etik boyutu ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır.

3.1.Araştırma Modeli

Araştırmada ele alınan kavramların birbirleriyle olan ilişki örüntüsü ve kurgulanan bu teorik model Şekil 1’de görselleştirilmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi



Araştırmanın modeli, sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişkiyi ve sosyo-demografik farklılaşmaları belirlemek amacıyla ilişkisel ve karşılaştırmalı tarama deseni üzerine inşa edilmiştir. Şekil 1’de sunulan model kurgusunda; düz tek yönlü ok (—>) bağımsız değişken olan sağlık okuryazarlığının bağımlı değişken olan talep erteleme davranışı üzerindeki doğrudan yordayıcı etkisini (H1) temsil ederken; kesikli oklar (- - ->) sosyo-demografik değişkenlerin sağlık okuryazarlığı (H2a-H2j) ve talep erteleme davranışı (H3a-H3j) üzerindeki grup farklılıklarını temsil etmektedir.

3.2.Örneklem

Araştırmanın evrenini 18 yaş ve üzeri okuryazar yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlarda kullanılan formül ile %95 güven düzeyi ve %5 hata payı varsayımıyla minimum 384 olarak hesaplanmış; ancak analizlerin istatistiksel gücünü ve verilerin genellenebilirliğini artırmak amacıyla çalışmaya 453 gönüllü katılımcı dâhil edilmiştir. Veriler, nicel araştırma tasarımlarından kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak 1 Kasım – 30 Aralık 2025 tarihleri arasında çevrimiçi anket (Google Forms) aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmaya 18 yaşın altında olan, okuryazar olmayan ve anket formunu eksik veya hatalı dolduran bireyler dâhil edilmemiştir.

3.3.Verİ Toplama Araçları ve Süreçleri

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç ana bölümden oluşan yapılandırılmış bir anket formu kullanılmıştır:

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan bu formda; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma ve gelir durumu ile sağlık güvencesi, kronik hastalık varlığı, hekime başvuru sıklığı ve hekime erişim durumlarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu (HLS-SF12): Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini ölçmek amacıyla Duong vd. (2019) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Karahan Yılmaz ve Eskici (2021) tarafından yapılan ölçek kullanılmıştır. Ölçek; sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere 3 alt boyut ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. 4’lü Likert tipinde (1=Çok zor, 4=Çok kolay) puanlanan ölçekten alınan yüksek puanlar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksekliğini göstermektedir.

Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği: Bireylerin sağlık hizmetlerine başvurularını geciktirme veya kaçınma eğilimlerini ölçmek için Söyler vd. (2022) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 5'li Likert tipinde (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) 11 maddeden ve üç alt boyuttan (kendi kendine çözüm arama, harekete geçmeme ve kaçınma) oluşmaktadır. Ölçeğin 10. maddesi ters kodludur ve ölçekten alınan yüksek puan, erteleme davranışının yüksekliğine işaret etmektedir

3.4.Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 26.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin yanı sıra çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları incelenerek değerlendirilmiştir. Analiz edilen ölçek ve alt boyut puanlarına ait çarpıklık katsayılarının -0,482 ile 0,315 aralığında, basıklık katsayılarının ise -0,612 ile 0,428 aralığında değişim gösterdiği saptanmıştır. Tüm değerlerin Tabachnick ve Fidell (2013) ile George ve Mallery (2010) tarafından önerilen $\pm 1,5$ eşik sınırları içerisinde kaldığı belirlenmiş ve veri setinin normal dağılım varsayımını karşıladığı değerlendirilerek analizlerde parametrik testler tercih edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; veri toplama araçlarının (HLS-SF12 ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği) bu örneklemedeki ($n=453$) yapı geçerliklerini ve faktör yapılarını doğrulamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmış; ölçek ve alt boyutların iç tutarlılık güvenirlikleri ise Cronbach Alpha katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) tercih edilmiştir. Karşılaştırmalar öncesinde gruplar arası varyansların homojenliği Levene testi ile sınanmıştır. Varyans homojenliği varsayımının sağlandığı (Levene $p > 0,05$) karşılaştırmalarda standart ANOVA ve Scheffe post-hoc testi kullanılırken; homojenlik varsayımının ihlal edildiği (Levene $p < 0,05$) ve özellikle grup büyüklüklerinin dengesiz dağılım gösterdiği (eğitim düzeyi, sağlık güvencesi ve hekime erişim gibi) değişkenlerde dirençli bir teknik olan Welch ANOVA ve post-hoc değerlendirmelerde Games-Howell testi uygulanmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti Pearson korelasyon analizi ile; genel sağlık okuryazarlığı puanının yanı sıra ölçeğin alt boyutlarının da (Sağlık Hizmetleri, Hastalıklardan Korunma, Sağlığın Geliştirilmesi) erteleme davranışı ve alt boyutları üzerindeki yordayıcı etkileri ise kurulan basit ve çoklu doğrusal regresyon modelleri ile test edilmiştir.

3.5.Etik

Bu araştırma, bilimsel araştırma ve yayın etiği ilkelerine tam uyum çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırma verileri toplanmadan önce Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Tarih: 21.10.2025, Karar No: 2025-498) alınmıştır.

3.6.Aydınlatılmış Onam

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmış, dijital ortamda katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmış ve elde edilen verilerin anonimlik ilkesi çerçevesinde yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı taahhüt edilmiştir.

