T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

48982

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE MESAJ TASARLAMADA KÜLTÜREL FAKTÖRLERİN ROLÜ

BANU KUMBASAR
2502070098

DANIŞMAN: PROF.DR. AYLA OKAY

İSTANBUL, 2012

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE MESAJ TASARLAMADA KÜLTÜREL FAKTÖRLERİN ROLÜ

BANU KUMBASAR
2502070098

DANIŞMAN: PROF. DR. AYLA OKAY

İSTANBUL, 2012

ÖZ

Bir halkla ilişkiler faaliyeti olan sağlık iletişimi kampanyalarında doğru kanal ve doğru mesajların insanların hastalıklara yönelik risk algılarını arttırabileceği ve doğru davranışlar kazandırabileceği düşünülmektedir. Ancak sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitlenin sosyo-kültürel özellikleri yeterince araştırılmadan yürütülen kampanyaların amaçlanan etkiyi oluşturmayacağı bilinmektedir. Sağlık iletişimi kampanyalarında verilen mesajdan etkilenme düzeyinin sosyo-kültürel özelliklere göre farklılık gösterebileceğinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Bu amaç ile yürütülen bu çalışma farklı şehirleri temsil gücü yüksek olduğu için İstanbul genelinde tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenen 3051 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulguların değerlendirilmesinde Ki-Kare testi, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Risk algısı, sağlık iletişimi kampanyası, mesaj etkinliği, kültürel faktörler

ABSTRACT

It has been thought that as a public relations activity in health communication campaigns, correct channels and correct messages can promote people's perception of risks about illnesses and can change their behaviors. But without analysis socio-cultural factors of target audience in health communication campaigns there can't be an efficacy. Socio-cultural factors are the major characteristics for health communication campaigns. This study's sample is consisted of people (n=3051) living in Istanbul. Istanbul is an example of different cities in Turkey because of the amount of migration. Participants were chosen by the method of random sampling. For the evaluation of findings chi-square, t test, anova and correlation test were used.

Keywords: Perception of risk, health communication campaigns, efficacy of message, cultural factors

ÖNSÖZ

Günümüzde hastalıkların tedavi yöntemlerinden çok hastalıkları önleme yolları önem kazanmaya başlamıştır. Bu anlamda toplumu bilinçlendirmek amacı ile sağlık iletişimi kampanyalarının önemi de artmaktadır. Geniş kitlelere ulaşmak amacı ile tercih edilen hastalıklara yönelik sağlık iletişimi kampanyalarında doğru kanal ve doğru mesajların insanların hastalıklara yönelik risk algılarını arttırabileceği ve doğru davranışlar kazandırabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmanın farklı sosyo-kültürel faktörler göz önüne alınarak doğru araç seçimi ve doğru mesaj stratejisi geliştirmeye yönelik olarak sağlık iletişimi çalışmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir. Çalışmamın Sağlık İletişimi alanında çalışan tüm ilgililere faydalı olmasını diliyor ve benim için "**olmazsa olmaz**" değerde olan kişilerin isimlerini paylaşmak istiyorum.

Doktora ders aşamasında bana halkla ilişkileri öğreten ve sevdiren, tez yazım aşamasında ise tüm desteği ile her daim yanımda olan danışman hocam çok değerli **Prof. Dr. Ayla Okay**'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Kendisinin danışmanlığında tez yazım sürecinde tarifsiz bir huzur hissettim ve mutluluk duydum.

Lisans, yüksek lisans ve doktora sürecinde akademik gelişimime katkıda bulunan ve bana emeği geçen tüm saygıdeğer **hocalarıma**…

Hayatımın her aşamasında her koşulda benimle olan, sürekli ellerini omuzlarımda hissettiğim canım **Annem** ve **Babam**'a…

Ve akademik yolculuğa adım atmama vesile olan, bu yolculuğumda daima minnettar olacağım tek kişi; çok değerli hocam **Prof. Dr. M. Gülden Polat**'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Kendisinden öğrendiklerim halen yolumu aydınlatıyor…

İstanbul, 2012 **Banu KUMBASAR**

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZ…….. iii
ABSTRACT……. iii
ÖNSÖZ…….. iv
İÇİNDEKİLER…… v
TABLOLAR LİSTESİ…… ix
ŞEKİLLER LİSTESİ…….. xiii
KISALTMALAR LİSTESİ…… xiv
GİRİŞ…… 1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KÜLTÜR VE SAĞLIK…… 3
1.1. Kültür……. 3
1.1.1. Kültür Kavramı…….. 3
1.1.2. Kültürün Özellikleri…… 8
1.1.3. Kültürü Oluşturan Öğeler…….. 11
1.1.3.1. Değerler…… 12
1.1.3.2. Normlar…… 14
1.1.3.3. Tutumlar…….. 14
1.1.3.4. Varsayımlar……. 15
1.1.3.5. İnançlar…… 15
1.1.3.6. Hikayeler ve Efsaneler…… 16
1.1.3.7. Kahramanlar…… 16
1.1.3.8. Semboller…….. 16
1.1.4. Kültür Konusunda Yapılmış Çalışmalar……. 17
1.1.4.1. Hofstede'in Kültürel Boyutları…….. 17
1.1.4.1.1. Güç Mesafesi Boyutu…… 19
1.1.4.1.2. Belirsizlikten Kaçınma Boyutu…… 25
1.1.4.1.3. Bireysellik – Kolektiflik Boyutu…… 33

1.1.4.1.4. Erillik – Dişilik Boyutu…….. 36
1.1.4.1.5. Uzun – Kısa Dönem Uyum Boyutu... 39
1.2. Kültürel Açıdan Sağlık…… 42
1.2.1. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler…….. 42
1.2.2. Sağlığa Kültürel Yaklaşımlar…….. 46

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE TEORİK YAKLAŞIMLAR…… 48
2.1. Kavramlar…… 48
2.1.1. Sağlık Kavramı…….. 48
2.1.2. Hastalık Kavramı…….. 51
2.1.3. Hastalıkların Önlenmesi…… 52
2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi……. 53
2.1.5. Sağlık Eğitimi…….. 55
2.2. Sağlık İletişimi…… 57
2.2.1. Sağlık İletişimi Tanımları…….. 57
2.2.2. Sağlık İletişiminin Tarihsel Gelişimi……. 59
2.2.3. Sağlık İletişimi Stratejileri……. 61
2.2.3.1. Sosyal Pazarlama…… 61
2.2.3.2. Medyada Savunuculuk……... 63
2.2.4. Sağlık İletişimi Süreci…… 65
2.2.5. Sağlık İletişimi Sürecinde İletişim Türleri…….. 68
2.2.5.1. Kişisel İletişim……. 68
2.2.5.2. Kişilerarası İletişim…… 70
2.2.5.3. Gruplararası İletişim……. 76
2.2.5.4. Kitle İletişimi…….. 76
2.2.6. Sağlık Davranışları…… 77
2.2.7. Sağlık Davranışı Teorileri……. 78
2.2.7.1. Sağlık İnanç Modeli…… 79
2.2.7.2. Korunma Motivasyon Modeli…… 81
2.2.7.3. Kendini Düzenleme Modeli…… 82
2.2.7.4. Planlı Davranış Teorisi…… 83

2.2.7.5. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı…….. 85
2.2.7.6. Önlem Alma Süreci Modeli…… 86
2.2.7.7. Kuramlarüstü Model…….. 87
2.2.7.8. Sosyal – Bilişsel Teori…… 89
2.2.7.9. Aktivasyon Teorisi…….. 91
2.2.7.10. Korku Faktörü Teorisi…… 92

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE HALKLA İLİŞKİLER FAALİYETLERİNDE MESAJ OLUŞTURMA…….. 94
3.1. Halkla İlişkiler Yazarlığı ve Sağlık İletişimi Kampanyaları……. 94
3.2. İkna Süreci……. 100
3.2.1. Kaynağa İlişkin Faktörler……. 102
3.2.2. Mesaja İlişkin Faktörler…… 103
3.2.3. Hedef Kitleye İlişkin Faktörler……. 104
3.3. İkna Sürecinde Tutumlar……. 106
3.3.1. Tutum Kavramı…….. 106
3.3.2. Tutum Bileşenleri…… 108
3.3.2.1.Bilişsel Bileşen…… 108
3.3.2.2.Duygusal Bileşen…… 108
3.3.2.3.Davranışsal Bileşen…… 109
3.3.3. Tutumların Özellikleri……110
3.3.3.1. Kuvvet Derecesi……110
3.3.3.2. Karmaşıklık Derecesi……110
3.3.3.3. Bileşenler Arası Tutarlılık……111
3.3.4. Tutum ve Davranış…….. 112
3.4. Etkin Mesaj Oluşturma…… 113
3.5. Mesaj Yazım Süreci…….. 118
3.5.1. Planlama Aşaması…… 119
3.5.2. Yazım Aşaması……. 122
3.5.3. Değerlendirme Aşaması……... 127

3.6. Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli……. 130

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE MESAJ TASARLAMADA KÜLTÜREL FAKTÖRLERİN ROLÜNÜN BELİRLENMESİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA…… 133

4.1. Problem…… 133

4.2. Amaç…… 133

4.3. Önem…… 134

4.4. Sınırlılıklar…… 134

4.5. Hipotez…….. 135

4.6. Yöntem…….. 136

4.7. Bulgular……. 139

4.7.1. Ki-Kare Testleri…… 139

4.7.2. t Testleri-Risk Davranışı Belirleme Ölçeği…… 140

4.7.3. Anova Testleri-Risk Davranışı Belirleme Ölçeği……. 150

4.7.4. t Testleri-Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği…… 153

4.7.5. Anova Testleri-Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği…….. 174

4.7.6. Korelasyon Testleri…….. 179

SONUÇ…….. 182

KAYNAKÇA…… 186

EKLER…….. 201

ÖZGEÇMİŞ……... 220

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo1: Eğitim Durumuna Göre Hastalıklar ile İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklar……. 139
Tablo2: Cinsiyete Göre Risk Davranışı Belirleme…… 140
Tablo3: Doğum Yerine Göre Risk Davranışı Belirleme…… 141
Tablo4: Hane Halkı Sayısına Göre Risk Davranışı Belirleme……... 141
Tablo5: Aylık Gelire Göre Risk Davranışı Belirleme…… 142
Tablo6: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Kitaplardan Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 142
Tablo7: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Hekim/Sağlık Personelinden Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme……. 143
Tablo8: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Aile Bireyi/Arkadaştan Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 143
Tablo9: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Dergilerden Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 144
Tablo10: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Gazetelerden Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 145
Tablo11: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi İnternetten Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 145
Tablo12: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi TV'den Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 146
Tablo13: Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Sosyal Medyadan Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme……. 147
Tablo14: Büyünen Yere Göre Risk Davranışı Belirleme…… 147
Tablo15: Hastalık Durumuna Göre Risk Davranışı Belirleme…….. 148
Tablo16: Sağlık Davranışına Göre Risk Davranışı Belirleme…… 149
Tablo17: Eğitim Durumuna Göre Kalp Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme……. 150

