

**BSAD**

**Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi**

Sayı 14, (Ağustos 2020), ss. 26-43.



Telif Hakkı © Ankara Üniversitesi

## **Doğum Teminatı Sigortası Tercihinde Hamilelikte Risk Algısının Etkisi: Kadın Tüketiciler Üzerine Bir Araştırma**

**Alişan BALTACI**

*Yüksek İhtisas Üniversitesi*

### **Öz**

Bu çalışmanın amacı; hamilelikte risk algısının, tamamlayıcı sağlık sigortası türlerinden biri olan doğum teminatı sigortası tercihinde etkisi üzerine bir ölçme aracının ortaya konulmasıdır. Bu sebeple nicel bir veri formu oluşturularak çevrimiçi olarak dağıtılmış ve 472 kişiden gönüllülük esasına göre veri toplanmış olup; frekans, faktör, doğrulayıcı faktör ve güvenilirlik analizleri uygulanmıştır. Uygulanan analiz neticesinde 4 boyut ve 14 maddeden oluşan, yapı geçerliliğine ve yüksek güvenilirlik seviyesine sahip bir ölçme aracı elde edilmiştir. Ayrıca elde edilen verilere göre kadınların doğum teminatı sigortası satın alarak kendilerini daha güvende hissedecekleri ve hamilelik süreçlerini daha sorunsuz geçireceklerini düşündükleri anlaşılmaktadır.

### **Anahtar Sözcükler**

Doğum teminatı, doğum sigortası, algılanan risk, hamilelik, kadın tüketiciler  
JEL Sınıflaması: G22, I12, M31

### **Effect of Perceived Risk at Pregnancy on the Maternity Insurance Choice: A Research on Female Consumers**

### **Abstract**

The purpose of this research is understanding the thoughts of female consumers about the maternity insurance within the frame of perceived risk at pregnancy and developing a valid scale about the concept. For achieving this, a quantitative questionnaire form has been composed and delivered online. 472 valid form has been obtained. Frequency, factor, confirmatory factor and reliability analysis has been applied on the collected data. After all; a structurally valid measurement tool has been obtained which has 4 dimensions, 14 items with high reliability. Additionally, it has been understood that women think they would feel safer and having a better pregnancy if they buy maternity insurance.

### **Keywords**

Maternity insurance, perceived risk, pregnancy, female consumer, birth assurance  
JEL Classification: G22, I12, M31

## **GİRİŞ**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde özel sektörün girişimlerini arttırması ile beraber sigorta sektörünün de duruma süratle uyum gösterdiğini söylemek yerinde olacaktır. Bu uyumlaşma sürecinin sigortacılık açısından önemli enstrümanlarından biri de tamamlayıcı sağlık sigortasıdır.

Risk: “bireyin değer verdiği bir konuda ortaya çıkan belirsizlik ve kötü sonuçların ortaya çıkma olasılığı” olarak tanımlanmaktadır (Aven ve Renn, 2009: 6). Risk algısı ise gerçek riskten farklı olarak kişiden kişiye değişen bir yapıdır (Pilarski, 2009). Risk algısı ilk kez Bauer tarafından 1960 yılında belirsizlik ve olumsuz sonuçlar olmak üzere iki boyutlu bir yapı olarak ortaya konulmuştur. Kavram, Weinstein vd. (2007: 147) tarafından “bireyin olumsuz bir olayın

gerçekleşme olasılığına dair beklentisi” olarak tanımlanırken; Brewer vd. (2007: 136) tarafından ise “muhtemel zararlara dair inançlar” olarak ifade edilmektedir. Pilarski (2009) ise risk algısı kavramının halen tam olarak anlaşılmadığını ve oldukça karmaşık bir konu olduğunu ileri sürmektedir. Esasen sigortacılık sektörü de olası risklerin gerçekleşmesi durumunda meydana gelebilecek zararları telafi etmek üzere faaliyet göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların hamilelik süreci ile ilgili algıladıkları riskin tamamlayıcı sağlık sigortası şemsiyesi altında ele alınan doğum teminatı sigortası tercihlerine yönelik etkisi araştırılmaktadır.

## 1. İLGİLİ ÇALIŞMALAR

### 1.1. Doğum Teminatı Sigortası

Orhaner (2000: 76), özel sağlık sigortasını “bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür” şeklinde tanımlamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası (TSS) da özel sigorta kapsamında ele alınmaktadır. TSS, “hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık harcama risklerini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir sağlık sigortası türü” olarak tanımlanabilir (Erkek ve Erkek, 2012: 79; Aktaran: Özer vd., 2014: 4). Foubister vd. (2006: 3; Aktaran: Önder vd., 2006: 28) göre TSS, sosyal sağlık sigortasındaki eksiklikleri gidermek amacıyla ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı bir rol oynayabilir ve tipik olarak temel sağlık paketinde yer almayan daha az süre bekleme ya da bazı katılım ücretlerinin kapsanması gibi ekstra sağlık hizmetleri sağlayabilir (Önder vd., 2016: 28).

Doğum teminatı; genel itibarıyla hamilelikten önce yapılan testler, hamilelik durumunu doğrulamak için yapılan tetkikler, hekim tetkik ücretleri, doğumun gerçekleşmesi ile ilgili maliyetler, doğum kontrol giderleri, tıbbi bir zorunluluk sebebiyle yahut bireyin iradesi ile gebeliğin sona erdirilmesi (kürtaj) ve belirtilen bu hususlardan ortaya çıkabilecek komplikasyonlara yönelik maliyetleri kapsamaktadır (Atalay, 105).

Türkiye’de doğum teminatı sigortası hizmeti veren firmaların çevrimiçi olarak paylaşmış oldukları hizmet içeriklerine istinaden ülkemizdeki uygulamada hamileliğin sonlanmasından evvel satın alınan ve niteliğine göre çoğunlukla hamilelik sürecinin tamamını ve akabinde doğumdan sonraki belirli bir süreyi kapsayan tamamlayıcı sağlık sigortası türlerinden birisidir denilebilir. İncelenen firmaların (Anadolu Sigorta, Halk Sigorta, Allianz, Acıbadem, Demir Sağlık, Türk Nippon, Ray Sigorta) sundukları doğum teminatı hizmetinin içeriği de genel itibarı ile aşağıda belirtilen bileşenleri kapsamaktadır:

- Normal doğum,
- Sezaryen doğum,
- Rutin kontroller,
- Doktor muayenesi,
- Hamilelik komplikasyonları ile ilgili her türlü tedavi,
- İlaç,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Görüntüleme hizmetleri.

Uygulamada doğum teminatı hizmetinin, genellikle aşı, tıbbi testler ve muayene gibi hizmetleri kapsayan yeni doğan bebek teminatı ile bir arada kullanıldığını da sigorta firmalarının kendi internet sitelerinde ifade ettiklerini belirtmekte fayda vardır.

Doğum teminatı, hamile kadınlar açısından ele alındığında hamilelik sürecinin tıbbi olarak takibini ve olası tehditlerin kontrol altına alınabilmesini sağlayabilecek bir araçtır. Bu haliyle gerçek ve algılanan risk üzerinde de olumlu bir etkiye sahip olması beklenmektedir.

## 1.2. Risk Algısı

Risk algısı kavramını açıklamaya çalışan birtakım teoriler bulunmakla beraber bunların arasında öne çıkanlar Kültürel Teori ve Psikometrik Model'dir.

Kültürel teori, Douglas ve Wildavsky tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Bu teori risk algısının sosyal ve kültürel olarak çevrelendiğini varsaymaktadır. Teori temel olarak bireylerin değerleri, tutumları ve dünya görüşlerinin sosyal çevreleri vasıtası ile şekillendiği varsayımına dayanmaktadır. Bunların bileşimi ise bireyin riskleri algılaması ve değerlendirmesi noktasında belirleyici olmaktadır (Douglas ve Wildavsky, 1982).