4. Bulgular

Araştırmaya katılan 453 bireyin cinsiyet dağılımının dengeli olduğu (%50,3 erkek, %49,7 kadın) ve katılımcıların geniş bir yaş yelpazesine (en yoğun %22,1 ile 46-55 yaş ve %21,9 ile 18-25 yaş) yayıldığı görülmektedir. Örneklemin büyük çoğunluğu evli (%60,9), yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip (%58,9), aktif olarak çalışan (%54,3) ve genel sağlık sigortası bulunan (%82,7) bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %43,3'ü gelirini "yeterli" olarak tanımlarken, %65,6'sının herhangi bir kronik hastalığı bulunmamakta ve büyük bir kısmı (%60,7) sağlık hizmetlerine kolay veya çok kolay erişebildiğini ifade etmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçekler (HLS-SF12 ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği) daha önce Türkçe geçerlik ve güvenirlikleri ortaya konulmuş ölçüm araçları olduğundan, ölçeklerin orijinal 3 boyutlu faktör

yapılarının bu örneklemdaki (n=453) yapı geçerliğini ve model uyumunu test etmek amacıyla Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Ölçeklerin iç tutarlık güvenirlikleri ise Cronbach Alpha katsayıları ile değerlendirilmiştir. Yapılan DFA sonuçlarına ait model uyum indeksleri ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları Tablo 1'de sunulmaktadır.

Tablo 1. Ölçeklerin Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Uyum İndeksleri ve Güvenirlik Değerleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	χ^2/df	CFI	TLI	RMS EA	SRMR	Cronbach Alpha
Sağlık Okuryazarlığı (HLS-SF12)	12	2,145	0,952	0,941	0,05	0,042	0,867
- Sağlık Hizmetleri	4	-	-	-	-	-	0,676
- Hastalıklardan Korunma	4	-	-	-	-	-	0,742
- Sağlığın Geliştirilmesi	4	-	-	-	-	-	0,776
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	11	2,312	0,961	0,95	0,054	0,046	0,889
- Kendi Kendine Çözüm Arama	3	-	-	-	-	-	0,776
- Harekete Geçmeme	4	-	-	-	-	-	0,844
- Kaçınma	4	-	-	-	-	-	0,783

* Kabul edilebilir ve iyi uyum ölçütleri: $\chi^2/df \leq 3,0$; CFI $\geq 0,90$; TLI $\geq 0,90$; RMSEA $\leq 0,08$; SRMR $\leq 0,08$ (Schermelleh-Engel vd., 2003; Kline, 2015)

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) sonuçları incelendiğinde, HLS-SF12 ölçeğinin ($\chi^2/df = 2,145$; CFI = 0,952; TLI = 0,941; RMSEA = 0,050; SRMR = 0,042) ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği'nin ($\chi^2/df = 2,312$; CFI = 0,961; TLI = 0,950; RMSEA = 0,054; SRMR = 0,046) orijinal üç boyutlu yapılarının bu örnekleme kabul edilebilir ve iyi düzeyde uyum gösterdiği belirlenmiştir. Ölçek maddelerine ait standartlaştırılmış faktör yüklerinin HLS-SF12 için 0,52–0,85, Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği için ise 0,55–0,89 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu bulgular, her iki ölçüm aracının da mevcut örnekleme faktör yapısının desteklendiğini ve yapı geçerliğine ilişkin yeterli kanıt sağladığını göstermektedir. Dolayısıyla, izleyen karşılaştırmalı ve ilişkisel analizlerin (t-testi, ANOVA, korelasyon ve regresyon) doğrulanmış faktör yapıları temelinde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Ölçeklerin ölçüm güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde ise Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin 12 maddelik genel Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,867 olarak oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ait güvenirlik katsayıları sırasıyla; "Sağlık Hizmetleri" için 0,676 (kabul edilebilir düzeyde), "Hastalıklardan Korunma" için 0,742 ve "Sağlığın Geliştirilmesi" için 0,776 olarak tespit edilmiştir.

Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği'nin 11 maddelik genel Cronbach Alpha katsayısı ise 0,889 olarak hesaplanarak yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur. Bu ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; "Kendi Kendine Çözüm Arama" boyutu 0,776, "Harekete Geçmeme" boyutu 0,844 ve "Kaçınma" boyutu 0,783 Cronbach Alpha değerlerine sahiptir. Elde edilen bu katsayılar, kabul edilebilir güvenirlik sınırı olan 0,70 değeri referans alındığında, araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin ve alt boyutlarının genel olarak iyi ve yüksek düzeyde güvenilir birer ölçüm aracı olduğunu doğrulamaktadır.

Tablo 2'de, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarının sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik bulgular verilmiştir:

Tablo 2. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik Veriler / Gruplar	n	Sağlık Okuryazarlığı (Toplam)				Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı (Toplam)			
		$\bar{x} \pm ss$	t / F	p	Post-hoc Test	$\bar{x} \pm ss$	t / F	p	Post-hoc Test
Cinsiyet									
- Erkek	228	2,84±0,48	t = - 0,629	0,530	-	2,39±0,79	t = 1,467	0,143	-
- Kadın	225	2,87±0,48				2,29±0,66			
Yaş									
- 18–25	99	2,89±0,49	F = 0,722	0,577	-	2,70±0,70	F = 13,534	0,001	18–25 > Diğerleri 56+ < Diğerleri
- 26–35	90	2,91±0,43				2,39±0,74			
- 36–45	94	2,85±0,48				2,37±0,69			
- 46–55	100	2,82±0,51				2,19±0,70			
- 56 ve üzeri	70	2,80±0,50				1,96±0,61			
Medeni Durum									
- Bekar	143	2,86±0,51	t = - 0,280	0,780	-	2,65±0,72	t = 6,011	0,001	Bekar > Evli
- Evli	276	2,87±0,47				2,22±0,69			
Eğitim Düzeyi									
- Düşük	36	2,66±0,63	F = 3,412	0,034	Yüksek > Düşük	1,90±0,69	F = 7,401	0,001	Düşük > Orta ve Yüksek
- Orta (Lise)	150	2,86±0,48				2,37±0,74			
- Yüksek	267	2,88±0,45				2,38±0,71			
Çalışma Durumu									
- Çalışıyor	246	2,89±0,49	F = 2,534	0,056	Çalışıyor or > Emekli	2,38±0,73	F = 6,338	0,001	Diğerleri > Emekli
- Öğrenci	70	2,90±0,48				2,69±0,75			
- Çalışmıyor	79	2,84±0,43				2,19±0,61			
- Emekli	58	2,70±0,50				1,96±0,65			
Gelir Durumu									
- Düşük (Yetersiz)	91	2,71±0,52	F = 9,056	0,001	Yüksek > Orta ve Düşük	2,49±0,74	F = 3,249	0,04	Düşük > Yüksek
- Orta	140	2,81±0,48				2,37±0,78			
- Yüksek (Yeterli)	222	2,95±0,45				2,26±0,68			
Sağlık Güvencesi									
- Genel Sigorta	372	2,86±0,49	F = 1,555	0,212	-	2,30±0,72	F = 5,519	0,004	Yok > Genel Sigorta
- Özel Sigorta	36	2,93±0,47				2,36±0,64			
- Yok	42	2,75±0,43				2,69±0,79			
Kronik Hastalık									
- Yok	297	2,87±0,45	t = 0,534	0,594	-	2,43±0,71	t = 4,785	0,001	Yok > Var
- Var	132	2,84±0,56				2,08±0,71			
Hekime Başvuru									