Tablo18: Eğitim Durumuna Göre Kansere Yönelik
Risk Davranışı Belirleme……. 151
Tablo19: Eğitim Durumuna Göre Solunum Yolu Hastalıklarına Yönelik
Risk Davranışı Belirleme…….. 152
Tablo20: Cinsiyete Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler……... 153
Tablo21: Doğum Yerine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler..... 154
Tablo22: Hane Halkı Sayısına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen
Stratejiler…… 155
Tablo23: Aylık Gelir Miktarına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen
Stratejiler……. 156
Tablo24: Kaynak Olarak Kitap Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler……... 157
Tablo25: Kaynak Olarak Hekim/Sağlık Personeli Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 158
Tablo26: Kaynak Olarak Aile Bireyi/Arkadaş Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 159
Tablo27: Kaynak Olarak Dergi Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 160
Tablo28: Kaynak Olarak Gazete Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 161
Tablo29: Kaynak Olarak İnternet Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 162
Tablo30: Kaynak Olarak TV Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 163
Tablo31: Kaynak Olarak Sosyal Medya Tercihine Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 164
Tablo32: Kalp Hastalığı Olup Olmamasına Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…… 165
Tablo33: Kanser Hastalığı Olup Olmamaya Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…….. 166
Tablo34: Solunum Yolu Hastalığı Olup Olmamaya Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…….. 167

Tablo35: Fiziksel Aktivite Davranışına Göre
Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler…….. 169
Tablo36: Sağlıklı Beslenme Davranışına Göre Mesaj Etkinliğini
Belirleyen Stratejiler……... 171
Tablo37: Sigara Kullanımı Davranışına Göre Mesaj Etkinliğini
Belirleyen Stratejiler…….. 172
Tablo38: Büyünen Yere Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler……. 173
Tablo39: Korku Faktörü İçeren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin
Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması…… 174
Tablo40: Umut Veren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin
Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması…….. 175
Tablo41: Davranışa Yönlendiren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin
Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması…… 176
Tablo42: Hastalığa Yol Açan Nedenlerin Verildiği Mesajlardan
Etkilenme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması……. 177
Tablo43: Tıbbi Terminoloji İçeren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin
Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması……. 178
Tablo44: Kalp, Kanser ve Solunum Yolu Hastalığında
Algılanan Fayda Düzeyi İlişkisi…… 179
Tablo45: Kalp, Kanser ve Solunum Yolu Hastalığında
Algılanan Risk-Tehdit Düzeyi İlişkisi…….. 180
Tablo46: Kalp, Kanser ve Solunum Yolu Hastalığında
Algılanan Risk-Tehdit ve Algılanan Fayda Düzeyi İlişkisi…..... 181
Tabl47: Ölçeklerin Cronbach's Alpha Değerleri……. 208
Tablo48: Kalp Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği
Güvenilirliği (Algılanan Fayda)…… 209
Tablo49: Kalp Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği
Güvenilirliği (Algılanan Risk)…….. 209
Tablo50: Kansere Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği
Güvenilirliği (Algılanan Fayda)…… 210
Tablo51: Kansere Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği
Güvenilirliği (Algılanan Risk)……..... 210

Tablo52: Solunum Yolu Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Fayda)…… 211
Tablo53: Solunum Yolu Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Risk)……..... 211
Tablo54: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Korku Faktörü İçeren Mesajlar)…… 212
Tablo55: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Umut Veren Mesajlar)…….. 212
Tablo56: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Davranışa Yönlendiren Mesajlar)……..... 212
Tablo57: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Hastalık Nedenlerini İçeren Mesajlar)…….. 213
Tablo58: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Tıbbi Terminoloji İçeren Mesajlar)…….. 213
Tablo59: Cinsiyete Göre Dağılımlar…… 214
Tablo60: Eğitim Durumuna Göre Dağılımlar…….. 214
Tablo61: Medeni Duruma Göre Dağılımlar……. 215
Tablo62: Mesleklere Göre Dağılımlar……..... 215
Tablo63: Çalışma Durumuna Göre Dağılımlar……. 216
Tablo64: Doğum Yerlerine Göre Dağılımlar…… 216
Tablo65: Doğum Yeri Özelliklerine Göre Dağılımlar……..... 216
Tablo66: Büyünen Yerin Özelliklerine Göre Dağılımlar……. 217
Tablo67: Hastalıklar ile İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklara Göre Dağılımlar……. 217
Tablo68: Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımlar…… 218
Tablo69: Hastalıklara Göre Dağılımlar……... 218
Tablo70: Yaş, Hanehalkı, Aylık Gelir, İstanbul'da Yaşama Yılı Ortalamaları…….. 218

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1 : Sağlık Modeli…… 50
Şekil2 : Sağlık Eğitim Modeli…… 56
Şekil3 : Sağlık İletişimi Süreci……..... 67
Şekil4 : Kişilerarası İletişim……..... 71
Şekil5 : Sağlık İnanç Modeli…….. 80
Şekil6 : Kendini Düzenleme Modeli…….. 83
Şekil7 : Planlı Davranış Teorisi…….. 84
Şekil8 : Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı……. 86
Şekil9 : Kuramlarüstü Model……. 88
Şekil10: Sosyal – Bilişsel Teori…….. 91
Şekil11: Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli……. 132

KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

EPPM : Extended Parallel Process Model

Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli

HIV : Human Immunodeficiency Virus

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MED : Message Efficiency Diagnosis Scale

Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği

RBD : Risk Behavior Diagnosis Scale

Risk Davranışı Belirleme Ölçeği

TL : Türk Lirası

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TV : Televizyon

GİRİŞ

Sağlık iletişiminde hedef kitleye yönelik uygulamalar yapmak etkinlik sağlamak adına önemli bir adımdır. Doğru kişiye doğru mesaj sözünden hareket ile hedef kitle analizinin önemini bir kez daha vurgulamak gerekmektedir. Bu çalışma ile kültürel faktörler dikkate alınarak etkin mesaj içerikleri ve mesaj stratejileri geliştirmek amaçlanmıştır.

Tezin birinci bölümünde kültür ve sağlık ilişkisi incelenmiştir. Kültür kavramına ilişkin literatürdeki tanımlar irdelenmiş ve kültürün özellikleri belirtilmiştir. Kültürü oluşturan öğeler açıklanmış ve kültür konusunda yapılmış çalışmalardan en kapsamlısı olan Hofstede'nin kültürel boyutları aktarılmıştır. Bu bölümde ayrıca kültürel açıdan sağlık kavramına yönelik olarak sağlık ve hastalığı etkileyen kültürel faktörler ile sağlığa kültürel yaklaşımlar irdelenmiştir.

Tezin ikinci bölümünde sağlık iletişiminde teorik yaklaşımlar ele alınmıştır. Öncelikli olarak sağlık, hastalık, hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi gibi kavramların tanımlarından yola çıkılmıştır. Sağlık iletişimine yönelik tanımlar araştırılmış ve sağlık iletişiminin tarihsel gelişimi incelenmiştir. Sağlık iletişimi stratejilerinden sosyal pazarlama ve medyada savunuculuk ele alınmıştır. Sağlık iletişimi süreci incelenmiş olup, sağlık iletişimi sürecinde iletişim türlerinden olan; kişisel iletişim, kişilerarası iletişim, gruplararası iletişim ve kitle iletişimi incelenmiştir. Sağlık davranışları açıklanmış olup, sağlık davranışı teorilerinden sağlık inanç modeli, koruma motivasyon modeli, kendini düzenleme modeli, planlı davranış teorisi, sağlık eylem süreci yaklaşımı, önlem alma süreci modeli, kuramlarüstü model, sosyal – bilişsel teori, aktivasyon teorisi ve korku faktörü teorisi üzerinde durulmuştur.

Tezin üçüncü bölümünde sağlık iletişiminde halkla ilişkiler faaliyetlerinde mesaj oluşturma konusu araştırılmıştır. Halkla ilişkiler yazarlığı ve sağlık iletişimi

kampanyaları açıklanmış ikna sürecinde kaynağa, mesaja ve hedef kitleye ilişkin faktörler değerlendirilmiştir. İkna sürecinde tutumların rolünden bahsedilmiş ve tutum bileşenleri açıklanmıştır. Tutumların özellikleri üzerinde durulmuş ve tutum ile davranış arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık iletişiminde halkla ilişkiler faaliyetlerinde etkin mesaj oluşturma üzerinde durulmuş ve mesaj yazım süreci açıklanmıştır.

Tezin dördüncü bölümünde problem tanımlanmış olup, çalışmanın amacı, önemi ve sınırlılıkları verilmiştir. Çalışmanın yöntemi açıklanmış ayrıca mesaj içeriklerini ve mesaj stratejilerini belirlemeye yönelik ölçekler uygulanmış ve elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KÜLTÜR VE SAĞLIK

1.1. Kültür

1.1.1. Kültür Kavramı

"Kültür" Latince bir sözcüktür ve anlamı; el değmemiş doğanın, insan aklı ve yapıcılığıyla işlenmesi ve yararlı hale gelmesidir[1].

Kültür kavramına yönelik çok çeşitli tanımlar yapılmıştır. Kültür kavramı kimin tarafından kullanıldığına bağlı olarak farklı anlamlar alabilen bir kavramdır. Kroeber ve Kluckhohn; kültür konusunda yayımladıkları antolojide, kültür kavramının 164 tanımını derleyerek tartışmışlardır.[2].

Kültür; toplumun özelliğini veren bilimsel ve dinsel inançları kapsamaktadır. Kültür kavramının her şeyi içeren çok geniş bir yapısı olduğundan dolayı farklı tanımlar yapılmıştır. Kültür; bir toplumun üyelerinin ya da toplumdaki grupların yasam biçimleridir. Kültür, insanların nasıl giyindiklerini, evlilik gelenekleriyle aile yaşamlarını, çalışma düzenlerini, dinsel törenlerini ve boş zaman etkinliklerini içermektedir[3].

[1] Nazan İpşiroğlu. **Çağdaş Kültürümüz:Olgular-Sorunlar**, ÇYDD Yayını, No:2, İstanbul:Cem Yayınevi, 1991, s:27.
[2] Bozkurt Güvenç. **İnsan ve Kültür**, İstanbul:Remzi Kitabevi, 2002, s:96.
[3] Anthony Giddens. **Sociology**, Cambridge:Polity Press, 2000, s. 18.

Kültür; bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, töre ve insanın bir toplum üyesi olarak sahip olduğu tüm özellikler ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütündür[4]. Kültür doğumdan başlayarak sosyalleşme süreci sonucunda kazanılır[5].

Genel kabul gören kültür kavramı; bir insan topluluğunun hayat tarzı, dil ve benzeri yollarla bir nesilden diğer nesle aktarılan az çok şekillenmiş, öğrenilmiş davranış kalıplarının tamamının bir bileşimi olarak tanımlanmaktadır[6]. Kültür antropoloji eserlerinde aşağıdaki temel tanımlar karşılığında kullanılan soyut bir sözcüktür:

- Kültür, bir toplumun ya da bütün toplumların birikimli uygarlığıdır.
- Kültür, belli bir toplumun kendisidir.
- Kültür, bir dizi sosyal süreçlerin bileşkesidir.
- Kültür, bir insan ve toplum kuramıdır[7].

Taylor'a göre kültür; bilgiyi, imanı, sanat ve ahlakı, örf ve adetleri bireyin olduğu bir cemiyetin üyesi olması nedeniyle kazandığı alışkanlıkların ve tüm maharetleri içine alan karmaşık bir bütündür[8]. Taylor'un kültür kavramını çözümleyerek açıklayan Güvenç'e göre kültür; toplum, insanoğlu, eğitim süreci gibi değişkenlerin ve bunlar arasındaki karmaşık ilişkilerin bir işlevidir[9].