Kültürel teori, risk ile ilgili durumlarına göre bireyleri dört gruba ayırmaktadır. Bazı bireyler teknoloji ve çevreden kaynaklanan risklere daha duyarlıyken (eşitlikçiler), bazı bireyler (bireyseller) pazarlarda yaşanan rekabet ve tehditlere karşı duyarlıdır. Bunlara ek olarak kanun ve düzen odaklılar (hiyerarşikçiler) ve bahsi geçenlerin hepsine duyarsızlar (kaderci) da bulunmaktadır (Sjoberg, 2000). Bu teoriye göre bireylerin yapmaktan çekindikleri veya çekinmedikleri davranışları belirleyen aslında sosyal olarak paylaştıkları dünya görüşleridir. Bu dünya görüşleri kültürel önyargılar olarak adlandırılmakta ve bireylerin bilişsel süreçlerini ve duygularını değil, bireysel algılarını içermektedir (Wildavsky ve Dake, 1990; Dake, 1992).

Psikometrik model ise, bireyin risk algısını etkileyen bilişsel faktörlere odaklanmaktadır. Bu modeldeki iki ana bilişsel faktör bulunmaktadır. Bunlar: ürktücü risk faktörü ve bilinmeyen risk faktörüdür (Slovic vd., 1980; Slovic, 1987). Bu teoriye göre "risk, düşüncelerimizden ve kültürlerimizden bağımsız olarak orada bir yerde ölçülmeyi bekleyen bir şey değildir" (Slovic, 1992: 119). Psikometrik model 1978 yılında Fischhoff vd. tarafından ortaya konmuştur. Bu çalışmada bireylerin risk ile ilgili yargılarını, riskin dokuz özelliği üzerinden irdelemişlerdir. Bu dokuz özellik; gönüllü olarak risk alabilme, yenilikçilik, etkinin dolaysızlığı, risk hakkındaki toplumsal bilgi, bilim adamlarının bilgisi (literatürde risk ile ilgili bilinen boyutlar), risk üzerindeki kontrol, riskin potansiyel yıkıcı sonuçları, sonuçların şiddeti ve genel çekincelerdir. Nihai olarak çalışmada elde edilen bulgulara göre bahsi geçen riskin dokuz özelliğinin algılanan ve kabul edilebilir riskten etkilendiği ve aralarında oldukça yüksek bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Son olarak elde edilen bilgiler ışığında dokuz boyutu riskin bilinmezlik seviyesi ve riskin yarattığı çekince seviyesi olmak üzere 2 boyuta indirgemişlerdir (Fischhoff vd., 1978; Gerend vd., 2004).

Literatüre göre risk algısı çok faktörlü bir kavram olup bireyin sosyal, politik ve kültürel çevresi ile kavramalarının ve motivasyonlarının bir sonucudur (Slovic, 1992). Uzmanlar her ne kadar istatistiksel yöntemlerle risk tahmini yapmaya çalışsalar da bireyin risk algısı pek çok farklı faktör tarafından etkilenebilmektedir (Boholm, 1998). Bu faktörlerden bazıları sosyal ve kültürel kaynaklar, riske yatkınlık, riske uygunluk, risk ile benzeşme, risk üzerinde algılanan kontrol, bilginin kaynağına güven, cinsiyet ve yaştır.

Sosyal ve kültürel kaynaklar, bireylerin riski anlaması ve algılaması açısından önemlidir (Weyman ve Kelly, 1999). Kültürel teoride de bahsedildiği üzere sosyal yapı bireyin değerlerini ve davranışlarını belirlemede önemli bir etkiye sahiptir. Bu sebeple farklı sosyal veya kültürel bağlama dair değerler ve dünya görüşleri, bireylerin risk algıları üzerinde de belirleyici olmaktadır (Douglas ve Wildavsky, 1982).

Riske yatkınlık, bireyin belirli bir riske karşı yatkınlığını veya bilgi seviyesini ifade eden bir boyuttur. Riske yatkınlık kavramı kendisinden daha geniş bir kavram olan “bilinmeyen risk” kavramının da bir parçasıdır. Yatkınlık, bireyin riske dair geçmiş tecrübeleri, risk hakkındaki bilgi düzeyi ve risk üzerindeki kontrol düzeyi ile ilgilidir (Williamson ve Weyman, 2005).

Riske uygunluk, risk algısını etkileyen unsurlardan biridir. Bireysel veya bireysel olmayan tecrübe (örneğin sosyal medya üzerinden öğrenilen veya bir başkasının durumuna şahit olarak algılanan) vasıtası ile bir riske dair algılanan uygunluk derecesi değişebilir. Buna algılanan olasılık düzeyi de denilmektedir (Gerend vd., 2004).

Risk ile benzeşme de bir olayın olasılığını belirlemede önemli bir etkiye sahiptir. Kahneman ve Tversky’ye (1973: 237) göre “*insanlar kendileri ile en fazla benzeşen sonuçları öngörebilmektedirler*”. Başka bir ifade ile bir olayın olasılığı, bireyin kendi özellikleri ile kıyaslayabildiği benzeşimler üzerinden algılanabilmektedir (Gerend vd., 2004).

Algılanan kontrol kavramı bireyin risk üzerindeki etkisine yönelik bilişsel değerlendirmesinin bir sonucudur. Araştırmalara göre algılanan kontrol seviyesi arttıkça bireylerin kendilerini olumsuz sonuçlara maruz kalma konusunda daha güvende hissettikleri anlaşılmaktadır. Bu durumun tam tersi de doğrudur. Çünkü algılanan kontrol seviyesi düştükçe bireyin kendisini güvende hissetme oranı da azalmaktadır (Gerend vd., 2004).

Risk ile ilgili tutumlarda 90’lı yılların sonundan itibaren cinsiyet farklılıklarına da değinilmeye başlanmıştır (örn. Andresen, 2000; Arch, 1993; Byrnes vd., 1999; Schubert vd., 1999). Bu araştırmalara göre kadınların erkeklere oranla daha çok katmanlı ve daha yüksek riskli davranış özelliklerine sahip oldukları anlaşılmaktadır. Diğer yandan erkeklerin genel olarak riskleri tehlikeler ile ilişkilendirerek değerlendirme oranı kadınlardan daha yüksektir (Hawkes ve Rowe, 2008; Boholm, 1998).

Birçok insan riski algılamakta doğrudan kendi bilgilerinden ve geçmiş tecrübelerinden faydalanır. Fakat bilgi ve geçmiş tecrübenin olmadığı durumlarda farklı kaynaklardan edinilen bilgilerin kullanımına da başvurulabilmektedir. Bu sebeple riskler hakkında bilgi edinilen kaynakların güvenilirliği de bireyin risk algısına etki eden önemli faktörlerden biridir (Williamson ve Weyman, 2005). Çünkü manipüle edilmiş veya gerçek dışı/hatalı bilgiye maruz kalan birey, yanlış bir risk değerlendirmesinde bulunabilir.

Yaş da risk algısında önemli bir etkiye sahiptir. Örneğin bireyin yaşı ilerledikçe taşıdığı sağlık riskleri artmakta, buna istinaden de algıladıkları risk miktarı değişmektedir. Gerend vd. (2004), yaptıkları çalışmada osteoporoz, meme kanseri ve kalp hastalığı gibi konularda ileri yaşta kadınların genç kadınlara göre daha düşük bir risk algıladıklarını ifade etmektedirler.