- Az (0-2 kez)	211	2,86±0,49	F = 1,718	0,181	-	2,44±0,76	F = 6,180	0,002	Az ve Orta > Yüksek
- Orta (3-5 kez)	164	2,89±0,48				2,33±0,72			
- Yüksek (6+ kez)	78	2,77±0,44				2,10±0,59			
Hekime Erişim									
- Zor	48	2,49±0,48	F = 26,450	0,001	Kolay > Orta > Zor	2,52±0,77	F = 4,858	0,008	Zor ve Orta > Kolay
- Orta	130	2,76±0,45				2,45±0,75			
- Kolay	275	2,97±0,45				2,26±0,70			

Not: $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma. İki kategorili değişkenlerde Bağımsız Örneklem t-testi, üç ve daha fazla kategorili değişkenlerde ise varyansların homojenliğine (Levene testi) bağlı olarak Standart ANOVA veya Welch ANOVA (F/Welch F istatistiği) uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak esas alınmıştır. Gruplar arası farkların kaynağını belirlemek üzere, varyansların homojen olduğu durumlarda Scheffe, heterojen olduğu veya grup büyüklüklerinin belirgin fark gösterdiği değişkenlerde (Eğitim Düzeyi, Sağlık Güvencesi, Hekime Erişim) Games-Howell post-hoc testinden yararlanılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı açısından, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, sağlık güvencesi, kronik hastalık ve hekime başvuru sıklığı değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın; eğitim düzeyi, gelir durumu ve hekime erişim kolaylığı değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Grup içi varyans homojenliği sınamalarına dayalı post-hoc analiz sonuçları değerlendirildiğinde; varyans homojenliğinin korunduğu gruplarda Scheffe, varyansların heterojenlik gösterdiği veya örneklem büyüklüklerinin dengesiz dağıldığı eğitim düzeyi ve hekime erişim değişkenlerinde ise Games-Howell testi sonuçları esas alınmıştır. Analizler, eğitim düzeyi yüksek olanların, geliri yeterli olanların ve hekime kolay erişebildiğini ifade eden katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek bir eğilim sergilediğini göstermektedir. Çalışma durumunda ise sınırda bir anlamlılık ($p=0,056$) gözlenmiş olup çalışan bireylerin emeklilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı açısından ise cinsiyet ($p>0,05$) haricindeki tüm sosyo-demografik değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Post-hoc analizlerine göre; gençlerin (18-25 yaş), bekarların, eğitim düzeyi ve geliri düşük olanların, aktif çalışanlar ile öğrencilerin, sağlık güvencesi bulunmayanların, kronik hastalığı olmayanların, hekime daha nadir başvuranların ve hekime erişimde zorluk yaşayan bireylerin sağlık hizmeti talebini erteleme puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırma kapsamında katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarına ilişkin puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği ile bu ölçeklere ait alt boyutlardan elde edilebilecek teorik minimum-maksimum değerler, katılımcıların fiilen aldıkları puanların ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (ss) değerleri Tablo 3'te sunulmaktadır.

Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Boyutlar	n	Alınabilecek Min. Puan	Alınabilecek Maks. Puan	Ortalama	St. Sapma
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Genel)	453	1	4	2,86	0,48
- Sağlık Hizmetleri	453	1	4	2,84	0,53
- Hastalıklardan Korunma	453	1	4	2,75	0,6
- Sağlığın Geliştirilmesi	453	1	4	2,98	0,56
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği (Genel)	453	1	5	2,34	0,73
- Kendi Kendine Çözüm Arama	453	1	5	2,53	0,87
- Harekete Geçmeme	453	1	5	2,18	0,9
- Kaçınma	453	1	5	2,37	0,8

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamasının 2,86 (ss = 0,48) olduğu görülmektedir. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde, en yüksek ortalamanın sağlığın geliştirilmesi boyutunda ($\bar{x}$ = 2,98; ss = 0,56) olduğu, bunu sırasıyla sağlık hizmetleri ($\bar{x}$ = 2,84; ss = 0,53) ve hastalıklardan korunma ($\bar{x}$ = 2,75; ss = 0,60) boyutlarının izlediği belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin (1 ile 4 puan aralığı dikkate alındığında) genel olarak orta seviyede olduğunu göstermektedir.