Samovar ve Porter'a göre kültür; tecrübe, din, inanç, tavır, anlam, bilgi, sosyal örgütlenme, zaman, insan ve gruplar tarafından yaratılmış ya da edinilmiş mal, eşya, kanun, kural, anlayış, birey ve grupların çalışmaları ve etkileşimleri ile nesiller boyunca oluşturulmuş değerler toplamıdır.

---

[4] Nancy J. Adler, Allison Gundersen. **International Dimensions of Organizational Behavior**, USA:PWS-Kent Publishing, 1991, s:14.
[5] Arvind V. Phatak. **Uluslar arası Yönetim**, Çev:Atilla Baransel, Jön Ajans, 2000, s:26.
[6] Doğan Ergun. **Kimlikler Kıskacında Ulusal Kişilik**, Ankara:İmge Kitabevi, 2000, s:153.
[7] Güvenç. **İnsan ve Kültür**, s:96.
[8] İlhan Erdoğan. **Kültürün Yönetim Fonksiyonlarının Uygulamasına Etkisi ve Faktör Doğruluk Yöntemi ile Bir Araştırma**, İstanbul:İstanbul Teknik Üniversitesi Yayını, 1975, s:9.
[9] Güvenç. **a.g.e.**, s:101.

Kültür, hangi bağlamda, kimin tarafından kullanıldığına bağlı olarak anlam değiştiren, farklı şekillerde tanımlanabilen bir kavramdır. Kültürün anlamı, onunla ilgilenen bilim dalına göre de değişebilmektedir. Edward T. Hall'a göre kültür iletişim, iletişim de kültürdür. Brislin'e göre kültür, ortak inançları, deneyimleri ve değer yargıları ile belirlenebilen, bu ortak deneyimleri ile birbirine bağlanmış ve ortak tarihi geçmişe sahip grup olarak anlaşılabilir. Goodenough, kültürü bilişsel sistem olarak kabul edenlerin öncülerindendir. Ona göre, kültür, neyin nasıl olabileceğine, bireyin olan biten hakkında ne hissettiğine ve onunla ilgili olarak neyi nasıl yapabileceğine karar vermesi için gerekli olan şartları içerir. Levi-Strauss, kültürü ortak sembolik sistem olarak kabul etmektedir. Hall'e göre, kültür insanın aktarıcısıdır; insan yaşamının kültür ile ilintili olmayan ve onun tarafından etkilenmeyen hiçbir yönü yoktur. Bu, kişiliğin, duygularını belli etme de dahil olmak üzere, kendini ifade etmenin, düşünce tarzının, hareket şekillerinin, problemlerin nasıl çözüldüğünün, ulaştırma sisteminin nasıl işlediği ve düzenlendiğinin, ekonomi ve yönetim sistemlerinin nasıl çalıştıklarının, bütün bunların nasıl bir arada tutulduğunun ve işlevlerini nasıl yerine getirdiklerinin kültür ile ilintili olduğu anlamına gelmektedir[10].

Kültür, aletlerden ve tüketim nallarından, çeşitli toplumsal gruplaşmalar için yapılan anayasal belgelerden, insana özgü düşünce ve becerilerden, inanç ve törelerden oluşan bütünsel bir toplamdır[11]. Farklı bir deyişle kültür; insan davranışının ve bu davranışın yansımalarının arkasında yatan dünyanın soyut değerleri, inançları ve algılarından ibarettir. Bunlar toplum üyeleri tarafından paylaşılan ve toplumda kabul edilen davranışlar üretirler. Kültür, biyolojik kalıtımdan çok dil aracılığı ile öğrenilir ve bu kültürün parçaları tamamlanmış bütünler olarak işlev görür[12].

Hofstede; kültür kavramının çoğunlukla toplumlara ya da etnik gruplara yönelik olduğunu, ancak bir kuruluş, bir meslek ya da bir aile gibi diğer insan

[10] Asker Kartari. **Farklılıklarla Yaşamak/Kültürler arası İletişim**, Ankara:Ürün Yayınları, 2001, s:13-15.
[11] Bronislaw Malinowski. **İnsan ve Kültür**, Çev:M. Fatih Gümüş, Ankara:Verso Yayınları, 1990, s:39.
[12] William A. Haviland. **Kültürel Antropoloji**, İstanbul:Kaktüs Yayınları, 2002, s:63.

topluluklarına uyarlanabileceğini belirtmiş, çalışmalarında kültür kavramını toplumlar için kullanmış, diğerleri için ise alt kültür kavramını tercih etmiştir[13].

Kültür; birey, grup ya da toplumun düşünce, inanç, duygu, görenek ve alışkanlık gibi zihinsel ve ruhsal niteliklerinden oluşan psikolojik ve toplumsal özelliklerin tümüdür[14].

Kongar'a göre kültür; doğanın ya da Tanrının yarattıklarına ek olarak insanoğlunun yarattıklarının tümüdür[15].

Bazı sosyologlar kültür kavramını kelime olarak dört ayrı anlamda sınıflandırmışlardır:

- Bilimsel alandaki kültür: Uygarlıktır
- Beşeri alandaki kültür: Eğitim sürecinin ürünüdür
- Estetik alandaki kültür: Güzel sanatlardır
- Teknolojik ve biyolojik alanda kültür: Üretim, tarım, çoğaltma ve yetiştirmedir[16].

Edward Burnett Tylor kültürü insanoğlunun toplumun bir üyesi olarak yarattığı bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, görenek ve benzeri diğer yetenek ve alışkanlıklar olarak tanımlamıştır. Kültüre birçok tanım getiren Kroeber ve Kluckhohn'un en çok kabul gören tanımı ise kültürün somut davranışların bir soyutlaması olduğu, ama kendisinin bir davranış olmadığı tanımıdır[17].

---

[13] Geert Hofstede. **Cultures Consequences: International Differences in Work Related Values**, CA:Sage Publishing, 1984, s:21.
[14] Kemal Tosun. **Yönetim İşletme Politikası**, İstanbul:Yön Ajans, 1991, s:141.
[15] Emre Kongar. **Kültür Üzerine**, İstanbul:Remzi Kitabevi, 1983, s:42.
[16] Hasan Ali Kasır. **Kültür Bilinci**, İstanbul:Denge Yayınları, 1993, s:17-18.
[17] Anthony Giddens. **Modernliğin Sonuçları**, İstanbul:Ayrıntı Yayınları, 1998, s:26.

Anthony Giddens ise kültür ve toplum ilişkisini vurgulamış ve biri olmadan diğerinin de olamayacağını savunmuştur. Buna göre kültür artifactler; insan eliyle yapılmıs "şey"ler bütünüdür, bu artifactler günümüz toplumunu oluşturan öğelerin başında gelir[18].

Morin kültür kelimesinin tüm, toptan bir anlamla tortusal, kalıntısal bir anlam arasında kararsızlık içinde olduğunu belirtmiştir. Morin'e göre, kültür kelimesinin sosyolojik anlamı, psikolojik, duygusal alanı, kişiliği, duyarlılığı ve onların bağlılıklarını sarar, kuşatır. Bu ifadeler çerçevesinde, Morin'in toplumsal bağlılıklar olarak adlandırdığı yaşam gerçeğini, bireylerin ancak bu yaşam gerçeği ile kurdukları bağlantılar çerçevesinde ele aldığı; hem bireye öncelik verdiği hem de bu bireyi ancak ve ancak varolusçu bir bütünlük içinde algılamaya çalıştığı yorumu yapılmaktadır. Kültürün genel olarak tanımı yapıldığında kültür; öğrenilmiş ve güdülenmiş madde dışı bir varlık; dolayısı ile manevi, ruhsal bir gerçek olarak tanımlanmaktadır[19].

Kültürün belirgin, kesin olmayan tanımları çerçevesinde Uygur'un kültür tanımı daha genel bir çizgi çizmektedir: Kuşbakışı bir yaklaşımla, kültür: insanın ortaya koyduğu, içinde insanın varolduğu tüm gerçeklik demektir. Öyleyse kültür deyimiyle insan dünyasını taşıyan, yani insan varlığını gördüğümüz her şey anlaşılabilir. Kültür, böylesi bir dünyanın anlam varlığına ilişkin tüm düşünülebilirlikleri içerir: Kültür; insan varoluşunun nasıl ve ne olduğudur. İnsanın nasıl düşündüğü, duyduğu, yaptığı, istediği; insanın kendisine nasıl baktığı, özünü nasıl gördüğü; değerlerini, ülkülerini, isteklerini nasıl düzenlediği kültürü oluşturur. Teknik, ekonomi, hukuk, estetik, bilim, devlet, yöntem; insanın meydana getirdiği her şey kültüre girer. İnsanlar arasındaki her çeşit karşılıklı etkileşimlere, her türlü yapıp yaratma alışkanlıklarına, bütün manevi ve maddesel yapıt ve ürünlere kültür denir[20].

---

[18] **A.e.**, s:26-27.
[19] Doğan Ergun. **Türk Bireyi Kuramına Giriş**, İstanbul:Gerçek Yayınları, 1991, s:31.
[20] Nermi Uygur. **Kültür Kavramı**, İstanbul:Remzi Kitabevi, 1984, s:5.

1.1.2. Kültürün Özellikleri

- **Kültür öğrenilmiş davranışlar topluluğudur:**

İnsanlar kendilerinden önce gelenlerin deneyim ve bilgilerinden yararlanarak doğal çevrelerini yeniden yaratabilmekte, araçlar yaparak ve kurallar koyarak yaşamlarını düzenleyebilmektedirler. Toplumsallaşma süreci içerisinde bireyler, kültürü öğrenir. Kişiler kendilerinden önce gelenlerin deneyimlerinden de yararlanarak uyum sağlayabilir, toplumsal yaşamlarını kolaylaştırabilirler. Dolayısıyla kültürün önemli bir özelliği öğrenilen davranışlardan oluşmasıdır[21]. Kültür, içgüdüsel ve kalıtımsal değildir ve her bireyin doğduktan sonraki yaşantısı içinde kazandığı alışkanlıklar, davranış ve tepki eğilimler bütünüdür[22].

- **Kültür toplumun üyelerince paylaşılır:**

Kültür toplumsaldır, toplumlarda yasayan bireylerce yaratılır ve paylaşılır. Bütün kültürler sürekliliklerini sağlamaya çalışırlar, bu çabaları nedeniyle de benzerlik gösterirler[23]. Bir grubun üyeleri tarafından paylaşılan alışkanlıklar, kabul edilen davranış, tutum ve değerler o grubun kültürüdür. Sosyal bir grubun ortaklaştığı veya paylaştığı alışkanlıklar, ister aile, ister bir köy veya sınıf, ister bir oymak veya ulus düzeyinde olsun, bir kültür ya da alt-kültürdür. Eğer kültür toplumsal ise, onun varlığı topluma bağlı olmak gerekir. Bütün kültürler, kendi yaşamlarını sürdürmeye çalışırlar ve bu çabalarında birbirlerine benzerler[24].

[21] Gönül İçli. **Sosyolojiye Giriş**, Anı Yayıncılık, Eylül 2002, s:81.
[22] Güvenç. **İnsan ve Kültür**, s:101.
[23] İçli. **a.g.e.**, s:83.
[24] Güvenç. **a.g.e.**, s:102.