### 1.3. Hamilelikte Risk Algısı

Risk algısı kavramı bireylerin sağlık ile ilgili davranışları hususunda da bir takım teorilerin oluşturulmasına da dayanak sağlamaktadır. Bunlara örnek olarak Janz ile Becker’in (1984) “Sağlık İnancı Modeli”, Maddux ile Rogers’ın (1983) “Korunma Motivasyonu Teorisi” ve Kahneman ile Tversky’nin (1979) “Beklenti Teorisi” verilebilir. Bu teorilerin çoğu, bireyin sağlığı ile ilgili konularda rasyonel bir takım analizler yaparak potansiyel riskleri ve olası faydaları analiz ettiği varsayımına dayanır. Bu çalışmada risk kavramı temelinde var olan veya algılanan tıbbi risk anlamında kullanılmaktadır.

Son yıllarda internet üzerinden bilgiye erişimin kolaylaşması ve sağlık alanında yaşanan bir takım gelişmeler, hamilelikte risk konusunu gündemin daha üst sıralarına taşımıştır (Carolan, 2003). Kadınların iletişim teknolojilerini kullanma oranı ile beraber yanlış bilgiye maruz kalma olasılıkları da artmaktadır. “Yüksek riskli hamilelik”, genel hamilelik durumunun ötesinde anne veya bebek için olumsuz sonuçlara sebep olabilecek bir takım olasılıkları içeren bir hamilelik türüdür (James ve Stirrat, 1988) ve hamilelikte risk algısı ile karıştırılmamalıdır. Yüksek riskli

hamilelik bir tıbbi gerçeklik iken, hamilelikte risk algısı ise hamile kadının kendi durumuna dair subjektif değerlendirmesinin bir sonucudur.

Heaman vd.'ne (2004) göre diğer risk türlerinde de olduğu üzere hamilelik riski de oldukça kişiseldir ve pek çok farklı faktörden etkilenmektedir. Risk kavramı elbette ki sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve kadınlar tarafından farklı şekillerde ele alınabilir. Sağlık hizmetleri sağlayıcıları riski bilgilerinin, eğitimlerinin, tecrübelerinin ve değerlerinin bir sonucu olarak anlamlandırırken; kadınlar riski daha bireysel ve içinde buldukları duruma göre yorumlayabilmektedirler (Handwerker, 1994). Bunu yaparken de değerlerinin, eğitimlerinin ve hatta sosyal sınıflarının etkisi altında olabilmektedirler (Searle, 1996; Saxell, 2000).

Johanson vd. (2002) klinik olarak verimli bir hizmet sunabilmek için kadınların dilek ve korkularının dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir. Hamilelikte değişen risk algısının, hamile kadınların sağlık hizmetleri tüketimine ve buna yönelik doğum öncesi bakım arayışlarına yönelik olarak etkisine dair kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin Blankson vd. (1994) yüksek risk taşıyan bir hamilelik geçiren kadınların risk algısı ile bu kadınlara doğum öncesi bakım hizmetleri verenlerin risk algısı arasında bir tutarsızlık olduğunu ve bunun da ihmal edilen doğum öncesi bakım randevularında etkili olduğunu iddia etmektedirler. Nitel yöntemle 51 kadından toplanan veriler irdelenerek gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise Atkinson vd. (1995), Brezilya'daki hamile kadınların hamilelik riski algısı ve bununla ilgili olarak sağlık hizmetlerinden faydalanma motivasyonlarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre hamilelikteki önemli riskler kadın penceresinden; sezeryan, kürtaj (planlı veya plansız), yüksek tansiyon ve anemi olarak ele alınmaktadır. Diğer taraftan kadınların risk algısının her zaman tıbbi tanı ile ilişkili olmadığı, bunu da tıbbi modellerin dışında kendi yorumları ile ifade edebildikleri anlaşılmaktadır. Ayrıca çalışmada kadınların risk algısının aldıkları sağlık hizmetinin özelliğine göre ve kadınların içinde buldukları ortamın durumuna göre de değiştiği vurgulanmaktadır.

Kolker ve Burke (1993) risk algısı ile doğum öncesi tanı süreçleri arasında bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Suplee vd. (2007), kadınların risk algısının doğum yapacakları yeri seçme ve maruz kalacakları tıbbi müdahalelere karar verme konularına etki ettiğini ifade etmektedirler. Kowalewski vd. (2000) ise kadınların algıladıkları risk seviyesine bağlı olarak tercih ettikleri doğum öncesi hizmete ulaşmak için ücreti ve mesafeleri dahi göz ardı edebildiklerini öne sürmektedirler.

Literatürde, hamilelikte algılanan risk üzerinde etkisi olduğu iddia edilen pek çok faktör bulunmaktadır. Heaman vd. (2004) yaptıkları nitel bir çalışmada hamile kadınların kişisel risk değerlendirmelerinde dikkate aldıkları faktörleri tanımlamaya çalışmışlardır. Araştırmacıların tespitine göre risk değerlendirmesi süreci sağlık durumundan kaynaklanan benlik saygısı, aile sağlık geçmişi, sağlık sistemi ile fark edilemeyen ve bilinmeyen sorunları da içeren çok boyutlu bir yapıdadır. Araştırmanın sonuçlarına göre kendisini sağlıklı olarak gören kadınların risk algısı daha düşükken, kendisini sağlıklı olarak görme konusunda daha olumsuz yaklaşanların risk algıları daha yüksektir. Buna ek olarak araştırmacılar; katılımcıların sağlık geçmişi, mevcut sağlık durumu, önceki hamilelik deneyimleri ve aile geçmişlerinin de risk değerlendirme süreçlerinde etkisi olduğunu belirtmektedirler.

Hamilelikte yükselen risk algısının en açık ve olumsuz etkisi yükselen stres ve süreç ile ilgili kaygılardır. Hamilelik süresince artan stres ve kaygının doğum sonrasında bebeği de etkilemesi şaşırtıcı olmayacaktır (O'Connor vd., 2002; Robinson vd., 2011; Yehuda vd., 2002). Hamilelik süresince yaşanan stresin erken ve/veya düşük ağırlıkta doğum ve benzeri olumsuzlukları da arttırdığı bilinmektedir (Dole vd., 2003; Talge vd., 2007; Wadhwa vd., 2001). Robinson vd. (2011) yaptıkları çalışmada strese sebep olan durumların her zaman travmatik olması gerektiğini; gündelik hayata dair maddi sorunlar, ilişkilerde yaşanan sıkıntılar, hayatın genel zorlukları gibi konuların da bu tip sonuçlara sebep verebildiğini ifade etmektedirler.

Hamilelik süresince artan risk algısı sadece anne adayını değil aynı zamanda ailenin diğer bütün üyelerini etkiler (Robinson vd., 2011). Yüksek risk algısı ailede kaygı bozukluklarını artırır

ve travmatik doğum öncesi tecrübelerin çözülmesi oldukça uzun zaman alabilir, hatta bu çözülme süreci doğum sonrasında yeni doğanın da stresle çevrelenmiş bir ortama maruz kalmasına sebep olabilir (Sanz vd., 2001; Waldenstrom, 2004).

Atkinson vd. (1995) hamile kadınların algıladıkları risk seviyesinde içinde buldukları sosyo-ekonomik durumun ve faydalandıkları sağlık hizmetlerinin yapısının da etkisi olduğunu ifade etmektedirler.

Patterson (1993) ise yaptığı çalışmada katılımcıların, kendilerine sağlık hizmeti sunan kurumları değerlendirmelerine istinaden de hamileliklerindeki risk durumuna dair kanaat oluşturabildiklerini ifade etmektedir.