Diğer yandan, katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışı genel puan ortalamasının 2,34 (ss = 0,73) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, en yüksek ortalamanın kendi kendine çözüm arama boyutunda ($\bar{x}$ = 2,53; ss = 0,87) yer aldığı görülmektedir. Bunu sırasıyla kaçınma ($\bar{x}$ = 2,37; ss = 0,80) ve en düşük ortalamaya sahip olan harekete geçmeme ($\bar{x}$ = 2,18; ss = 0,90) boyutları takip etmektedir.

Bu istatistiksel sonuçlar; bireylerin sağlık sistemine başvurmayı ertelediklerinde eylemsiz kalmaktan (harekete geçmeme) ziyade, daha çok çevrelerinden tavsiye alma veya internetten araştırma yapma gibi alternatif kendi kendine çözüm arayışlarına yönelme eğiliminde olduklarını ifade etmektedir.

Araştırma kapsamında, bağımsız değişken olan sağlık okuryazarlığı ile bağımlı değişken olan sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ve bu ölçeklere ait alt boyutlar arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişkileri gösteren korelasyon katsayıları (r) ile istatistiksel anlamlılık düzeyleri (p) Tablo 4'te sunulmaktadır:

Tablo 4. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

Değişkenler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Sağlık Hizmetleri	1	,611**	,575**	,843**	0,073	-,136**	-,092*	-0,074
(2) Hastalıklardan Korunma	,611**	1	,603**	,872**	-0,037	-,146**	-,106*	-,120*
(3) Sağlığın Geliştirilmesi	,575**	,603**	1	,849**	0,048	-0,029	-,106*	-0,040
(4) Sağlık Okuryazarlığı	,843**	,872**	,849**	1	0,030	-,122**	-,119*	-,092*
(5) Kendi Kendine Çözüm Arama	0,073	-0,037	0,048	0,030	1	,484**	,472**	,733**
(6) Harekete Geçmeme	-,136**	-,146**	-0,029	-,122**	,484**	1	,740**	,903**
(7) Kaçınma	-,092*	-,106*	-,106*	-,119*	,472**	,740**	1	,887**
(8) Sağlık Hizmeti Talep Ertelleme Davranışı	-0,074	-,120*	-0,040	-,092*	,733**	,903**	,887**	1

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır. **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla uygulanan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre; katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanı ile sağlık hizmeti talep erteleme toplam puanı arasında istatistiksel olarak tam sınır değerde ve zayıf düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,092$; $p=0,050$). Alt boyutlar incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı boyutlarının özellikle erteleme davranışının "harekete geçmeme" ($r=-0,136$; $p<0,01$) ve "kaçınma" ($r=-0,092$; $p<0,05$) alt boyutlarıyla negatif yönlü anlamlı ilişkiler sergilediği görülmüştür. Buna karşın, kendi kendine çözüm arama boyutu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 4).

Araştırmada, bağımsız değişken olan sağlık okuryazarlığının (hem genel toplam düzeyinde hem de alt boyutları bazında) bağımlı değişken olan sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Kurulan regresyon modellerinin istatistiksel geçerliliğini ve açıklayıcılık gücünü değerlendirmek üzere regresyon katsayısı (R^2), düzeltilmiş regresyon katsayısı (Adj. R^2) ve F istatistiği değerleri dikkate alınmıştır. Ayrıca, analiz varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını test etmek için modellerdeki çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) problemi Varyans Şişirme Faktörü (VIF) ile, otokorelasyon durumu ise Durbin-Watson istatistiği ile incelenmiş olup, değişkenlere ait etki katsayıları (β) ve anlamlılık düzeylerini gösteren bulgular Tablo 5'te sunulmaktadır:

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığının Erteleme Davranışı Üzerine Etkisi

	Bağımlı Değişkenler				
	Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı	Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı	Harekete Geçmeme	Kaçınma	Kendi Kendine Çözüm Arama
Bağımsız Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Sağlık Okuryazarlığı	-,092**				
Sağlık Hizmetleri		-,020	-,117*	-,025	,130**
Hastalıklardan Korunma		-,142**	-,152**	-,055	-,157**
Sağlığın Geliştirilmesi		0,057	,130**	-,058	,068
Sabit	2,740***	2,675***	2,755***	2,927***	2,232***
Model Özellikleri					
F	3,872	2,467	5,325	2,173	2,832
F Sig. (ANOVA)	0,050	0,062(a.d.)	0,001	0,090(a.d.)	0,038
R ²	0,009	0,016	0,034	0,014	0,019
Adj R ²	0,006	0,010	0,028	0,008	0,012
Durbin Watson	1,792	1,792	1,882	1,893	1,884
VIF Değer Aralığı	1	1,759-1,879	1,759-1,879	1,759-1,879	1,759-1,879
* $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; a.d.: Anlamli değil ($p > 0,05$). Not: Model 2, Model 3, Model 4 ve Model 5'te bağımsız değişken seti aynı alt boyutlardan (Sağlık Hizmetleri, Hastalıklardan Korunma, Sağlığın Geliştirilmesi) olduğundan, bu modeller için hesaplanan VIF (Varyans Şişme Faktörü) değer aralıkları (1,759–1,879) doğal olarak aynıdır. Tüm VIF değerlerinin 5'in oldukça altında olması, modellerde çoklu bağlantı sorunu bulunmadığına işaret etmektedir.					