- **Kültür örüntülüdür:**

Kültürler gelişi güzel toplanmış görenek ve inançlar değil bütünleşmiş örüntülü sistemlerdir. Adetler, değerler, kurumlar, inançlar birbirleriyle ilintilidir. Bunlardan birinde meydana gelen bir değişme diğerlerini de etkiler. Bir kültürün farklı öğeleri çekirdek değerler etrafında bütünleştirilebilir[25].

- **Kültür ihtiyaçları karşılayıcı ve doyum sağlayıcıdır:**

Kültür, temel biyolojik ihtiyaçları ve bunlardan doğan ikinci derecedeki ihtiyaçları, çoğu zaman ve önemli ölçüde karsılar. Kültürel kurumlar ve ilkeler, başarısı denenmiş çözüm yollarıdır. İnsanlar, doyum verici olduğu sürece, alışkanlıklarını devam ettirmektedirler. Doyum, alışkanlıkları destekler ve pekiştirir. Doyum yokluğu ise alışkanlıkların kaybolmasına yol açabilir. Kültürel öğeler, toplumun üyelerine bir doyum veya hizmet sağlayarak var olabilirler[26].

- **Kültür simgeseldir:**

Kültürde öğrenmenin yanı sıra dil ve etkileşim de önemlidir. Dil toplumda insanları birbirine bağlayan bir öğe olduğu kadar, kültürün gelecek kuşaklara aktarılması açısından da önemlidir. Dil toplumun simgesel sistemidir. Kültür bireyler arasında bir iletişimin olmasını gerektirir. Kültür toplumsal bir üründür ve insanlar arası etkileşim sonucu doğup gelişir[27].

[25] İçli. **Sosyolojiye Giriş**, s:83.
[26] Güvenç. **İnsan ve Kültür**, s:103.
[27] İçli. **a.g.e.**, s:82.

- **Kültür durgun olduğu kadar devamlıdır ve değişebilir:**

Kültürler her zaman değişir ve değişme, uyum yoluyla gerçekleşir. Koşullar değiştikçe, geleneksel çözüm yollarının sağladığı doyum düzeyi de azalır ve değişir. Yeni ihtiyaçlar ortaya çıkar ve bunlar bilinç düzeyine yükselir. Bu ihtiyaçları karşılayacak, sorunları çözecek deneme ve düzeltmeler yapılır, yeni kurum ve kuruluşlara gidilir. Kültürel değişme, sistemin bütünlüğünde hemen gerçekleşivermez. Sistemin belli bir kesimindeki değişmeler, geri kalan kurumlan, bu yeni duruma uymaya zorlar. Bazı durumlarda geri kalan kurumlar değişmeyi frenleyip yavaşlatmaya; bazı durumlarda ise destekleyip hızlandırmaya çalışır. Fakat hemen her kültürel değişme olayında, kurumlar arası bir farklılaşma ortaya çıkacaktır[28].

- **Kültür tarihidir ve süreklidir:**

Kültür bir toplumun üyelerinin paylaştıkları, birbirlerine ve gelecek kuşaklara ilettikleri, toplumun yarattığı, değer verdiği, paylaştığı bütün maddi ve manevi öğelerin toplamıdır. Tarihsel açıdan kültür araştırıldığında, kültürün kökeni ile toplumun kökeninin es anlamlı olduğu görülmektedir. İnsanlar grup yaşamını sürdürdükleri her yerde kültürle birlikte var olmuşlardır, kültür ve toplum birlikte bulunur. Tüm insanlar kuşaktan kuşağa aktarılan belli kültürel kurallar içinde büyürler[29].

- **Kültür bir soyutlamadır:**

Kültür, bütünüyle maddi, gözlemlenebilir bir olgu değildir, soyut, kişilerin zihinlerinde olan bir kavramdır[30].

---

[28] Güvenç. **İnsan ve Kültür**, s:103.
[29] İçli. **Sosyolojiye Giriş**, s:80.
[30] Güvenç. **a.g.e.**, s:104.

Murdock; "Culture and Society" adlı eserinde kültürün özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamıştır[31]:

- Kültür, kişisel değil, sosyal bir değerler ve davranışlar sistemidir.
- Kültür, sosyal bir mirastır ve genç kuşaklara öğrenme ve şartlanma yolu ile geçer.
- Kültür, bir toplumun tüm ideallerini ve sosyal kişiliğini temsil eder.
- Kültürde bazı değerlerin muhafazası ne derece önemli ise, değişme olgusu da o derece önemlidir.
- Kültürde değişme sürecinde bir uyum ve yorum gereklidir.
- Her kültür, içindeki tüm unsurların oluşturduğu organik bir bütündür.

Yukarıda farklı kişilerce tanımlanmış kültürün özelliklerine bakıldığında birbirlerinden farklı olmadıkları görülmektedir. Kültürün tüm bu özellikleri dikkate alındığında kültürün çok yönlü ve çok işlevli bir kavram olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu yönünün içinde sosyal olaylar ağır basar. Sosyal olaylar öncelikle bireyi dolayısıyla toplumu ilgilendirdiği için her toplumun bir kültürü olduğu yönünde inkar edilemez bir gerçek ortaya çıkar. Toplumların farklı kültürlerinin olması normal olduğu gibi, aynı toplum içerisinde coğrafi bölgelerden, kentsel ve kırsal yaşamdan dolayı ortaya çıkan kültür farklılıkları da mevcuttur. Aynı ülkenin çeşitli bölgelerinde yaşayan insanların kültürleri farklı olabilir.

1.1.3. Kültürü Oluşturan Öğeler

Toplumda insanların gerçek anlamda kültürel gelişme gösterebilmeleri, maddi kültür ile manevi kültür öğeleri arasındaki uyuma bağlıdır. Maddi kültür; toplumun tarihin belli bir aşamasında yaşamış olduğu ilerlemeyi, üretimi, pratik

[31] George Peter Murdock. **Culture and Society**, USA:University of Pittsburgh Press, 1969, s:80-85.

beceri ve insanın maddi ürünler ortaya çıkarmasındaki deneyimlerini yansıtırken, manevi kültür ise maddi kültür öğeleri belli bir gelişme gösterdikten sonra oluşan değerler, inançlar, bilgiler, davranış biçimleri, gelenek ve göreneklerdir[32]. Genel olarak kültürel yapıyı oluşturan öğeler şöyle sıralanabilir:

1.1.3.1. Değerler

Toplumun sahip olduğu ortak tutum ve bakış açılarına değer denir. Bir kültürün bireyleri tarafından kabul edilmiş prensipler ve standartlar, tutumlar ve hisler değer kavramını oluştururlar. Değer kavramı, bir kültüre ait bireylerin; yaşlarını, eğitim durumlarını, toplumdaki rollerini ve statülerini değerlendirmekte buna bağlı olarak insanların toplumda üstleneceği rolleri; kimin kiminle, ne konuda ve nasıl iletişim kuracağını da belirlemektedir.

Hofstede; değerleri belirli ilgi durumlarını diğerlerinden üstün tutma yönelik genel bir eğilim olarak tanımlamış, toplumların da bireyler gibi taşıdıkları değer yargıları olacağını söylemiştir. Değerler bizim hayatımızın ilk dönemlerinde programlandığından rasyonel değildirler. Değerler; bizim sübjektif rasyonellik tanımımızı belirler. Değerlerimiz karşılıklı olarak bağlıdır ve hiyerarşik bir değerler sistemi oluştururlar. Yine de bu sistem uyum içinde olmak durumunda değildirler. Çoğu kişi özgürlük, eşitlik gibi çelişkili değerlere sahiptir[33].

Değerlerin oluşumu iki farklı açıdan incelenebilir. Değerleri "istenen" ve "istenilir" olarak sınıflandırmak mümkündür. İstenilir değerler; çalışkan olmak, yalan söylememek gibi toplumlarda genel kabul görmüş doğruları ifade eder. İstenen değerler ise; kişisel çıkarların önde olduğu, önem sırasında kendimize yönelik değerlendirmelerimizdir ve doğal olarak kişiden kişiye farklılık gösterebilir[34].

[32] Özer Ozankaya. **Toplumbilime Giriş**, Ankara:S Yayınları, 1982, s:109.
[33] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:18.
[34] Geert Hofstede. **Cultures and Organizations: Software of the Mind**, London:McGraw-Hill UK, 1991, s:9.

Kültürel değerlerin ortak özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- **Kültürel değerler öğrenilir:**

Çocuklar kültürel değerler ile erken yaşta tanışırlar. Çocukluk döneminde kendi kültürünün değerlerinin öğrenilmesine "enculturation", diğer bir kültürün değerlerinin öğrenilmesine ise "acculturation" denir. Kültür öğrenilen tavır ve hareketlerin bütünüdür. İnsanın belirli bir tarzda hareket ediyor olması, onun belirli bir kültür içinde doğması ve yetiştirilmesinden ileri gelir.

- **Kültürel değerler davranışları yönlendirir:**

Kültürel değerler kişisel davranışları kültürel normlar doğrultusunda yönlendirmektedir. Bu normlar sosyal ilişkilerde standart davranış biçimleri oluşturmaktadır. Davranışlar kültürel normların dışına çıktığında ise toplum tarafından bu davranışı kısıtlayıcı ahlaki yaptırımlar ve önlemler alınmaktadır.

- **Kültürel değerler süreklilik arz eder ve dinamiktir:**

Kültürel değerler aileden başlayan bir süreklilik içerisindedir. Okul ve diğer benzer grupların da kültürel normlarının sürekliliğinin sağlanmasında önemli rolleri vardır. Bazı kültürel değerler zaman içerisinde pek fazla değişmemesine rağmen yine de kültürel değerler dinamiktir. Toplumun değişmesi ile değerler de değişmektedir. Ekonomik durgunluk, savaş ve yoksulluk gibi nedenler geleneksel değerleri oldukça güçlü bir şekilde etkilemektedir.

1.1.3.2. Normlar

Normlar, bireyin ne yapması veya yapmaması gerektiği hakkında toplum tarafından oluşturulan ortak beklentilere denir. Normlar, nerede, ne zaman, nasıl davranılması gerektiğini belirleyen davranış kalıplarını oluşturan kültürel çevre içinde sosyal organizasyona bağlı olarak insanların davranışlarını kaplayan ve çevredeki değerler düzenine uymaya mecbur olan elemanlardır[35].

Genel olarak uyulması gereken kurallar olarak ifade edilen normlar, bazen açık olarak dile getirilmez, bazen de yazılı değildirler. Ancak, örgüt üyelerinin sergiledikleri davranışlar üzerinde önemli etkiye sahiptirler. Örneğin, "üstlerinle tartışma", "kötü haberi veren sen olma" şeklinde ifade edilen ve paylaşılan normlar, o örgüt içindeki davranışların nasıl olması gerektiği konusunda bilgiler iletmektedirler[36].

1.1.3.3. Tutumlar

Tutumlar nesneler, insanlar ya da olaylar hakkında olumlu-olumsuz değerlendirme ifadeleridir. Tutumlar, insanın bir şey hakkında ne hissettiğini ifade eder. Tutumlar değerlerden farklıdır, değerler daha geniş ve daha kapsamlı bir kavramdır, tutumlar ise daha özeldir.