Gupton vd. (2001) biyomedikal, psikolojik ve demografik risk faktörleri ile hamilelik riski arasındaki ilişkiyi nitel yöntem kullanarak tespit etmeye çalışmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre biyomedikal risk ve durum anksiyetesi, hamilelik riski açısından belirleyicidir. Zor hamileliklerde kadınların algıladığı riskin normal seyreden hamileliklere göre daha yüksek çıkması da araştırmanın sonuçlarındandır. Bu ise beklenen bir durumdur. Bir diğer çalışmada ise hamile kadınların aldıkları sağlık hizmetlerine duydukları güvenin seviyesinin de algılanan hamilelik riski ile ilintili olduğu ifade edilmektedir (Heaman vd., 2004). Patterson'un (1993) siyahi kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, bu grubun algıladığı hamilelik riskinin sadece tecrübelerine ve aldıkları sağlık hizmetini değerlendirmelerine değil; aynı zamanda diğer siyahi kadınlardan aldıkları geri bildirimlere de dayandığına değinilmektedir. Buna benzer bir şekilde Türkiye'de yapılan bir çalışmada da kadınların hamilelikte etraflarında daha önce hamilelik geçirmiş, kendilerinden daha tecrübeli gördükleri diğer kadınların vermiş oldukları bilgilere önem verdikleri; hatta aynı çalışmaya katılan sağlık personellerinin ifadelerine göre bazı durumlarda bu bilgilerin sağlık kurumları tarafından verilerin dahi önüne geçebildiği söylenmektedir (Conseil Sante vd., 2007).

İleri yaşlarda hamilelik sürecinde kadınların karşılaşabileceği pek çok farklı olumsuzluk söz konusu olabilmektedir (Cleary-Goldman vd., 2005; Jacobsson vd., 2004; Joseph vd., 2005; Bayrampour vd., 2007). Carolan ve Nelson'a (2007) göre ileri yaşta hamile kalanların yaşayabileceği riskler psikolojik, tıbbi ve sosyal temellere dayanabilmektedir. Tough vd.'nin (2006) tesadüfi örnekleme yolu ile seçtikleri 1044 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ileri yaşta hamilelik yaşayan kadınların karşılaşmayı bekledikleri riskler düşük kiloda doğum yapma, erken doğum ve çoğul doğum olarak tespit edilmiştir. Windridge (1999) ise yaptığı çalışmada 35 yaş üstü hamile kadınların, 20-29 yaş arası kadınlara nazaran hamilelik ile ilgili risklere dair daha fazla bilgi sahibi olduklarını ortaya koymuştur. Yaş ile gebelik sorumluluğu ve beslenme şeklinde dikkat etme arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve doğru yönlü bir ilişki olduğu fakat fiziksel aktivitenin azaldığı söylenmektedir (Yılmaz ve Karahan, 2019). Fiziksel aktivitenin azalmasının, olası riskler sebebi ile kadınların gebelik süresince ağır iş yapmaktan ve yoğun fiziksel aktiviteden kaçınmaları ile ilgisi olduğu söylenebilir (Conseil Sante, 2007).

Bazı başka çalışmalarda ise doğmamış çocuklarının sağlığı ile ilgili kaygılar yaşayan kadınların hamilelikleri süresince depresif eğilimler gösterdikleri (Georgsson vd., 2009) ve doğum öncesi/sonrası bu tip ruh halinde olan kadınların çocukları için olumsuz sonuçlar doğurabildiği belirtilmektedir (Federenko ve Wadhwa, 2004; Markus ve Miller, 2009; Robinson vd., 2008).

Hamilelik sürecinde antidepresan kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda, kadınların hamilelik esnasında antidepresan kullanımının çocukta doğuştan birtakım anomalilere sebep olabileceğine dair kuvvetli bir inancın olduğu tespit edilmiştir (Bonari vd., 2005; Koren ve Nordeng, 2012).

Lima Perreira vd. (2002) tarafından yapılan çalışmada katılımcı hamile kadınlardan, hamilelik süreci ile ilgili bilgi edinebilmek için son 24 saatte internet üzerinden araştırma yaptığını söyleyenlerin oranının %97,7 olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan şüphecilik

süzgecinden geçirilmeyen veya klinisyenlere danışılmadan doğru kabul edilen bu tip bilgilerin hamileler üzerinde orantısız ve kötü bir etkisi olduğu bilinmektedir (Enkin ve Jadad, 1998). Sanal ortamlarda dolaşan bilgilerin doğrulaması çoğunlukla yapılmadığından büyük bir bölümü insanların yanlış bir şekilde yönlendirilmesine sebep olmaktadır. Bazı kadınların zaman içerisinde internet üzerinden yaptıkları araştırmalar sonucunda kaygı bozukluğu ve stres yaşamaya başladıkları ve bu tip araştırmayı bıraktıkları da bilinmektedir (Bayrampour vd., 2012).

Hamilelik sürecinde risk algısında yaşanan yükselmenin sebep olduğu olumsuzluklardan biri de hamile kadın ile kendisine sağlık hizmeti sağlayan kişi veya kişiler arasındaki ilişkinin bozulmasıdır. Bu durum genelde hamilelik sürecinde tutumlarda meydana gelen tutarsızlık neticesinde iletişimde yaşanan yanlış anlaşılmanın bir sonucu olarak ortaya çıkar (Lee vd., 2012). Bazı durumlarda hastanın kaygıları objektif tıbbi risk seviyesini aşabilir. Bu gibi durumlarda hamile kadınların hamilelikleri ile alakalı olarak gereksiz tedbirler alarak kendilerini strese soktukları da gözlenmiştir (Carolan, 2009; Lee vd., 2012).

Depresyon, kaygı ve stresin hamilelik süresince yönetilmesi hem düşük hem de yüksek risk grubunda bulunan kadınlar için önemli bir konudur (O'Brien vd., 2010). Hamilenin hekimi ve psikolojik desteğin de yardımı ile kadının risk etkenlerini yönetebilmesi sağlanarak doğru kararlar almasına yardımcı olunabilir. Bunu yapabilmek için kadına hamilelik ile ilgili olarak süreç içerisinde eğitimler verilerek öz yeterliliğinin artırılması yerinde olacaktır. Yüksek öz yeterliliğin aynı zamanda daha iyi ebeveynlik ile de ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Dolayısıyla öz yeterliliğin yükseltilmesinin doğum sonrası için de faydası olduğunu söylemek mümkündür (Coleman ve Karraker, 1998). Daha önce olumsuz hamilelik deneyimi yaşayan kadınlarda ise tecrübi bilgi, olumsuz duygulanımlarını arttırabilmekte hatta kontrol edilemez hale getirebilmektedir (Jordan ve Murphy, 2009).

Diğer taraftan hamilelik sürecinde yaşanabilecek olası sorunlarla ilgili olarak algılanan risk düzeyinin artmasının, kadınlarda her zaman eyleme dönük bir sonuç doğurmadığını, algılanan risk düzeyi artmasına rağmen kadınların riskin kaynağı olan davranışlarını değiştirmediğini ifade eden araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin gebeliğe bağlı şeker hastalığına dair yapılan bir araştırmada yaş arttıkça hastalığa yakalanma ile ilgili algılanan riskin arttığı fakat bu durumun bireyin daha sağlıklı bir hayat tarzını tercih etmesine dair bir eğilime sebep olmadığı söylenmektedir (Noronha, 2018). Show vd. (2019: 7) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise kadınların ortaya çıkartabileceği risklere dair bilgi sahibi olmalarına rağmen hamilelik sürecinde sigara kullanımına yönelik tutumlarında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmadığı belirtilmektedir. Dolayısı ile algılanan risk düzeyinin yükselmesinin, davranışsal bir değişimle sonuçlanacağını ve azalacağını ifade etmek mümkün değildir.

## 2. YÖNTEM

Araştırma keşfedici nitelikte bir çalışma olup nihai amacı hamilelikte risk algısının, tamamlayıcı sağlık sigortası türlerinden biri olan doğum teminatı sigortası tercihine etkisi üzerine bir ölçme aracının ortaya konulmasıdır. Buradan hareketle literatürde geçen aşağıdaki kavramlar üzerinden bir veri toplama formu sağlık bilimleri alanından üç akademik personelden de görüş alınmak sureti ile geliştirilmiştir:

- Risk bilgisi: Psikometrik modelde algılanan risk için ilk kavram risk ile ilgili sahip olunan bilgi veya riske olan aşinalıktır (Boholm, 1998; Fischhoff vd., 1978; Williamson ve Weyman, 2005).
- Korku faktörü: İkinci kavram ise arzulanan sonuçları veren sağlıklı bir hamilelik geçirmek için yüksek düzeyde kaygı duyan kadınlarda gözlemlenen korku faktörüdür (Gupton vd., 2011).