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları bütüncül olarak incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerindeki etkisinin hem alt boyutlara hem de davranış türlerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Araştırma kapsamında kurulan ilk modele göre, sağlık okuryazarlığı toplam puanının genel talep erteleme davranışı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak tam sınır değerinde kaldığı ($F=3,872$; $p=0,050$; $\beta=-0,092$) tespit edilmiştir. Modelin açıklayıcılık gücünün oldukça zayıf olması (Düzeltilmiş $R^2=0,006$) ise toplam varyansın yalnızca %0,6'sının sağlık okuryazarlığı ile açıklandığını göstermektedir. Bu durum, bulgunun istatistiksel olarak sınırda kaldığına ve pratik/klinik etki büyüklüğünün son derece zayıf olduğuna işaret etmektedir. Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının genel ertelemeye etkisinin incelendiği ikinci modelde ise (%90 güven aralığında $p=0,062$), yalnızca hastalıklardan korunma boyutunun erteleme davranışını negatif yönlü yordayan anlamlı bir değişken olduğu ($\beta=-0,142$) belirlenmiş, diğer alt boyutların istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır.

Erteleme davranışının alt boyutları spesifik olarak ele alındığında, modeller arasındaki açıklayıcılık düzeylerinin farklılaştığı dikkat çekmektedir. Bireylerin eylemsiz kalma durumunu öngören harekete geçmeme davranışına yönelik kurulan üçüncü model, regresyon modelleri arasında en yüksek açıklayıcılığa sahip (Düzeltilmiş $R^2=0,028$) ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı ($p=0,001$) model olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgulara göre, bireylerin sağlık hizmetleri ($\beta=-0,117$) ve hastalıklardan korunma ($\beta=-0,152$) okuryazarlığı arttıkça eylemsiz kalma eğilimleri düşerken; sağlığın geliştirilmesi boyutu eylemsizlik eğilimi ile pozitif yönlü ilişki sergilemektedir ($\beta=0,130$). Kendi kendine çözüm arama davranışını öngören beşinci model de istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ($p=0,038$) olup, bu arayışların hastalıklardan korunma okuryazarlığı yüksek bireylerde daha düşük olduğu ($\beta=-0,157$), sağlık hizmetleri okuryazarlığı yüksek bireylerde ise daha yüksek olduğu ($\beta=0,130$) görülmüştür. Öte yandan, kaçınma davranışına yönelik kurulan dördüncü modelde hiçbir sağlık okuryazarlığı boyutunun doğrudan anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p=0,090$). Bu durum, kaçınma eğiliminin bilişsel bir okuryazarlık eksikliğinden ziyade bu değişkenlerden bağımsız olarak şekillendiğini düşündürmektedir.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, sağlık okuryazarlığının talep erteleme davranışı ile ilişkisi genel düzeyde oldukça sınırlı kalmasına rağmen, alt boyutlar bazında özellikle hastalıklardan korunma yetkinliğinin, erteleme eğilimiyle negatif yönlü ilişki sergileyen en belirgin boyut olduğu gözlenmiştir. Elde edilen tüm bu istatistiksel sonuçlar, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının sadece bilişsel bilgi eksikliğiyle açıklanamayacak kadar çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve bu davranışın sosyo-demografik faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamında kurgulanan alt-hipotezlerin test sonuçları ve karar durumları Tablo 6'da bütüncül olarak sunulmuştur.

Tablo 6. Araştırma Hipotezlerinin Test Sonuçları Özeti

Hipotez	İfade	Test Yöntemi	Test İstatistiği (t / F / β)	p Değeri	Karar
H1	Sağlık okuryazarlığı → Talep erteleme	Regresyon	$\beta = -0,092$ (F=3,872)	p = 0,050	KABUL
H2a	Sağlık okuryazarlığı — Cinsiyet	t-Testi	t = -0,629	p = 0,530	RED
H2b	Sağlık okuryazarlığı — Yaş	ANOVA	F = 0,722	p = 0,577	RED
H2c	Sağlık okuryazarlığı — Medeni Durum	t-Testi	t = -0,280	p = 0,780	RED
H2d	Sağlık okuryazarlığı — Eğitim Düzeyi	ANOVA	F = 3,412	p = 0,034	KABUL
H2e	Sağlık okuryazarlığı — Çalışma Durumu	ANOVA	F = 2,534	p = 0,056	RED
H2f	Sağlık okuryazarlığı — Gelir Durumu	ANOVA	F = 9,056	p = 0,001	KABUL
H2g	Sağlık okuryazarlığı — Sağlık Güvencesi	ANOVA	F = 1,555	p = 0,212	RED
H2h	Sağlık okuryazarlığı — Kronik Hastalık	t-Testi	t = 0,534	p = 0,594	RED
H2i	Sağlık okuryazarlığı — Hekime Başvuru	ANOVA	F = 1,718	p = 0,181	RED
H2j	Sağlık okuryazarlığı — Hekime Erişim	ANOVA	F = 26,450	p = 0,001	KABUL
H3a	Talep erteleme — Cinsiyet	t-Testi	t = 1,467	p = 0,143	RED
H3b	Talep erteleme — Yaş	ANOVA	F = 13,534	p = 0,001	KABUL
H3c	Talep erteleme — Medeni Durum	t-Testi	t = 6,011	p = 0,001	KABUL
H3d	Talep erteleme — Eğitim Düzeyi	ANOVA	F = 7,401	p = 0,001	KABUL
H3e	Talep erteleme — Çalışma Durumu	ANOVA	F = 6,338	p = 0,001	KABUL
H3f	Talep erteleme — Gelir Durumu	ANOVA	F = 3,249	p = 0,040	KABUL
H3g	Talep erteleme — Sağlık Güvencesi	ANOVA	F = 5,519	p = 0,004	KABUL
H3h	Talep erteleme — Kronik Hastalık	t-Testi	t = 4,785	p = 0,001	KABUL
H3i	Talep erteleme — Hekime Başvuru	ANOVA	F = 6,180	p = 0,002	KABUL
H3j	Talep erteleme — Hekime Erişim	ANOVA	F = 4,858	p = 0,008	KABUL

* $p < 0,05$ anlamlılık düzeyini ifade etmektedir.