Kültür kavramının sosyal yaşama olan etkisi genelde dolaylı olarak ortaya çıkmaktadır. Bir toplumun kültürel yönelimi, toplum tarafından sergilenen değer, tutum ve davranışların karmaşık etkileşimini yansıtmaktadır. Kültür, bireylerin sürdükleri yaşam ve çevrelerindeki dünyaya bakış değerleri ile açığa çıkar. Bu değerler, davranışların öncü uyaranı olan tutumları etkiler ve ardından tutumlar

[35] Cahit Aslan. **Sosyolojiye Giriş**, Karahan Kitabevi, Eylül 2005, s:70.
[36] Nezahat Güçlü, "Örgüt Kültürü", **Kırgızistan Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2003, sayı:6, s:147-159.

davranışları oluşturur. Birey ve grup davranışlarının değişen örüntüsü toplumun kültürünü etkiler, kültür değerlere yeniden şekil verir ve birbirini takip eden şekilde döngü devam eder[37].

1.1.3.4. Varsayımlar

En güçlü kültürel öğelerden biri de varsayımlardır. Varsayımlar örgüt üyelerinin algı, düşünce, his ve davranışlarını yönlendirerek, onların örgütsel yasama ilişkin taşıdıkları doğru-yanlış, anlamlı-anlamsız, olanaklı-olanaksız gibi ön kabullerini oluşturan tartışmasız doğrulardır. Varsayımlar, değerlere göre daha derin bir zihinsel yerleşime sahiptirler. Bu nedenle varsayımlar zaman içinde kazandıkları geçerlilik ile değerleri de yönlendirirler. Dolayısıyla, varsayımlar kültürel değişimde önemli bir direniş alanı oluştururlar[38].

1.1.3.5. İnançlar

Geçmişte ve şimdi gerçeğin ne olduğuna dair bireysel bilgilerden oluşmaktadır. İnançlar, bireylerin sosyal gerçekleri nasıl anlamlandırdığını gösterirler. Ancak burada kişisel özelliklerle kültürel değerlerin bir sentezi söz konusudur. Örneğin, kaderciliğin yaygın olduğu bir toplumda, bireylerin inancı daha çok geleceğin planlanamayacağı ve denetlenemeyeceği yönündedir. Değerler belirli bir sonucu elde etmek için izlenecek yol konusunda en derinde yatan inançlardır. Bireyler inanç ve değerlerini değiştirdikleri zaman, karar ve davranışları da değişir. Eğer belirli sayıda kişinin inanç ve değerlerinde aynı yönde bir değişiklik olursa, toplumun karar ve davranışları değişir.

[37] Adler, Gundersen. **International Dimensions of Organizational Behavior**, s:14.
[38] Güçlü, **a.y.**, s:147-159.

1.1.3.6. Hikâyeler ve Efsaneler

Hikâyeler bu günü geçmişe bağlar, mevcut uygulamalara açıklama ve meşruluk kazandırır. Hikâyeler toplumun geçmişi, mevcut durumu ya da gelecekteki akışını etkileyen kararlar hakkındaki olayları kapsar[39]. Gordon'a göre, hikâye ve efsaneler, örgütsel değerlerin yayılmasına ve yerleşmesine yardımcı olurlar. Örgütün kahramanlarını ve sembollerini canlandırırlar. Hikâyeler, örgütsel kültür hakkında önemli ipuçları verirler. Örneğin bir örgütün kültüründe bireyselliği ya da yarışmayı vurgulayan hikâyeler yaygınsa, örgütsel değerler de bu doğrultuda gelişir.

1.1.3.7. Kahramanlar

Kahramanlar geçmişte, örgüte çok yararlı hizmetlerde bulunmuş ve bu hizmetleri nedeniyle devleşmiş, örgütü zafere ulaştırmış kişilerdir. Örgüt kahramanları, örgüt açısından ideal özelliklere sahip olarak görülen kişiler olup örgütlerde bir değil birden fazla olabilirler. Bunlar ölmüş ya da yaşayan, gerçek kişiler olabileceği gibi, gerçek ya da hayali kişiler olmaları da mümkündür[40].

1.1.3.8. Semboller

Toplumsal yasamda egemen olan bazı değerler ve normlar belli bir sembolle daha somut bir hale gelmekte ve ifade edilebilmektedir. Semboller, ulusal kültürlerde bayrak, ulusal marş, özel binalar, anıtlar biçiminde oldukça önemli ortak anlamlar taşıyabilmekle birlikte; bir tören, bir ayin, bir işaret, jest, sözcük veya bir kişi de sembol olabilmektedir.

---

[39] Stephen P. Robbins. **Örgütsel Davranışın Temelleri**, Çev:Sevgi Ayşe Öztürk, Eskişehir:ETAM, 1994, s:316.

[40] Güçlü, **a.y.**, s:147-159.

1.1.4. Kültür Konusunda Yapılmış Çalışmalar

Kültürel farklılıkların analizi için ilk çalışmaların İkinci Dünya Savaşı sırasında yapıldığı görülür. Pasifik'te Japonlar ile giriştikleri mücadelede Amerika Birleşik Devletleri Savaş Enformasyon Dairesi, düşmanlarının düşünce, algı, iletişim, tutum ve davranışlarını anlamak ve öğrenmek adına çalışmalar yürütmüştür. Kültür ile ilgili çalışmalar derlendiğinde 1961 yılında yayımlanan Fred L. Strodbeck ve Florance R. Kluckhohn'un çalışması önem taşır. Devam eden yıllarda Larry A. Samovar ve Richard E. Porter, Geert Hofstede ve William Gudykunst'un da önemli kültür çalışmaları mevcuttur[41]. Kültür araştırmaları içerisindeki en geniş kapsamlı çalışma Geert Hofstede tarafından yürütülmüştür. Hofstede (1980), IBM firması üzerinde yürüttüğü çalışmada 53 ülkeden 116.000 kişiye anket uyguladığı görülür.

1.1.4.1. Hofstede'in Kültürel Boyutları

Hollandalı araştırmacı Geert Hofstede'a (1980) göre, kültür; insanların yaşadıkları ortamdaki ortak zihinsel programlamadır. Kültür bireylere özgü bir özellik değildir, aynı eğitim ve yaşam tecrübesine sahip bireyleri kuşatan bir özelliktir, kalıtımsal değildir, kişinin genlerinden değil, sosyal çevresinden türemektedir. Kültürü değiştirmek çok zordur ve çok yavaştır[42].

Kültürün evrensel olarak ele alınmasında ve algılanmasında genel bir sınıflamaya gidilebileceği fikri ilk olarak Kluckhohn tarafından literatürde belirtilmiştir. Kluckhohn, kültürel görecelik için bir çatı olduğunu, bunun tüm kültürlerin temelde insan ihtiyaçlarını karşılamak üzere gelişmesine bağlı olduğunu

[41] Kartari. **Farklılıklarla Yaşamak/Kültürler arası İletişim**, s:30-32.
[42] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:18.

belirtir. İnsan ihtiyaçları çeşitlilik gösterse de fiziksel ve sosyal açıdan belirli başlıklar altında toplanabilmektedir[43].

Hofstede, ulusal kültürlerden kaynaklanan farklılıklar olup olmadığını merak etmiştir ve bu amaçla dünya çapında bir araştırma gerçekleştirmiştir. Hofstede örneklem olarak 1967 – 1973 yılları arasında merkezi New York'ta olan dünyanın en büyük çok uluslu organizasyonlarından biri olan IBM'i (International Business Machines) ele almıştır. 50'den fazla ülkede şubesi bulunan bu kuruluşun üyelerinin kültürünü dolayısıyla ulusal kültürlerini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla oluşturulan anket soruları 20 farklı dile çevrilerek, IBM kapsamında çalışan 70 farklı ülkeden yaklaşık 116.000 kişiye uygulanmıştır. Kültürün dört boyutu tek bir anket formu ile elde edilen istatistiksel analizler sonucunda elde edilmiştir. Anket yoluyla toplanan veriler, araştırmaya örgütsel bazda yapılan araştırmaların en büyüğü olma özelliğini sağlamıştır[44].

Hofstede, farklılaşan ulusal kültürler için düşünülebilecek boyutların kesin bir çerçevesini, yaptığı bir analiz ile çıkartmıştır. Bu çerçeve bazı sınırlamalara tabi ise de, kültürler arası çalışmalar yapan araştırmacılar tarafından en sık kullanılan, geçerliliğine ve güvenilirliğine inanılan bir çerçevedir. Hofstede, bu araştırmaya katılan bireylerin tamamını IBM'in bölgesel kuruluşlarında çalışan kişilerden seçmiştir ve araştırması tek bir firmaya odaklandığından dolayı eleştirilmiştir. Hofstede aslında bu eleştirilerin farkındadır. IBM'in çalışanlarının ulusal kültürü ölçmede belki tam olarak temsili bir örneklem oluşturamayacağına katılmaktadır. Ancak, uluslararası karşılaştırmalar için temsili bir örneklem olması gerektiğini, üstelik bu örneklemin işlevsel olarak eşit olması gerektiğini düşünmektedir. IBM çalışanları kısıtlı bir örneklem oluşturmaktadır, ama karşılaştırma yapmak açısından birbirlerine uygun karşılık göstermektedirler. Genelde çok uluslu firmaların çalışanları ve özelde IBM çalışanları, ulusal özellikleri karşılaştırmak için yeterince

[43] Clyde Kluckhohn. **Universal Categories of Culture**, Chicago:University of Chicago Pres, 1962, s:317-318.
[44] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:18.

cazibeli bir bilgi kaynağı oluşturmaktadır. Çünkü bazı açılardan ulusallığın dışında benzerlikler sergilemektedirler. Çalışanları, iş türleri, meslekleri ve eğitim seviyeleri benzerdir. Böyle homojen çok uluslu bir popülasyon içinde, uluslar arasında sistematik ve tutarlı farklılıklar için hesaba katılacak tek şey, ulusallığın kendisidir. İnsanlar bu firmada çalışmaya başlamadan önce bir ulusal çevrede yetiştiler. Sonuç olarak IBM çalışanlarını karşılaştırmak uluslar arasındaki farklılığı tüm açıklığıyla gösteren ender bir çalışmadır.

Kültür biliminin kurucularından biri olarak nitelendirilen Geert Hofstede'in makaleleri Avrupa, Asya ve Kuzey Amerika başta olmak üzere çok çeşitli ülkelerde yayımlanmıştır. Disiplinler arası çalışmaları nedeniyle çok geniş çapta bilim dalının ilgisini çeken Hofstede'in araştırmalarından psikoloji, sosyoloji, antropoloji, politika bilimi, dil ve tarih, yönetim konuları, uluslararası ticaret, pazarlama, insan kaynakları ve mühendisliğin yanı sıra bazı hükümetlerin askeri güvenlik teşkilatlarında da yararlanılmıştır. Hofstede, çeşitli kültürlerden insanların nasıl ve niçin etkilendiğini açıklamaya yardımcı olan dört boyut olduğunu saptamıştır. Bunlar Güç Mesafesi, Belirsizlikten Kaçınma, Bireysellik – Kolektiflik, Erillik – Dişilik'tir. Daha sonra bu boyutlara Uzun Dönem Uyum-Kısa Dönem Uyum boyutunu eklemiştir.