- Tıbbi risk: Tıbbi risk algısının temelinde bireyin kendisi ile ailesinin tıbbi geçmişi üzerinden şekillendiğini söylemek yerinde olacaktır (Gerend vd., 2004; Heaman vd., 2004). Diğer taraftan Atkinson vd. (1995) ise hastaların algıladıkları tıbbi riskin aslında her zaman modern tıp ile örtüşemeyecebileceğini ileri sürmektedir.
- Sağlık durumu: Heaman vd. (2004), “bir kadının mevcut sağlık durumu aynı zamanda yaşadığı hamileliği değerlendirirken algıladığı riski de belirler” demektir.
- Bilişsel sezgiler: Bilişsel sezgiler, zihindeki risk bilgisini taramada ve ona ulaşmada kullanılan yol haritalarıdır (Boholm, 1998). Gerend vd.’ne göre bu kavram “bir durumun gerçekleşmesine dair olasılığı hesaplamada kullanmak üzere geçmiş deneyim ve örneklere ulaşmayı kolaylaştıran bir kısa yoldur” (Gerend vd., 2004: 248).
- Algılanan kontrol: Eğer birey, potansiyel bir risk üzerinde ölçülebilir bir kontrole sahipse, durumu olduğundan daha az riskli olarak algılayabilir. Başka ifade ile yüksek düzeyde olmasına rağmen kontrol edilebilir bir risk, diğerlerine göre daha düşük bir tehdit olarak algılanabilir (Nordgren vd., 2007). Kolker ve Burke’nin (1993) çalışmasında doğum öncesi risk algısı ve karar verme ile ilgili olarak algılanan kontrol, sonucun etkisi (korku faktörü) ve riske psikolojik yatkınlık konuları risk algısını etkileyebilmektedir.

Formda veriler 1: Kesinlikle katılmıyorum; 5: Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde 5’li Likert yöntemi ile toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini Türk kadın tüketiciler oluşturmakta olup Anadolu Ajansı’nın (2020) aktardığına göre Şubat 2020 itibari ile bu rakam 41.433.861’dir. Dolayısıyla bu çalışma için %95 güven ve %5 kabul edilebilir hata düzeyinde Balcı’nın (2013) örneklem büyüklüğü tablosuna göre asgari 384 kişiden veri toplanması gerekmektedir.

Verilerin toplanabilmesi için çevrimiçi bir form oluşturulmuş ve kolayda örnekleme yöntemi ile 1 Eylül-20 Kasım 2019 tarihleri arasında toplam 472 geçerli veri toplama formu elde edilmiştir. Veri toplama formunun açıklama kısmında katılımcıların gönüllülük esasına göre çalışmaya katıldıkları ve arzu ederlerse araştırmadan çıkabilecekleri belirtilmiştir.

Toplanmış olan veri, SPSS 22 paket programı aracılığı ile katılımcıların demografik özelliklerinin anlaşılabilmesi için frekans analizine tabi tutulmuş olup ardından soru formunun ölçme kabiliyetinin ve boyutlarının anlaşılabilmesi için faktör analizi uygulanmıştır. Akabinde faktör analizi neticesinde elde edilen sonucun yapı geçerliliğini ortaya koyabilmek için AMOS programı ile doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiş ve elde edilen yapının güvenilirlik düzeyini belirleyebilmek için yine SPSS 22 paket programı marifeti ile Cronbach’s Alpha değeri tespit edilmiştir.

Araştırma, herhangi bir kaynaktan fonlanmamış olduğundan kolayda örnekleme yönteminin kullanılmış olması, katılımcıların Ankara ili ile sınırlı kalması ve verilerin kısa sayılacak bir zaman diliminde toplanmak zorunda kalınması gibi kısıtlılıklara sahiptir.

### 3. BULGULAR

Araştırmada toplanmış olan nicel veriler üzerinde yapılan frekans, faktör, doğrulayıcı faktör ve güvenilirlik analizlerine dair elde edilen bu bölümde irdelenmektedir.

#### 3.1. Katılımcıların Demografik Verilerine Dair Frekans Analizi

Ankete katılan kadınlara dair öne çıkan demografik veriler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 1: Frekans Analizi**

Ortalama Yaş	37,76
--------------	-------



Ortalama Gelir	4837 TL
Lisans Mezunu	%59,40
Çalışan	%88,50

Tablo 1’de ankete katılan bireylerin orta yaş grubu ile orta gelir grubunda yoğunlaşmış oldukları ve genel itibari ile eğitilmiş ve çalışan kadınlardan oluştuğu görülmektedir.

### 3.2. Faktör Analizi

Uygulanan faktör analizi sonrasında elde edilen faktör yükleri, açıklanan ve toplam varyanslar Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2: Faktör Analizi**

Boyut	İfade	Ort.	Faktör yükü	Açıklanan varyans
Boyut (1) [Erişilebilir Güvenli Sağlık Hizmeti]	Doğum teminatı ile aldığım hizmetin hamilelik sürecimi daha sorunsuz geçirmeme faydası olacağını düşünüyorum.	3,60	0,912	32,026
	Doğum teminatı sayesinde alacağım tıbbi hizmetin kalitesinin daha yüksek olacağını düşünüyorum.	3,60	0,843	
	Doğum teminatı ile pek çok farklı hizmeti alabileceğimi bilmek beni rahatlatır.	3,91	0,833	
	Doğum teminatı almam durumunda ailem ve sosyal çevrem de benim daha güvende olduğumu düşünecektir.	3,48	0,822	
	Doğum teminatı alacak olursam hangi tıbbi hizmet sağlayıcısından faydalanacağımı detaylı bir araştırma ile belirlerim.	4,11	0,702	
	Doğum teminatı tercih edecek olursam bunun sebebi bebeğimin sağlığının benimkinden önemli olmasıdır.	3,73	0,660	
Boyut (2) [Sağlık ile İlgili Başvurulan Bilgi Kaynakları]	Doğum teminatı tercih edecek olursam bunun sebebi kendi sağlığımın her şeyden önemli olmasıdır.	3,64	0,645	14,409
	Sağlığım ile ilgili bir tereddüt yaşadığımda durumum ile ilgili pek çok kişiye danışırım.	3,06	0,829	
Boyut (3) [Sağlık Geçmişi]	Hamilelik sürecim ile ilgili bir tereddüt yaşadığımda internette durumum ile ilgili araştırma yaparım.	3,56	0,749	12,807
	Konu hamilelik ise etrafımdaki insanların anlattıklarından etkilenirim.	2,79	0,728	
Boyut (4) [Sağlık ile İlgili Deneyimler]	Doğum teminatı tercih edecek olursam bunun sebebi ailemin sağlık geçmişi olur.	2,71	0,903	10,36
	Doğum teminatı tercih edecek olursam bunun sebebi kendi sağlık geçmişim olur.	2,90	0,874	
Boyut (4) [Sağlık ile İlgili Deneyimler]	Konu hamilelik ise hekimimin kanaatine sorgusuz güvenirim.	2,99	0,877	10,36
	Konu hamilelik ise sağlığım ile ilgili geçmiş tecrübelerim kararlarımda belirleyicidir.	3,52	0,574	
Açıklanan Toplam Varyans			%69,60	