Yapılan analizler sonucunda; ana hipotez H1 kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmasını inceleyen H2 alt-hipotezlerinden H2d (eğitim), H2f (gelir) ve H2j (hekime erişim) kabul edilmiş; çalışma durumunu sınavan H2e (p = 0,056) dahil olmak üzere diğer H2 alt-hipotezleri reddedilmiştir. Sağlık hizmeti talep erteleme davranışının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmasını inceleyen H3 alt-hipotezlerinden ise cinsiyeti inceleyen H3a haricindeki tüm alt-hipotezler (H3b-H3j) istatistiksel olarak anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.

5. Tartışma

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak tam sınır değerde ve zayıf düzeyde negatif bir ilişki ($r = -0,092$, $p = 0,050$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,006$) tespit edilmiştir. Elde edilen bu zayıf ilişki örüntüsü, literatürde genel sağlık sonuçlarına ve genel hizmet kullanımına odaklanan temel çalışmaların (Baker, 2006; Berkman vd., 2011) aksine; bilişsel okuryazarlığın spesifik bir

karar/davranışsal çıktı olan sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerindeki doğrudan açıklayıcılığının oldukça sınırlı kaldığına işaret etmektedir. Doğrudan sağlık arama davranışı ve erteleme odağındaki güncel araştırmalar ile (Akakpo ve Neuerer, 2024; Erişen, 2024; Fan vd., 2021) kıyaslandığında ise bu bulgu, genel okuryazarlık artışının erteleme davranışını önlemede tek başına yeterli olamayacağını göstererek spesifik erteleme literatürüne temkinli bir katkı sunmaktadır. Alt boyutlar bazında incelendiğinde ise özellikle hastalıklardan korunma boyutundaki yetkinliğin erteleme eğilimi ile en güçlü negatif ilişkiye sahip olan faktör olduğu görülmüştür. Ancak oldukça dikkat çekici bir şekilde, sağlık hizmetleri okuryazarlığı yüksek olan bireylerin kendi kendine çözüm arama eğilimlerinin daha yüksek düzeyde seyrettiği saptanmıştır. Bu durum, sağlık sistemine dair bilgi düzeyi yüksek olan bireylerin, hekime başvurmak yerine dijital bilgi kaynaklarına veya alternatif tedavi yollarına yönelerek aşırı özgüvenli bir tutum sergileyebileceklerini düşündürmektedir.

Regresyon modellerinde elde edilen düşük açıklayıcılık düzeyi (R^2), sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yalnızca bilişsel bilgi eksikliğiyle açıklanamayacağına işaret etmektedir. Özellikle araştırmanın bulgularında kaçınma davranışının sağlık okuryazarlığı tarafından anlamlı bir şekilde yordanmaması son derece önemlidir. Bu sonuç, bireylerin sağlık hizmetine başvurmayı bilgi eksikliğinden ziyade; korku, damgalanma endişesi (Stead vd., 2010), hastalığı ciddiye almama, stres faktörleri (Sirois, 2023) veya sisteme güvensizlik (Söyler, 2024) gibi psikolojik ve motivasyonel süreçlerle ertelediklerini doğrulamaktadır. Literatürde erteleme davranışını bir duygu düzenleme stratejisi olarak ele alan yaklaşımlar da bireylerin olumsuz duygulardan kaçınmak amacıyla tıbbi eylemleri bilinçli olarak ötelediğini göstermektedir. Bu durum, Andersen'in Davranışsal Modeli'nde de vurgulandığı üzere, sağlık davranışlarının bireysel, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerinin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapı olduğunu teyit etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaştığını sınavan H2 alt-hipotezlerinden H2d (eğitim), H2f (gelir) ve H2j (hekime erişim) kabul edilirken; cinsiyet (H2a), yaş (H2b), medeni durum (H2c), H2e (çalışma durumu), sağlık güvencesi (H2g), kronik hastalık (H2h) ve hekime başvuru sıklığına (H2i) odaklanan alt-hipotezler reddedilmiştir. Düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip, sağlık güvencesi bulunmayan ve hizmete erişimde zorlanan bireylerin sağlık okuryazarlığının anlamlı düzeyde düşük çıkması, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU) ve literatürdeki diğer çalışmalarla (Kutner vd., 2006; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007) güçlü bir paralellik göstermektedir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel bir yetkinlik olmadığını; bireylerin ekonomik kaynakları ve sağlık sistemiyle etkileşimleri neticesinde şekillenen yapısal ve sosyal bir kapasite olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, ileri yaş gruplarında ve emeklilerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşmesi, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bilişsel değişimlerin ve özellikle e-sağlık platformlarına erişimde yaşanan dijital zorlukların bir yansıması olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan biri, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının belirleyicilerine ilişkin ortaya çıkmış ve cinsiyeti sınavan H3a dışındaki tüm H3 alt-hipotezleri (H3b-H3j) desteklenmiştir. Genç bireylerin ve bekarların sağlık risklerini daha düşük algılayarak erteleme davranışını daha sık sergilemeleri, literatürle (Adler vd., 1994; Marmot, 2005; Özen, 2026) büyük ölçüde uyumludur. Bu durum, genç bireylerin zaman indirgeme (time discounting) mekanizmasıyla hareket ederek, uzun vadeli sağlık kazanımları yerine kısa vadeli konforlarını tercih ettikleri (Silkane ve Austers, 2018) şeklinde yorumlanabilir. Buna karşılık, kronik hastalığı olan ve yaşlı bireylerin sağlık sistemine daha bütünleşmiş bir yapı sergilemesi ve erteleme eğilimlerinin düşük olması, Andersen'in algılanan ihtiyaç kavramını doğrudan desteklemektedir. Düzenli tıbbi takibe ihtiyaç duyan bireyler, sağlık hizmetlerinden kaçınmak yerine sisteme daha hızlı başvurumaktadırlar.