1.1.4.1.1. Güç Mesafesi Boyutu

Hofstede'in, ulusal kültürü tanımlamada kullandığı boyutlardan biri olan güç aralığı, toplum ve kurum içinde, sosyal eşitsizliğin ve sosyal ilişkilerde hiyerarşinin ne derece kabul gördüğüne işaret etmektedir[45]. Hofstede güç mesafesiyle, bir ülke içindeki kurum ve örgütlerin kuvvetsiz üyelerinin, gücün eşitsiz dağılmasını ne ölçüde bekledikleri ve bunu kabul etmeye ne ölçüde yakın olduklarını açıklamaya çalıştığını ifade etmiştir[46].

[45] Zeynep Aycan. **Türkiye'de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları**. Ankara:Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1. Baskı, 2000, s:79.

[46] Geert Hofstede. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**, CA:Sage Publishing, 2001, s:225.

Gücün neden olduğu farklılıkları en aza indirgemeye çalışan toplumlar, Düşük Güç Mesafesinin söz konusu olduğu kültürü; gücün benimsendiği ve kurumsallaştırıldığı toplumlar ise, Yüksek Güç Mesafeli kültürü yansıtmaktadır. Eşitsizlik, farklı kültürlerde farklı sonuçlar doğurmaktadır ve daha çok refah, itibar, güç gibi alanlarda kendini göstermektedir. Güç mesafesi, örgütlerdeki az güce sahip üyelerin gücün eşitsiz dağılımını kabullenme derecesini göstermektedir. Eğer güç mesafesi büyükse, astlar statü farklılaşmalarını kolayca kabul etmekte, üstler ve astlar ilişkilerde kademe atlanmasını statü yitirme olarak değerlendirmektedirler. Oysa güç mesafesinin küçük olduğu kültürlerde astlar, işlerin üstesinden gelebilmek için sık sık üst kademeleri atlayarak işlerini yürütmektedirler[47].

Düşük güç mesafesinin egemen kültürel değer olduğu sistemlerde, örgütsel yapıda merkezleşme eğiliminin zayıf olduğu görülmekte, alt kademelere danışma sıklığı artmaktadır. Buna karşın, güç mesafesi büyükse, güçlü merkezleşme oluşmakta, alt kademelere danışma eğilimi azalmaktadır. Güç Mesafesi, bir toplumun bireyleri ve örgütlerinde gücün eşit olmayan bir biçimde dağılımı ile ilgilidir. Gücün bir toplumun bireyleri arasında neden olduğu mesafe, o toplumun değerleri ve normları ölçüsünde gerçekleşmekte ve toplum tarafından benimsenen güç düzeyindeki farklılıklar, zaman içerisinde içselleştirilerek, kurumsallaşmaktadır. Çeşitli ülkelerde, belirli yaşta olmanın, belirli ailelerden gelmenin, ya da belirli eğitim kurumlarında okumuş olmanın; çaba, yetenekler, teknik eğitim ve deneyime bakılmaksızın bireylere ayrıcalık getirdiği bilinmektedir. Bu tür toplumlarda hiyerarşik açıdan güçlü kişiler, haklı olmak için doğruyu bulmak zorunda değillerdir; çünkü haklılıkları, sahip oldukları güçten kaynaklanmaktadır. Bazı toplumlarda ve kültürlerde az gücü olan insanlar, gücün eşit olmayan bir biçimde dağılımını kabullenmişlerdir[48].

Güç Mesafesinin düşük olduğu toplumlardaki organizasyonlarda, katı olmayan bir merkezileşme, basık bir örgütsel yapı, az sayıda denetleyici kadro, sınırlı

[47] A. Selami Sargut. **Kültürler arası Farklılaşma ve Yönetim**, Ankara:İmge Kitabevi, 2.baskı, 2001, s:139.
[48] **A.e.**, s:182.

bir ücret farklılaşması vardır; alt kademelerde yüksek nitelik ve işçilerle memurlar aynı statüye sahiptir. Güç Mesafesinin yüksek olduğu toplumlarda ise, organizasyonlar katı bir merkezileşme içinde, sivri bir örgütsel yapıya sahip, çok sayıda denetleyici kadrosu bulunan, büyük bir ücret farklılaşması ve alt kademelerde düşük nitelik ve beyaz yakalıların mavi yakalılara oranla daha yüksek statüye sahip oldukları görülmektedir. Güç Mesafesinin yüksek olduğu toplumların organizasyonlarında biçimsel iletişim yukarıdan aşağıya doğru işler. Biçimsel yatay iletişim yoktur. Güç aralığı geniş olan kültürlerde ünvan, statü, pozisyon gibi betimleyici öğelere de fazlasıyla önem verilir ve saygı duyulur. İş yerlerinde işçi ile işveren arasındaki mesafe hissedilir ve korunur. Gücün neden olduğu farklılıkları en aza indirgemeye çalışan toplumlar, Düşük Güç Mesafesinin söz konusu olduğu kültürü; gücün benimsendiği ve kurumsallaştırıldığı toplumlar ise, Yüksek Güç Mesafeli kültürü yansıtmaktadır[49].

Hofstede'in araştırmaları sonucu çeşitli ülkeler için elde ettiği güç mesafesi değerleri aşağıda verilmiştir:

Güç Mesafesi Değerleri

Ülke/Bölge	Puan	Ülke/Bölge	Puan	Ülke/Bölge	Puan
Malezya	104	Türkiye	66	Jamaika	45
Guatemala	95	Belçika	65	A.B.D.	40
Panama	95	D. Afrika	64	Kanada	39
Filipinler	94	Peru	64	Hollanda	38
Meksika	81	Tayland	64	Avustralya	36
Venezuella	81	Şili	63	Kostarika	35

[49] Sargut. **Kültürler arası Farklılaşma ve Yönetim**, s:182.

Arap Ülkeleri	80	Portekiz	63	Almanya	35
Ekvator	78	Uruguay	61	Birleşik Krallık	35
Endonezya	78	Yunanistan	60	İsviçre	34
Hindistan	77	Güney Kore	60	Finlandiya	33
Batı Afrika	77	İran	58	Norveç	31
Yugoslavya	76	Tayvan	58	İsveç	31
Singapur	74	İspanya	57	İrlanda	28
Brezilya	69	Pakistan	55	Yeni Zelanda	22
Fransa	68	Japonya	54	Danimarka	18
Hong Kong	68	İtalya	50	İsrail	13
Kolombiya	67	Arjantin	49	Avusturya	11
Salvador	66	Güney Afrika	49		

Güç Mesafesi boyutu, Hofstede'in 1970'li yılların basında yaptığı araştırmasında ele alınan ülkeler açısından incelendiğinde, Avusturya, İsrail, Danimarka, İngiltere, Almanya, ABD gibi ülkeler Güç Mesafesinin düşük olduğu ülkeler grubunda; Filipinler, Meksika, Hindistan, Brezilya, Hong Kong, Fransa, Türkiye gibi ülkeler ise, Yüksek Güç Mesafeli ülkeler grubunda yer almaktadır[50].

Güç mesafesinin düşük ve yüksek olduğu kültürler; insanlar arası eşitliğe verilen önem, bireylerin yaşam biçimleri ve gelir düzeyleri arasındaki farklılıklar, hiyerarşik yapıya yatkınlık, liderlerin kullandıkları güç kaynakları arasındaki farklılık, karar verme ve katılım gibi değişkenler açısından özellikler taşır. Yüksek güç mesafesi özelliğine sahip ülkeler, gücün toplumsal yaşamdaki yerini meşrulaştırır. Bireyler arasındaki eşitsizlik doğal karşılanır.

[50] Geert Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, London:Sage Publications, 1980, s:104.

Güç mesafesi toplumsal normlar açısından değerlendirildiğinde şu özellikler sıralanabilir[51]:

Düşük Güç Mesafesine sahip toplumlarda;

- Toplumsal eşitsizlik düşük düzeydedir.
- İnsanlar birbirine eşit düzeyde bağımlıdır.
- Hiyerarşi sadece rollerin eşitsizliği anlamındadır.
- Ayrıcalıklar ve statü sembolleri öne çıkarılamaz.
- Güçlü ve güçsüz arasında uyum vardır.
- Güç kullanımı yasaldır.
- Güçsüzler arasında işbirliği vardır.
- Yaşlı insanlara karşı pozitif tutum vardır.
- Çocuklara aile bireyi gibi davranılır.
- Orta yaş 40'tan sonra başlar.
- Özgürlük eşitlikten daha önemlidir.

Yüksek Güç Mesafesine sahip toplumlarda;

- Gücü elinde bulunduranların ayrıcalığı belirgindir.
- Güçsüz insanlar, güçlü insanlara bağımlıdır.
- Hiyerarşi eşitsizlik anlamındadır.
- Ayrıcalıklar ve statü sembolleri sürekli olarak vurgulanır.
- Güçlü ve güçsüzler arasında çatışma vardır.
- Güçlü olan doğruyu ve yanlışı belirler.
- Güçsüzler arasında düşük düzeyde işbirliği vardır.
- Yaşlı insanlara karşı negatif tutum vardır.

[51] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:122.

- Çocuklara itaat öğretilir.
- Orta yaş 40'tan önce başlar.
- Eşitlik özgürlükten daha önemlidir.

Güç mesafesi örgütsel normlar açısından değerlendirildiğinde şu özellikler sıralanabilir[52]:

Düşük Güç Mesafesine sahip örgütlerde;

- Üst düzey yöneticiler gençtir.
- Merkeziyetçilikten uzaktır, otoriteye eğilim azdır.
- Basık örgütsel yapı vardır.
- Denetimsel personel oranı azdır.
- Organizasyonlardaki hiyerarşi, rollerin eşitsizliği ile ilgilidir.
- Astların üstleri hakkında düşüncesi önemlidir.
- Üstlerle iletişim ve üstlere ulaşma kolaylığı vardır.
- Yöneticiler objektif verilerle hareket ederler.
- Yöneticiler kişisel tecrübe ve çalışanlarına güvenirler.
- Yöneticiler demokratik tutum gösterir.
- Danışman yönetim; başarı, performans ve üretimi sağlar.
- Astlara danışılır.
- Güç; pozisyon, uzmanlık ve yeteneğe bağlıdır.
- Yönetici çalışan ilişkisi fayda üzerine kurulmuştur.
- Organizasyonun üst ve alt düzeyinde çalışanlar arasında gelir farkı azdır.
- Ayrıcalıklar ve statü sembolleri öne çıkarılamaz.

[52] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:135.

Yüksek Güç Mesafesine sahip örgütlerde;

- Üst düzey yöneticiler yaşlıdır.
- Merkeziyetçilik vardır, otoriteye eğilim fazladır.
- Dikey örgütsel yapı vardır.
- Denetimsel personel oranı fazladır.
- Organizasyondaki hiyerarşi üst düzeyde çalışanlarla daha alt düzeyde çalışanlar arasındaki eşitsizlikle ilgilidir.
- Üstlerin astlar hakkındaki düşüncesi önemlidir.
- Üstlerle iletişim ve üstlere ulaşma güçlüğü vardır.
- Yöneticiler sağduyu ile hareket ederler.
- Yöneticiler formel kurallara güvenirler.
- Yöneticiler babacan tutum gösterir.
- Otoriteye bağlı yönetim ve yakın denetim, başarı, performans ve üretimi sağlar.
- Astlara; yapılacaklar söylenir.
- Güç; ilişkiler, karizma ve gücü kullanma yeteneğine bağlıdır.
- Yönetici çalışan ilişkisi duygusaldır.
- Organizasyonun üst ve alt düzeyinde çalışanlar arasında gelir farkı fazladır.
- Ayrıcalıklar ve statü sembolleri çok vurgulanır.