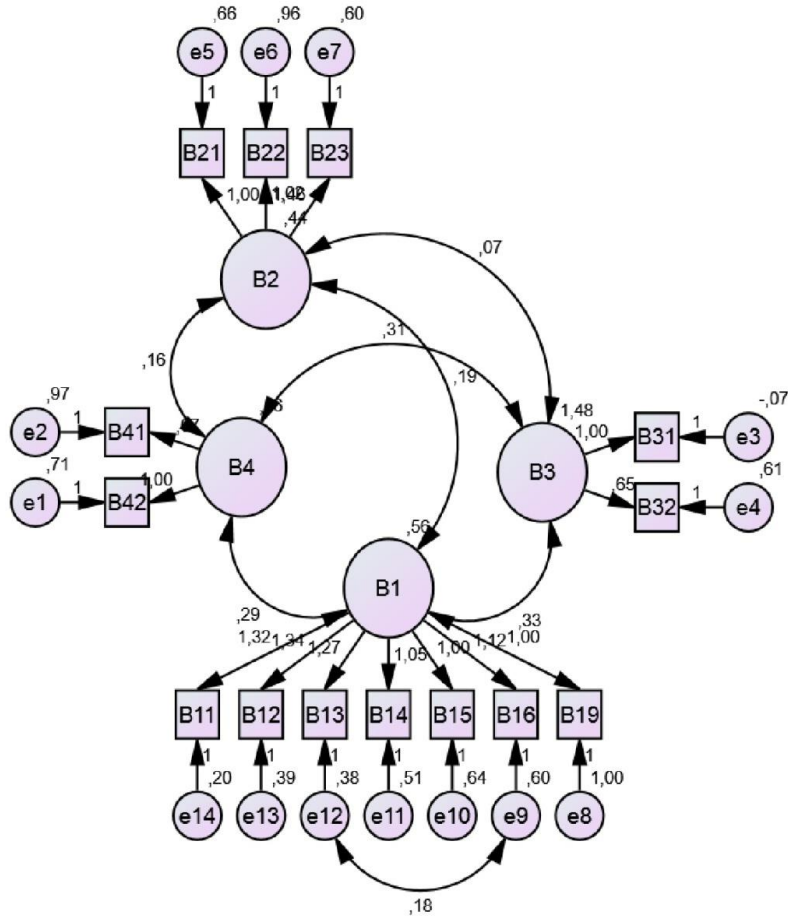
Tablo 2’den görüleceği üzere 14 soru ve 4 boyuttan oluşan bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu yapı ile toplam varyansın yaklaşık %70’i açıklanabilmektedir. Hair vd. (2012), faktör analizi sonucunda açıklanan toplam varyans değerinin %60’ın üzerinde olmasını tavsiye etmektedirler. Dolayısı ile açıklanan toplam varyans değerinin yeterli olduğu söylenebilir.

Elde edilen analiz neticesinde ortaya çıkan birinci boyut yedi maddeden oluşmakta ve kadınların doğum teminatı sayesinde daha güvenli sağlık hizmetlerine erişim imkânlarına olan bakış açılarını tanımlamaktadır. Soru formunun ikinci boyutu üç maddeden oluşmakta ve sağlık ile ilgili bir tereddüt yaşanması durumunda bilgi arayışında başvuru kaynakları göstermektedir. Buna göre kadınlar sağlık durumları ile ilgili bir şüpheye düştüklerinde pek çok farklı kişiye danışmakta, internetten arayışa geçmekte ve etraflarında bulunan insanların anlattıklarından etkilenmektedirler. Analiz sonuçlarına göre bireyin ve ailesinin sağlık geçmişi de doğum teminatı tercihi ile ilgili iki maddeden oluşan bir boyut oluşturmaktadır. Buradan anlaşılmaktadır ki kadınlar hamileliklerine dair algıladıkları riskte ailelerinin ve kendilerinin de sağlık geçmişi bir referans noktası olarak değerlendirmektedirler. Dördüncü ve son boyutta ise bireyin kendi deneyimleri ile hizmet aldığı hekimin yetkinliklerine olan itimadını ifade eden iki madde bulunmaktadır.

### 3.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi neticesinde elde edilen 4 boyut ve 14 sorudan oluşan yapının geçerliliğini test etmek amacı ile uygulanmış olan doğrulayıcı faktör analizine ait diyagram Şekil 1’de görülmektedir.

Şekil 1: Doğrulayıcı Faktör Analizi



Analiz neticesinde CMIN/DF, CFI, GFI ve RMSEA değerlerinin tamamı kabul edilebilir sınırlar içerisinde çıkmış olup bu durum, ölçme aracının yapı geçerliliğine sahip olduğunu

göstermektedir. Tablo 3'te elde edilen değerler ve bu değerleri doğrulamak için baz alınan sınırlar görülebilir.

**Tablo 3: Frekans Analizi**

Ölçü	Değer	Kabul Sınırı	Kaynak	Durum
CMIN/DF	1,49	CMIN/DF<2	Reinard, 2006	Kabul edilen sınırlar içerisinde
CFI	0,943	CFI>0,90	Çapık, 2014	Kabul edilen sınırlar içerisinde
GFI	0,911	GFI>0,90		Kabul edilen sınırlar içerisinde
RMSEA	0,072	0,05<RMSA<0,08	Noudoostbeni vd., 2018	Kabul edilen sınırlar içerisinde
Cronbach's Alpha	0,854	Cr.A>0,60	Hair vd., 2010	Kabul edilen sınırlar içerisinde

Yapı geçerliliği elde etmiş olan soru setine uygulanan güvenilirlik analizi neticesinde Cronbach Alpha değeri 0,854 olarak çıkmıştır. Genel olarak bu değer 0,60 ve üzerinde olması tercih edildiğinden oldukça güvenilir bir ölçme aracının elde edildiği söylenebilir.

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışma ile kadın tüketicilerin doğum teminatı sigortasına bakış açılarını anlayabilmek için elde edilen verilerden 4 boyut ve 14 sorudan oluşan güvenilir ve yapı geçerliliğine sahip bir ölçme aracı oluşturulmuştur.

Analiz sonucunda ortaya çıkan bulguların literatürde de bahsedilen kadın tüketicilerin; doğum öncesi arzu ettikleri sağlık hizmetine ulaşmak için fazladan ödeme yapmayı kabul edebilecekleri (Kowalewski vd., 2000), hamilelik süresince artan kaygının aile bireylerine ve kendilerine olumsuz etki edebileceği (Robinson vd., 2011), hamilelikle ilgili artan risk algısına paralel olarak doğumu yapacakları yere dair karar vermede daha özgür hareket etmek isteyebilecekleri (Suplee vd., 2007), kadınların hamilelikleri veya sağlıkları ile ilgili bir tereddüt yaşadıklarında internette yahut kendi etraflarından bilgi arayışına gittikleri (Patterson, 1993; Lima Perreira vd., 2002; Conseil Sante vd., 2007), hamilelik süreci ile ilgili algıladıkları riskin kendilerinin ve ailelerinin sağlık geçmişinden de etkilendiği (Heaman vd., 2004) konuları ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Bunlara ek olarak kadınların doğum teminatı sigortası satın alma tercihlerinde hem kendilerinin hem de taşıdıkları bebeğin sağlığını dikkate aldıkları, sağlıkları ile ilgili olarak kendi geçmiş tecrübelerine ve hekimlerinin yönlendirmelerine itibar etmeyi tercih edebildikleri, doğum teminatı sigortası sayesinde kaliteli ve güvenilir seçim alternatiflerini arttırdıklarını düşündükleri de anlaşılmaktadır.