Ekonomik faktörler ve sağlık sistemine erişim boyutları incelendiğinde; düşük gelir grubuna sahip ve sağlık güvencesi olmayan bireylerin erteleme davranışını (özellikle eylemsiz kalma ve kaçınma boyutlarında) daha yüksek düzeyde sergiledikleri tespit edilmiştir (Ratnapradipa vd., 2023; Uzun ve Akın, 2025). Sağlık hizmetlerinin doğrudan maliyetleri, ulaşım güçlükleri ve iş gücü kaybı gibi ekonomik bariyerler, bireylerin profesyonel hizmet kullanımını ertelemesine yol açmaktadır. Ayrıca fiziksel ve kurumsal erişim zorlukları

(randevu bulamama, uzaklık vb.) ile hekime daha seyrek başvurma durumunun, erteleme davranışının daha yüksek gözlenmesiyle ilişkili temel unsurlar olduğu saptanmıştır. Hizmetlere erişimin zorlaşması, hastaları sisteme başvurmadan vazgeçirerek kendi kendine çözüm arama eğilimlerine itmektedir (Peters vd., 2008; Waters, 2000).

Genel bir değerlendirme yapıldığında, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının sadece bireysel tercihler ve bilişsel sağlık okuryazarlığındaki yetersizliklerle açıklanamayacak kadar karmaşık olduğu görülmektedir. Bu davranış; psikolojik kaçınma stratejileri, ekonomik engeller, sistemsel kısıtlılıklar ve sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyo-demografik eşitsizliklerle doğrudan bağlantılıdır. Elde edilen tüm bu sonuçlar, erteleme davranışını azaltmak amacıyla geliştirilecek müdahalelerin yalnızca sağlık eğitimi ve okuryazarlık odaklı kalmaması gerektiğini; bireylerin psikolojik bariyerlerini aşmalarını sağlayacak iletişim stratejileri ile fiziksel/finansal erişimi kolaylaştıracak yapısal sağlık politikaları ile desteklenmesinin zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır.

6. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişki incelenmiş ve her iki değişkenin sosyo-demografik faktörlerle olan etkileşimi analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda, sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak tam sınır değerinde ($p=0,050$) kaldığı ve pratik etki büyüklüğü açısından oldukça zayıf bir açıklayıcılığa (Düzeltilmiş $R^2 = \%0,6$) sahip olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, bireylerin sağlık davranışlarının sadece bilgi eksikliğiyle açıklanamayacağını; ekonomik, yapısal ve davranışsal faktörlerin karmaşık etkileşimi ile şekillendiğini ortaya koymaktadır. Sosyo-demografik değişkenlerin etkisini inceleyen H2 alt-hipotezlerinden eğitim (H2d), gelir (H2f) ve hekime erişim (H2j) kabul edilirken; diğer H2 alt-hipotezleri reddedilmiştir. Sağlık hizmeti talep erteleme davranışının sosyo-demografik farklılaşmalarını inceleyen H3 alt-hipotezlerinden ise cinsiyet (H3a) hariç tüm alt-hipotezler (H3b-H3j) kabul edilmiştir. Özellikle düşük gelir düzeyine sahip olma, sağlık güvencesinin bulunmaması ve sağlık hizmetlerine (hekime) erişimde yaşanan zorlukların, bireylerin sağlık hizmetlerine başvurularını önemli ölçüde geciktirdiği tespit edilmiştir. Öte yandan, kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık sistemine daha iyi entegre oldukları ve düzenli hekime başvuran bireylerde erteleme davranışının azaldığı görülmüştür. Tüm bu sonuçlar, sağlık davranışlarını açıklayan teorik modellerin sadece bilişsel okuryazarlık faktörlerine değil, sistemsel düzenlemelere ve yapısal engellere de odaklanması gerektiğini göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar, talep erteleme davranışını azaltmak için salt eğitim odaklı müdahalelerin yetersiz kalacağını; erişim ve maliyet odaklı politikaların da hayata geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu doğrultuda, özellikle düşük eğitim ve düşük gelir gruplarında yer alan bireylere yönelik sağlık okuryazarlığını artıracak hedeflenmiş eğitim programlarının planlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine fiziksel erişimi zor olan bireyler için mobil sağlık hizmetleri ve dijital sağlık uygulamaları gibi alternatif hizmet modelleri geliştirilmeli, sağlık güvencesi bulunmayan bireylerin hizmetlerden yararlanmasını kolaylaştıracak sosyal politika araçları ve finansal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Ayrıca, hastalık riski algısı düşük olan genç ve sağlıklı bireylerin hizmet kullanımını teşvik edecek farkındalık çalışmaları yapılmalı, bireylerin düzenli kontrollere yönlendirilmesini sağlayacak koruyucu ve önleyici sağlık politikaları yaygınlaştırılmalıdır. Bunlara ek olarak, bireylerin sağlık sistemine duyduğu güveni artırmak için hizmet kalitesini iyileştirici yapısal adımlar atılması büyük önem taşımaktadır.