1.1.4.1.2. Belirsizlikten Kaçınma Boyutu

Hofstede belirsizlikten kaçınma derecesini; bir kültürün üyelerinin tanımadıkları durumlarda kendilerini ne kadar tehdit ediliyor hissettikleri ile

değerlendirmiştir[53]. Kesinlik olmayan belirsiz durumlarda bireylerin hissettiği rahatsızlık söz konusudur.

Grup üyelerinin belirsiz ya da açıkça tanımlanıp yapılandırılmamış durumlara ne derece uyum sağlayabildiklerini gösteren yapısal ve zihinsel düzenekleri kapsar[54]. Yarının belirsizliği olmasına rağmen insanlar hayatını sürdürmeye devam etmektedir. Fakat çok büyük bir belirsizlik olduğunda ister istemez çok büyük bir endişeyi de beraberinde getirmektedir. Her insan topluluğunun, bu endişeyi azaltmak için farklı yollar geliştirdiği görülmektedir. Örneğin; teknoloji en ilkelinden en gelişmişine kadar, doğadan kaynaklanan belirsizliği azaltmak için geliştirilmekte, din ise, olaylarla bağlantı kurmak, kişisel geleceği kontrol etmek için var olmaktadır.

Kişilerin belirsizliğe karşı takındıkları tavır kültürel değerlerden kaynaklanmaktadır. Belirsizliği tolere etme düzeyi düşük olan bireyler, belirsiz durumlara uyum göstermekte başarılı olamazlar; değişmeye dirençleri yüksektir. Uyarı düzeyi yüksek, bilgiyle yüklenmiş ortamlarda bu kişilerin başarı düzeyleri hızla düşer[55].

Kurallar; örgütlerin üyelerinin ve pay sahiplerinin davranışlarının yaratabileceği içsel belirsizlikleri azaltma yoludur[56]. Belirsizlikten kaçınma derecesinin düşük olduğu toplumlar için kurallarla çevrili olmak korkutucudur. Kesinlikle ihtiyaç duyulmadan kurallar oluşturulamaz. İnsanlar kurallara ihtiyaç duymayacak ölçüde kendilerinden emindirler. Bu tip toplumlarda farklı davranışlar tehdit olarak algılanmamaktadır.

---

[53] Hofstede. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**., s:161.
[54] Aycan. **Türkiye'de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları**. s:128.
[55] Sargut. **Kültürler arası Farklılaşma ve Yönetim**, s:139.
[56] Hofstede. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**, s:147.

Belirsizliklerden hoşlanılmayan toplumlarda; insanlar bilmedikleri ve kesin olarak göremedikleri durumlarda açık bir kaçınma göstermekte ve güvenliğe olan ihtiyaç seviyelerinde belirli bir artış olduğu görülmektedir. Belirsizlikten kaçınmanın yüksek olduğu toplumlarda bireyler değişiklikten hoşlanmaz, yaşamlarında kesinlik olmasını tercih eder ve risk almaktan kaçınırlar[57].

Hofstede'e göre Türkiye belirsizlikten kaçınmanın yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Yunanistan, Portekiz, Belçika, Japonya, Peru, Fransa, İspanya, Çin ve Arjantin ise belirsizlikten kaçınmanın yüksek olduğu diğer ülkelerdir ve Hofstede'in yaptığı sıralamada Türkiye'den daha üst sıralarda yer almaktadırlar. Singapur, Hong Kong, İsveç, İrlanda, Hindistan, Kanada gibi ülkeler ise belirsizlikten kaçınmanın düşük olduğu ülkelerdendir[58].

Türk insanı önemli ölçüde belirsizlikten kaçınma eğiliminde olduğu için, ülkemizde yaygın bir uygulama olan yaşam boyu istihdam, belirsizlikten kaçınma eğiliminin doğal bir sonucudur. Japonya, Portekiz ve Yunanistan'da da belirsizliğe tolerans düşük olduğu için yaşam boyu istihdam tartışılmaz bir hak durumundadır. Buna karşın belirsizliğe toleransın yüksek olduğu Danimarka, ABD, İngiltere, İsveç gibi ülkelerde işten işe geçme hareketliliğinin yüksek olduğu görülmektedir[59].

Güç mesafesi belirsizlikten kaçınmayla birlikte ele alındığı zaman ülkeler ilginç bir biçimde kümelenmektedir. Sözgelimi Danimarka, İsveç gibi güç mesafesinin ve belirsizlikten kaçınmanın az olduğu ülkelerde, toplumsal ve örgütsel hiyerarşi azdır. Herkes birbiriyle rahatça diyalog kurabilir ve insanın risk alması beklenir, desteklenir. Öte yandan Singapur gibi güç mesafesinin çok, belirsizlikten kaçınmanın az olduğu toplumlarda örgütler geleneksel aileler olarak algılanır. Aynı ailede olduğu gibi yöneticiler örgüt üyelerini fiziksel ve ekonomik açıdan korurlar. Karşılığında çalışanlardan da örgüte sadık olmaları beklenir. Türkiye'nin yer aldığı

[57] Aycan. **Türkiye'de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları**. s:206.
[58] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:165.
[59] Sargut. **Kültürler arası Farklılaşma ve Yönetim**, s:181.

grupta güç mesafesi de, belirsizlikten kaçınma da fazladır. Bu kümedeki ülkelerde örgütler insan piramitleri olarak algılanır. Örgütte ve kurumlarda insanlar kime itaat edeceklerini bilirler. Biçimsel iletişim kanalları yukarıdan aşağıya işler. Biçimsel yatay iletişim yoktur. Bu sistemlerde belirsizlik güç mesafesi aracılığıyla azaltılır. Kimin kimler üzerinde yetkisi olduğu açıkça belirlenir. Başka bir deyişle kimin patron olduğu açıkça bilindiği gibi, patronun sözleri yasa yerine geçer. Güç mesafesini büyüten de bu durumdur. Örgütler, kurumlar ve birimler tüm işlemleri açık ve seçik olarak tanımlar. Belirsizliğe ya hiç hoşgörü gösterilmez ya da çok az gösterilir. İsrail ve Avusturya gibi güç mesafesinin düşük, ancak belirsizlikten kaçınmanın yüksek olduğu ülkelerde, güçlü bir hiyerarşi gereksinmesi duyulmadan sistemler iyi yağlanmış makineler benzeri çalışırlar. Bu ülkelerde belirsizlik, açıkça tanımlanmış roller ve işlemler aracılığıyla azaltılır. Türkiye benzeri ülkelerde kültürün belirleyici etkisiyle belirsizliğe karşı toleransı azalmış olan insanlar, tehdit edici belirsizliği azaltmak için güç mesafesini açarak tepki vermektedirler. Belirsizliğin azaltılamadığı zamanlarda ya da artan belirsizlik toplumda karmaşa yarattığında insanlar Tanrı'ya, kahramanlara ya da politika liderlerine sığınarak belirsizliği azaltmaya çalışırlar[60].

Belirsizlikten kaçınmanın toplumsal düzey açısından sahip olduğu özellikler şöyle sıralanmaktadır[61]:

Belirsizlikten Kaçınma düzeyi düşük toplumlarda;

- Belirsizlik vardır ve kaçınılmazdır.
- Farklı olan durumlar merak uyandırır.
- Düşük iş stresi vardır, duygular gizlenmemelidir.
- Mutsuzluk oranı düşüktür.
- Duyguların ifade edilmesi normaldir.

[60] Sargut. **Kültürler arası Farklılaşma ve Yönetim**, s:182-183.
[61] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:184.

- Üzüntü ve korkular yüz ifadesinden kolayca anlaşılır.
- Daha genç insanlara karşı olumlu tutum vardır, nesiller arasındaki boşluk azdır.
- İnsanlar öğrenme ve tartışmaya dönüktür.
- Çoğu insan güvenilirdir.
- Karmaşık durumlar rahat karşılanır ve riske girilir.
- Kurallar esnektir.
- Kurallar gerektiği kadar vardır.
- Tembellik yaparken rahatsızlık duyulmaz.
- Birçok doğru olabilir.
- Törensel davranışlar azdır.

Belirsizlikten Kaçınma düzeyi yüksek toplumlarda;

- Belirsizlik tehlikelidir ve azaltılması gerekir.
- Farklı olan durumlar tehlikelidir.
- Yüksek iş stresi vardır, duygular gizlenmelidir.
- Mutsuzluk oranı yüksektir.
- Duygular kontrol edilmelidir.
- Gerçek duygular diğerleri tarafından bazen anlaşılamaz.
- Daha genç insanlara karşı eleştirel tutum vardır, nesiller arasındaki boşluk büyüktür.
- İnsanlar düzene ve doğru cevaplara dönüktür.
- Aile dışındaki insanlara güvenilmez.
- Karmaşık durumlar önlenir ve riskten kaçınılır.
- Kurallar katıdır.

- Gerekli olmasa da kurallar vardır.
- Devamlı meşguliyet tutumu vardır.
- Tek doğru vardır.
- Törensel davranışlar çoktur.

Belirsizlikten kaçınmanın örgütsel düzey açısından sahip olduğu özellikler şöyle sıralanmaktadır[62]:

Belirsizlikten Kaçınma düzeyi düşük örgütlerde;

- Patrona sadakat zayıftır ve bir işyerinde ortalama çalışma süresi kısadır.
- Üst düzey yöneticiler stratejiye dahildir.
- Üstlerin gücü pozisyon ve ilişkilere bağlıdır.
- Organizasyonlar ilişki odaklıdır.
- Daha az yazılı kurallar vardır.
- Uzmanlaşmaya verilen önem azdır.
- Yöneticiler çalışanlara yöneliktir.
- Yöneticiler stratejiler üzerinde yoğunlaşır.
- Yöneticilerin risk alma eğilimi yüksektir.
- Örgüte bağlılık önemli değildir.
- Yöneticiler her şeyi bilmeyebilir.
- Değişime karşı direnç azdır.
- Çalışmak için küçük organizasyonlar tercih edilir.
- Çatışmanın doğal olduğu vurgulanır.
- Gerekiyorsa çalışanlar örgüt kurallarını ihlal edebilir.

[62] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:176.

- Başarı ve ait olma duygusu motive eder.
- Astlara yetki devri yapılabilir.
- Yüksek iş tatmini vardır.

Belirsizlikten Kaçınma düzeyi yüksek örgütlerde;

- Patrona sadakat güçlüdür ve bir işyerinde ortalama çalışma süresi uzundur.
- Üst düzey yöneticiler uygulamalara dahildir.
- Üstlerin gücü belirsizlikleri kontrol etmeye bağlıdır.
- Organizasyonlar görev odaklıdır.
- Daha fazla yazılı kurallar vardır.
- Uzmanlaşmaya verilen önem fazladır.
- Yöneticiler görevlere yöneliktir.
- Yöneticiler ayrıntılar üzerinde yoğunlaşırlar.
- Yöneticilerin risk alma eğilimi düşüktür.
- Örgüte bağlılık önemlidir.
- Yöneticiler her şeyi bilir.
- Değişime karşı direnç yüksektir.
- Çalışmak için büyük organizasyonlar tercih edilir.
- Çatışma istenmez.
- Örgüt kuralları ihlal edilemez.
- Güvenlik ve fiziki imkanlar motive eder.
- Yetki devri yapılsa da astların yetkileri kontrol altında tutulmalıdır.
- Düşük iş tatmini vardır.