Kadın tüketicilerin öncelikle taşıdıkları bebeğin ardından kendi sağlıklarının korunabilmesi için doğum teminatı tercih edebilecekleri; bu şekilde hamilelik sürecinde farklı ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine kolayca ulaşarak daha sorunsuz bir hamilelik geçireceklerini; böylece ailelerinin ve sosyal çevrelerinin de sürecin güvenli ilerleyeceğine inanacağını düşündükleri söylenebilir. Ayrıca katılımcıların doğum teminatı almaları durumunda alternatif tıbbi hizmet sağlayıcıları arasında detaylı bir incelemenin ardından seçim yapacakları da anlaşılmaktadır. Diğer taraftan hamilelik süreci ve genel sağlıkları ile ilgili olarak bir tereddüt yaşamaları durumunda alacakları kararların geçmiş tecrübeleri ve internet üzerinden yapacakları araştırmalar neticesinde şekilleneceğini söylemek mümkündür. Dolayısıyla araştırmanın uygulamada sigorta hizmeti sağlayıcılarının kadın tüketicilere ulaşmak için kullanacağı kanalları

ve vereceği mesajları bu bilgiler ışığında şekillendirerek pazarlama faaliyetlerinde daha etkili olmalarına yardımcı olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmacılar bu çalışmada elde edilen ölçme aracını sonraki çalışmalarda benlik saygısı, kişilik, değerler, reklama yönelik tutum, marka, karar verme, satın alma motivasyonu, ağızdan ağıza iletişim ve demografik değişkenler gibi pek çok farklı kavram ile ele alabilecekleri gibi özel örneklemeler için de kullanabilir ve kadınların doğum teminatı tercihlerine yönelik daha geniş çapta bilgi üretilmesine katkı verilebilirler.

## KAYNAKÇA

Andresen, B. (2000). Six basic dimensions of personality and a seventh factor of generalized dysfunctional personality: a diathesis system covering all personality disorders. *Neuropsychobiology*, 41 (1), 5-23.

Arch, E. (1993). Risk taking: A motivational basis for sex differences. *Psychological Reports*, 73, 3-11.

Atkinson, J. ve Farias, M. F. (1995). Perceptions of risk during pregnancy amongst urban women in northeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 41(11), 1577-1586.

Aven, T., ve Renn, O. (2009). On risk defined as an event where the outcome is uncertain. *Journal of Risk Research*, 12(1), 1-11.

Balcı, A. (2013). *Sosyal bilimlerde araştırma: yöntem, teknik ve ilkeler*, Pegem Akademi: Ankara.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., ve Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, (100), 1-13.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., ve Tough, S. (2012). Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 57(5), 445-453.

Bauer, R.A. (1960). *Consumer Behavior as Risk Taking*. In: Hancock, R.S., Ed., *Dynamic Marketing for a Changing World*, Proceedings of the 43rd. Conference of the American Marketing Association, 389-398.

Blankson, M., Goldenberg, R. L. (1994). Noncompliance of High Risk Pregnant Women in Keeping Appointments at an Obstetric Complications Clinic. *Southern Medical Journal*. 87 (6), 634-638.

Boholm, A. (1998). Comparative studies of risk perception: A review of twenty years of research. *Journal of Risk Research*, 1(2), 135-163.

Bonari, L., Koren, G., Einarson, T. R., Jasper, J. D., Taddio, A. ve Einarson, A. (2005). Use of antidepressants by pregnant women: Evaluation of perception of risk, efficacy of evidence based counseling and determinants of decision making. *Archives of Womens Mental Health*, 8(4), 214-220.

Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D. ve Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145.

Byrnes, J. P., Miller, D. C., ve Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 125 (3), 367-383.

Carolan, M. (2003). The graying of the obstetric population: Implications for the older mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(1), 19-27.

Carolan, M. C. (2009). Towards understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 652-658.

Carolan, M. ve Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: Questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International*, 28(6), 534-555.

Cleary-Goldman, J., Malone, F. D., Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., ... D'Alton, M. (2005). Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5, Part 1), 983-990.

Coleman, P. K., ve Karraker, K. H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18(1), 47-85.

Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER. (2007) *Sağlık Arama Davranışı Araştırması*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

Çapık, C. (2015). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17 (3), 196-205.

Dake, K. (1992). Myths of nature: Culture and the social construction of risk. *The Journal of Social Issues*, 48(4), 21-37.

Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J. ve Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14-24.

Douglas, M., ve Wildavsky, A. (1982). How can we know the risks we face? Why risk selection is a social process. *Risk Analysis*, 2(2), 49-58.

Enkin, M. W., ve Jadad, A. R. (1998). Using anecdotal information in evidence-based health care: heresy or necessity? *Annals of Oncology*, 9(9), 963-966.

Federenko, I.S., ve Wadhwa, P.D. (2004). Women's mental health during pregnancy influences fetal and infant developmental and health outcomes. *CNS Spectrums*, 9(3), 198-206.

Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S. ve Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Science*, 9, 127-152.

Georgsson, O., Grunewald, C., ve Waldenstrom, U. (2009). Perception of risk in relation to ultrasound screening for Down's syndrome during pregnancy. *Midwifery*, 25(3), 264-276.

Gerend, M. A., Aiken, L. S., ve West, G. (2004). Personality factors in older women's perceived susceptibility to diseases of aging. *Journal of Personality*, 72(2), 243-270.

Gerend, M. A., Aiken, L. S., West, G., ve Erchull, M. J. (2004). Beyond medical risk: investigating the psychological factors underlying women's perceptions of susceptibility to breast cancer, heart disease, and osteoporosis. *Health Psychology*, 23(3), 247-258.

Gupton, A., Heaman, M. ve Cheung, L. W. (2001). Complicated and uncomplicated pregnancies: Women's perception of risk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 30(2), 192-201.

Hair, J.F., Sarstedt, M., Ringle, C.M. ve Mena, J.A. (2012). An assessment of the use of partial least square structural equation modeling in marketing research. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 40(3), 414-433.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. ve Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective, (7th Ed.)*, Upper Saddle River, NJ: Pearson

Handwerker, L. (1994). Medical risk: Implicating poor pregnant women. *Social Science & Medicine*, 38(5), 665-675.

Hawkes, G., ve Rowe, G. (2008). A characterisation of the methodology of qualitative research on the nature of perceived risk: Trends and omissions. *Journal of Risk Research*, 11(5), 617-643.

Heaman, M., Gupton, A., ve Gregory, D. (2004). Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(2), 111-116.

Jacobsson, B., Ladfors, L., ve Milsom, I. (2004). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 727-733.

James, D. K., ve Stirrat, G. M. (1988). *Introduction: The concept of risk*. In D.K. James & G. M. Stirrat (Eds.), *Pregnancy and Risk: The Basis for Tational Management* (s. 1-5). Chichester: John Wiley & Sons.

Janz, N. K., ve Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Johanson, R., Newburn, M. ve Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324, 892-895.

Jordan, R. G., ve Murphy, P. A. (2009). Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *Journal of Midwifery&Womens Health*, 54(3), 191-200.

Joseph, K. S., Allen, A. C., Dodds, L., Turner, L. A., Scott, H. ve Liston, R. (2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics & Gynecology*, 105(6), 1410-1418.

Kahneman, D. ve Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, 237-251.

Kahneman, D. ve Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.

Kolker, A. ve Burke, B. M. (1993). Deciding about the unknown: Perceptions of risk of women who have prenatal diagnosis. *Women Health*, 20(4), 37-57.

Koren, G. ve Nordeng, H. (2012). Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(3), 157-163.

Kowalewski, M., Jahn, A. ve Kimatta, S. (2000). Why do at-risk mothers fail to reach referral level? Barriers beyond distance and cost. *African Journal of Reproductive Health*, 4(1), 100-109.

Lee, S., Ayers, S. ve Holden, D. (2012). Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Health Risk & Society*, 14(6), 511-531.

Lima-Pereira, P., Bermudez-Tamayo, C. ve Jasienska, G. (2012). Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 322-330.

Maddux, J. E. ve Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude-change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.

Markus, E.M. ve Miller, L.J. (2009). The other side of the risk equation: Exploring risks of untreated depression and anxiety in pregnancy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1314-1315.

Nordgren, L. Van Der Pligt, J., ve Van Harreveld, F. (2007). Unpacking perceived control in risk perception: The mediating role of anticipated regret. *Journal of Behavioral Decision Making*, 20, 533-544.