6.1.Sınırlılıklar

Araştırmanın sonuçları değerlendirilirken dikkate alınması gereken çeşitli yöntemsel kısıtlılıklar bulunmaktadır. Araştırmanın kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir tasarıma sahip olması, değişkenler arasında belirli bir zaman dilimindeki durumu yansıtmakta ancak kesin bir nedensellik ilişkisi kurmayı zorlaştırmaktadır. Bunun yanı sıra, verilerin çevrimiçi ortamda toplanması nedeniyle yalnızca dijital okuryazarlığı olan ve internet erişimine sahip gönüllü bireylere ulaşılabilmüş; bu durum toplumdaki bazı dezavantajlı kesimlerin örnekleme yeterince temsil edilememesine neden olmuştur. Bu durum bir kısıtlılık olmakla birlikte,

araştırmanın bulguları açısından çarpıcı bir gerçeği ortaya koymaktadır: Dijital araçları kullanabilen ve görece daha avantajlı kabul edilen bu grupta dahi sağlık okuryazarlığının talep erteleme üzerindeki etkisinin zayıf kalması ve ekonomik/erişim temelli yapısal engellerin ön plana çıkması, dijital erişimi olmayan daha dezavantajlı gruplarda bu engellerin çok daha şiddetli yaşanabileceğini (en iyi senaryo varsayımıyla) işaret etmektedir. Ayrıca, verilerin yalnızca katılımcıların kendi beyanlarına dayanması da araştırmanın bir diğer önemli sınırlılığıdır.

Mevcut araştırmanın sınırlılıkları ışığında gelecek araştırmalar için çeşitli öneriler sunulabilir. Araştırmadaki çevrimiçi veri toplama kısıtını aşmak ve daha kapsayıcı sonuçlar elde etmek adına; internet erişimi olmayan kırsal bölgelerdeki, ileri yaşlardaki veya dezavantajlı gruplardaki bireylere ulaşmayı sağlayacak yüz yüze anket veya mülakat yöntemlerinin kullanıldığı karma desenli çalışmaların tasarlanması faydalı olacaktır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki değişkenler arası nedensellik ilişkisini doğrudan sınavabilmek için boylamsal araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir. Son olarak, katılımcıların kendi beyanlarına ek olarak, hastanelerin başvuru sıklığı, randevu iptal/erteleme kayıtları ve hasta dosyaları gibi objektif sağlık sistemi verilerinin de analize dâhil edildiği daha geniş çaplı çalışmalar, alandaki literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

Not:

Bu çalışma, birinci yazarın danışmanlığında, ikinci yazar tarafından tamamlanan “*Toplumdaki Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*” başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Kaynakça

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.15>
- Afşar, F., & Özkan, A. (2023). The health literacy and health-seeking behavior of patients with a chronic disease requiring hospitalization. *Cam & Sakura Medical Journal*, 3(1), 19–26. <https://doi.org/10.4274/csmedj.galenos.2022.2022-11-13>
- Akakpo, M. G., & Neuerer, M. (2024). The relationship between health literacy and health-seeking behavior amongst university students in Ghana: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 7(5), e2153. <https://doi.org/10.1002/hsr.2.2153>
- Akyüz, S. (2021). Sağlık okuryazarlığı araştırmalarının bibliyometrik analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 402–416. <https://doi.org/10.54005/geneltip.975248>
- 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>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Çağatay, A. (2024). Hekime güvenin sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerine etkisi. *Turkish Studies-Economics, Finance, Politics*, 19(1), 143–157. <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.73785>
- Duong, T. V., Aringazina, A., Kayupova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., ... Chang, P. W. (2019). Development and validation of a new short-form health literacy instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e91–e102. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190225-01>

- Erişen, M. A. (2024). Effect of health literacy and patient activation on health-seeking behaviour: A cross-sectional study in Turkey. *Health Expectations*, 27(5), e70052. <https://doi.org/10.1111/hex.70052>
- Fan, Z., Yang, Y., Yin, R., Tang, L., & Zhang, F. (2021). Effect of health literacy on decision delay in patients with acute myocardial infarction. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8, 754321. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.754321>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 17.0 update* (10th ed.). Pearson
- Karahan Yılmaz, S., & Eskici, G. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 19–25.
- Kickbusch, I., & Brindley, C. (2013). *Health in the post-2015 development agenda: An analysis of the UN-led thematic consultations, High-Level Panel report and sustainable development debate in the context of health*. World Health Organization.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Publications
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006–483). National Center for Education Statistics.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Özen, M. Y. (2026). Predictors of healthcare demand procrastination among young adults: Perceived access and health literacy. *Journal of Contemporary Medicine*, 16(2), 102–108. <https://doi.org/10.16899/jcm.1877781>
- Özkan, S., Uğraş Dikmen, A., Baran Aksakal, F., Çalışkan, D., Tüzün, H., Taşçı, Ö., ... (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Sağlık Bakanlığı.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl. 1), S19–S26.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Ratnapradipa, K. L., Jadhav, S., Kabayundo, J., Wang, H., & 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>
- Sağlık Bakanlığı. (2024). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Silkane, V., & Austers, I. (2018). Health procrastination: The experience of 35–44 years old men. *SHS Web of Conferences*, 51, 03002. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184002007>
- Sirois, F. M. (2023). Procrastination and stress: A conceptual review of why context matters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5031. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065031>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- 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., Kırac, R., Yılmaz, G., & Çiftçi Kırac, F. (2022). Healthcare demand procrastination scale: Development and validation study. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(2), 617–626. <https://doi.org/10.30621/jbachs.1068530>
- Stead, R., Shanahan, M. J., & Neufeld, R. W. J. (2010). “I’ll go to therapy, eventually”: Procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.028>
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1–e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- Şantaş, G., Şantaş, F., & Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 781–796.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Uzun, S. U., & Akın, M. (2025). 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>
- van Dijk, D. A., Meijer, R. M., van den Boogaard, T. M., Spijker, J., Ruhé, H. G., & Peeters, F. P. M. L. (2023). Worse off by waiting for treatment? The impact of waiting time on clinical course and treatment outcome for depression in routine care. *Journal of Affective Disorders*, 322, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.011>
- Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51(4), 599–612. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00003-4)
- Weissman, J. S., Stern, R., Fielding, S. L., & Epstein, A. M. (1991). Delayed access to health care: Risk factors, reasons, and consequences. *Annals of Internal Medicine*, 114(4), 325–331. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-4-325>