Noronha, J.A., Karkada, S., Prabhu, A., Kamath, S., D'Souza, S., Fernandes, S. ve Kamath, P. (2018). Knowledge, attitude and risk perception for diabetes among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 9(2), 19-24.

Noudoostbeni, A., Kaur, K. ve Jenatabadi, H. S. (2018). A Comparison of Structural Equation Modeling Approaches with DeLone & McLean's Model: A Case Study of Radio-Frequency Identification User Satisfaction in Malaysian University Libraries. *Sustainability*, 10, 1-16.

O'Brien, E. T., Quenby, S. ve Lavender, T. (2010). Women's views of high risk pregnancy under threat of preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 1(3), 79-84.

O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., ve Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502-508.

Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.

Önder, M.E., Ersoy, E. ve Karacaoğlu, K. (2016). Sağlıkta yeni bir finansman yöntemi olan tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası hakkında hastaların bilgi ve memnuniyet düzeyleri üzerine bir araştırma. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 1 (1), 23-36.

Özer, Ö., Gözlü, M., Karsavuran, S. ve Gözlü, K. (2014). Türkiye sağlık finansmanında yeni bir alternatif: Tamamlayıcı sağlık sigortası. *Akademik Bakış Dergisi*. Sayı 42, 1-15.

Patterson, K. A. (1993). Experience of risk for pregnant black women. *Journal of Perinatology*, 13(4), 279-284.

Pilarski, R. (2009). Risk perception among women at risk for hereditary breast and ovarian cancer. *Journal of Genetic Counseling*, 18(4), 303-312.

Reinard, J. C. (2006). *Communication Research Statistics*. Sage Publications. New Delhi.

Robinson, M., Mattes, E., Oddy, W.H., Pennel, C.E. ve van Eeklen, J.A.M. (2011). Prenatal stress and risk of behavioural morbidity from age two to 14 years: The influence of the number, type and timing of stressful life events. *Development and Psychopathology*, 23(2), 507-520.

Robinson, M., Oddy, W.H., Li, J., Kendall, G.E., de Klerk, N.H. ve Silburn, S.R. (2008). Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1118-1128.

Sanz, E., Gomez-Lopez, T., ve Martinez-Quintas, M. J. (2001). Perception of teratogenic risk of common medicines. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 95(1), 127-131.

Saxell, L. (2000). Risk: Theoretical or actual. In L.A. Page & P. Percival (Eds.), *The new midwifery: Science and sensitivity in practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Schubert, R., Brown, M., Gysler, M., Brachinger, H.W. (1999). Financial decision making: Are women really more risk averse? *The American Economic Review*, 89 (2), 381-385.

Searle, J. (1996). Fearing the worst: Why do pregnant women feel 'at risk'? *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(3), 279-286.

Show, K. L., Phyo, A., Saw, S., Zaw, K., Tin, T., Tun, N. ve Wai, K. (2019). Perception of the risk of tobacco use in pregnancy and factors associated with tobacco use in rural areas of Myanmar. *Tobacco Prevention & Cessation*. 5 (36), 1-9.

Sjoberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, 20(1), 1-11.

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285.

Slovic, P. (1992). Perception of risk: Reflections on the psychometric paradigm . In *Social theories of risk* (s.117-152). Westport, CT: Praeger.

Slovic, P., Fischhoff, B. ve Lichtenstein, S. (1980). *Facts versus fears: Understanding perceived risk*. In *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgement* (s.434-489). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Suplee, P. D., Dawley, K. ve Bloch, J. R. (2007). Tailoring peripartum nursing care for women of advanced maternal age. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(6), 616-623.

Talge, N.M., Neal, C. ve Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.

Tough, B. K., Newburn-Cook, C., Tofflemire, K., Fraser-Lee, N., Faber, A.vd. (2006). What do women know about the risks of delayed childbearing? *Canadian Journal of Public Health*, 97(4), 330-334.

Wadhwa, P.D., Sandman, C. A. ve Garite, T. J. (2001). The neurobiology of stress in human pregnancy: implications for prematurity and development of the fetal central nervous system. *Progress in Brain Research*, 133, 131-142.

Waldenstrom, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31(2), 102-107.



Weinstein, N.D., Kwitel, A., McCaul, K.D., Magnan, R.E., Gerrard, M. ve Gibbons, F. X. (2007). Risk perceptions: Assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 146-151.

Weyman, A. ve Kelly, C.J. (1999). *Risk perception and risk communication: A review of literature*. CRR 148. Health and Safety Executive.

Wildavsky, A. ve Dake, K. (1990). Theories of risk perception: Who fears what and why. *Daedalus*, 119(4), 41-60.

Williamson, J. ve Weyman, A. (2005). *Review of the public perception of risk, and stakeholder engagement Buxton: Health and Safety Laboratory*. Erişim adresi: [http://www.hse.gov.uk/research/hsl\\_pdf/2005/hsl0516.pdf](http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2005/hsl0516.pdf), Erişim Tarihi: 10.11.2019

Windridge, K.C. ve Berryman, J.C. (1999). Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 26(1), 16-23.

Yehuda, R., Halligan: L., ve Bierer, L. M. (2002). Cortisol levels in adult offspring of Holocaust survivors: relation to PTSD symptom severity in the parent and child. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 171-180.

Yılmaz, E. ve Karahan, N. (2019). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. *Cukurova Medical Journal*, 44(Suppl 1), 498-512.

#### Çevrimiçi Ders Notları:

Atalay, E. Hayat Sigortaları (Hayat, Ferdi Kaza, Sağlık) Ders Notları. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. Erişim Adresi: [http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/bankacilik\\_ve\\_sigortacilik\\_onlisans\\_ue/hayat\\_sigortalari.pdf](http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/bankacilik_ve_sigortacilik_onlisans_ue/hayat_sigortalari.pdf), Erişim Tarihi: 22.06.2020.

#### Çevrimiçi Haber Sitesi:

Anadolu Ajansı. Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/turkiyenin-nufusu-83-milyon-154-bin-997-kisiye-ulasti/1723520>, Erişim Tarihi: 15.02.2020

#### Çevrimiçi Kurumsal İnternet Sitesi:

Anadolu Sigorta. Erişim Adresi: <https://www.anadolusigorta.com.tr/>, Erişim Tarihi: 23.05.2020

Halk Sigorta. Erişim Adresi: <http://www.halksigorta.org/>, Erişim Tarihi: 23.05.2020

Allianz. Erişim Adresi: [https://www.allianz.com.tr/tr\\_TR.html#!/view1](https://www.allianz.com.tr/tr_TR.html#!/view1), Erişim Tarihi: 23.05.2020

Acıbadem. Erişim Adresi: <https://www.bupaacibadem.com.tr/>, Erişim Tarihi: 23.05.2020

Demir Sağlık. Erişim Adresi: <https://www.demirsaglik.com.tr/>, Erişim Tarihi: 23.05.2020

Türk Nippon. Erişim Adresi: <https://www.turknippon.com/>, Erişim Tarihi: 23.05.2020

Ray Sigorta. Erişim Adresi: <https://www.raysigorta.com.tr/>, Erişim Tarihi: 23.05.2020

Yazar Bilgisi:

Alişan BALTACI

Dr. Öğr. Üyesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

<https://orcid.org/0000-0002-3280-405X>

E-posta: baltacialisan@gmail.com

Yazı Bilgisi:

Alındığı tarih: 08 Mayıs 2020.

Yayına kabul edildiği tarih: 02 Temmuz 2020.

E-yayın tarihi: 28 Ağustos 2020.

Yazıcı çıktı sayfa sayısı: 18.

Kaynak sayısı: 93.

Hakemler:

Öğr. Gör. Nazmiye EKİNCİ (İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu- Konak / İzmir)

Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN (Hacettepe Üniversitesi – Beytepe / Ankara)