Hofstede'in araştırmaları sonucu çeşitli ülkeler için elde ettiği belirsizlikten kaçınma değerleri aşağıda verilmiştir:

Belirsizlikten Kaçınma Değerleri

Ülke	Değer	Ülke	Değer
Yunanistan	112	Almanya	65
Portekiz	104	Tayland	65
Belçika	94	İran	59
Japonya	92	Finlandiya	59
Yugoslavya	88	İsviçre	58
Peru	87	Hollanda	53
Fransa	86	Avustralya	51
Şili	86	Norveç	50
İspanya	86	Güney Afrika	49
Arjantin	86	Yeni Zelanda	49
Türkiye	85	Kanada	48
Meksika	82	A.B.D.	46
İsrail	81	Filipinler	44
Kolombiya	80	Hindistan	40
Venezuella	76	Büyük Britanya	35
Brezilya	76	İrlanda	35
İtalya	75	Hong Kong	29
Pakistan	70	İsveç	29
Avusturya	70	Danimarka	23
Tayvan	69	Singapur	8

1.1.4.1.3. Bireysellik – Kolektiflik Boyutu

Bireysellik; insanların sadece kendi ailesini kollama eğilimidir, kolektiflik ise; insanların gruplara ya da topluluklara ait olma ve karşılıklı olarak birbirlerini kollama eğilimidir. Bireysellik; kültürler arası farklılaşmaya ilişkin kriterlerden en yaygın kabul görenidir. Bu ayrıma göre; bireysel kültürler, bireyi bir amaç olarak görür ve yapılan kolektif düzenlemeler sadece bu amacı gerçekleştiren bir araçtır. Kolektif kültürlerde ise amaç gruptur ve bireysel kapasitenin geliştirilmesi bu amaca hizmet eden bir araç olarak görülür.

Bireysellik Değerleri

Ülke	Değer	Ülke	Değer
A.B.D.	91	Hindistan	48
Büyük Britanya	89	Japonya	46
Kanada	80	İran	41
Hollanda	80	Brezilya	38
Yeni Zelanda	79	Türkiye	37
İtalya	76	Yunanistan	35
Belçika	75	Filipinler	32
Danimarka	74	Meksika	30
İsveç	71	Yugoslavya	27
Fransa	71	Portekiz	27
İrlanda	70	Hong Kong	25
Norveç	69	Şili	23
İsviçre	68	Singapur	20

Almanya	67	Tayland	20
Güney Afrika	65	Tayvan	17
Finlandiya	63	Peru	16
Avusturya	55	Pakistan	14
İsrail	54	Kolombiya	13
İspanya	51	Venezuella	12

Toplulukçu kültürleri bireyci kültürlerden ayıran temel özellik toplulukçu kültürlerde kişinin kendisini kendine yeten, bağımsız bir birey olarak değil de bir grubun parçası olarak görmesi, bunun, sonucunda da bireysel amaç ve davranışlarının grubunun norm ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak kaygısıdır[63].

Bireysel ya da kolektif kültürlerin özellikleri şöyle sıralanmaktadır[64]:

Kolektif kültürlerde;

- Ekonomik gelişim daha azdır.
- Kendi başına hareket edebilme ve orta sınıfın gelişimi azdır.
- Birey, büyük grupların bir parçasıdır.
- Amaçlar iç grubun amaçlarıyla çakışır.
- Toplumsal davranışın belirleyicileri normlar, görevler ve sorumluluklardır.
- Güvenlik sosyal şebekeyle sağlanır.
- Enformasyonun ana kaynağı sosyal şebekedir.
- Yarar sağlamasa da öncelikle ilişkiler ve başkalarının gereksinimleri ön planda tutulur.

[63] Aycan. **Türkiye'de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları**. s:205.
[64] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:237.

- Toplu kararlara inanılır.
- Toplumun çıkarı, kişisel çıkardan önemlidir.
- Yönetim gruplara yöneliktir.
- Çalışanlar aileden ve sosyal çevreden biri olarak görülür.
- İlişkiler görevden önemlidir.
- Uyum vurgulanır, çatışmalar bastırılır.

Bireysel kültürlerde;

- Ekonomik gelişim daha fazladır.
- Kendi başına hareket edebilme ve orta sınıfın gelişimi daha fazladır.
- Birey, ailenin bir parçasıdır ve kendine özgüdür.
- Amaçlar iç grubun amaçlarından farklıdır.
- Toplumsal davranışların belirleyicileri tavırlar, kişisel gereksinimler, algılanan haklar ve sözleşmelerdir.
- Güvenlik ev ve hayat sigortasıyla sağlanır.
- Enformasyonun ana kaynağı medyadır.
- Akılcılık önemlidir.
- Bireysel kararlara inanılır.
- Kişisel çıkar, toplumun çıkarından önemlidir.
- Yönetim bireylere yöneliktir.
- Çalışanlar birey olarak görülür.
- İlişkiler karşılıklı çıkarlara dayalıdır.
- Farklılık normaldir.

Hofstede, kolektivizmi insanların doğuştan itibaren, sorgulanamaz bir sadakat karşılığında kişinin hayatı boyunca onu koruyan güçlü, kaynaştırıcı gruplarla bütünleştikleri bir topluluk olarak tanımlar[65].

Herhangi bir Avrupa şehrinde yaşayan bir Türk azınlığı, ortak anavatanlarını temel alan bir grup oluşturabilir ve bu durumda mevcut toplulukları dünya çapındaki tüm Türklerden değil, yakınlarındaki komşulardan oluşur. Bu grupta hakim Türk Kültürü anlayışının zaman içinde Türklerin anlayışından büyük ölçüde sapması bile çok olasıdır. Kolektivistler karşılıklı kollama, aidiyet duygusu ve geleneğe saygıya da değer verirler[66]. Kolektivizm, birey gereksinimlerinden ziyade grup gereksinimine önem veren eğilimi ifade eder. Kolektif kültürlerde bireylerin grup üyeleri ya da ailelerine bakmaları ve karşılığında onlardan koşulsuz sadakat beklemeleri varsayılır. Kolektif kültürlerde, grup içi işbirliği ve grup tarafından belirlenen normlara uymaya değer verilir. Böylece, kolektif kültürlerde bireyler gruba eğilimlidir ve davranışlarına grubun koyduğu normlar rehberlik ederken, bireyci kültürlerde birey kendine yöneliktir ve grup tarafından alınan karardansa kendi kararlarını tercih eder[67].

1.1.4.1.4. Erillik – Dişilik Boyutu

Erillik, sosyal cinsiyet rollerinin belirgin çizgilerle çizildiği bir toplumu işaret eder: Erkeklerin iddialı, sert ve maddi başarılara odaklanmış olması, kadınların daha mütevazı, yumuşak ve yasam kalitesiyle ilgili olması beklenir. Dişilik, sosyal

[65] Hofstede. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**, s:225.
[66] Shalom H. Schwartz. "Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries", In M. Zanna (Ed.), **Advances in experimental social psychology,** (Vol. 25), New York: Academic Press, s:1-65.
[67] Harry Triandis, "Cross-Cultural Perspectives on Personality", Ed.R. Hogan, J. Johnson and S. Briggs, **Handbook of Personality Psychology**, San Diego:Academic Pres, 1995, s:439-464.

cinsiyet rollerinin örtüştüğü bir toplumu işaret eder: Hem erkek hem de kadının mütevazı, yumuşak ve yasam kalitesiyle ilgili olması beklenir[68].

Çalışma hedeflerine yönelik anketlerde, kadınların ilişkiler, diğerlerine yardım ve fiziksel çevre gibi sosyal hedeflere; erkeklerin ise kariyer ve para gibi ego hedeflerine daha fazla önem verdiği görülmektedir. Bununla birlikte bu önem dereceleri ülkeden ülkeye göre farklılık göstermektedir. Eril terimi; biyolojik olarak belirlenmiş kavramı değil, belirli bir çevrede erkek cinsiyetinin üyeleri tarafından yapması uygun görülen öğeleri belirtmektedir[69].

Eril toplumların iş yaşamında kazanma ve rekabet eğilimi; yüksek iş gerilimi, girişkenlik ve risk alma eğilimine neden olur. Çalışma temposu yüksektir ve kontrol mekanizmaları güçlüdür. Eril toplumlarda çalışmak için yaşamak, dişil toplumlarda ise yaşamak için çalışmak söz konusudur[70].

Eril ya da dişi kültürlerin özellikleri şöyle sıralanmaktadır[71]:

Dişi kültürlerde;

- İş yaşamak içindir.
- İş yerinde uyumlu çalışma ve yönetici ile ilişki çok önemlidir.
- Yaşanan yer ve iş güvenliği önemlidir.
- İş stresi düşüktür.
- Grup kararlarına inanılır.
- Çalışmak için küçük kurumlar tercih edilir.

[68] Hofstede. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**, s:297.
[69] **A.e.**, s:84-279.
[70] Hofstede. **Cultures and Organizations: Software of the Mind**, s:93.
[71] Hofstede. **Cultures Consequences; International Differences in Work Related Values**, s:294.

- İş insan yaşamının merkezinde değildir.
- Başkalarını koruma ve sıcak ilişkiler önemlidir.
- Yöneticiler, sağduyu ve uzlaşmaya önem verir.

Eril kültürlerde;

- Yaşam iş içindir.
- En iyisini yapma olanağının verilmesi ve işte fark edilme önemlidir.
- Terfi etme ve yüksek kazanç önemlidir.
- İş stresi yüksektir.
- Bireysel kararlara inanılır.
- Çalışmak için büyük kurumlar tercih edilir.
- İş insan yaşamının merkezindedir.
- Maddi başarılar ve gelişim önemlidir.
- Yöneticiler, kararlılığa ve girişimciliğe önem verir.

Erillik Değerleri

Ülke	Değer	Ülke	Değer
Japonya	95	Kanada	52
Avusturya	79	Pakistan	50
Venezuella	73	Brezilya	49
İtalya	70	Singapur	48
İsviçre	70	İsrail	47
Meksika	69	Türkiye	45
İrlanda	68	Tayvan	45

Büyük Britanya	66	İran	43
Almanya	66	Fransa	43
Filipinler	64	İspanya	42
Kolombiya	64	Peru	42
Güney Afrika	63	Tayland	34
A.B.D.	62	Portekiz	31
Avustralya	61	Şili	28
Yeni Zelanda	58	Finlandiya	26
Yunanistan	57	Yugoslavya	21
Hong Kong	57	Danimarka	16
Arjantin	56	Hollanda	14
Hindistan	56	Norveç	8
Belçika	54	İsveç	5

1.1.4.1.5. Uzun – Kısa Dönem Uyum Boyutu

Uzun Dönem Uyum, ileriki ödüllere yönelik, özellikle azim ve tutumluluk gibi erdemlerin teşvik edilmesidir. Kısa Dönem Uyum ise, geçmiş ve şimdiye ilişkin, özellikle geleneğe saygı, ünün korunması ve toplumsal yükümlülüklerin yerine getirilmesi gibi erdemlerin teşvik edilmesidir[72].

Hofstede'in ortaya koyduğu boyutlan destekler yönde önemli bir bulgu da Çin Kültürel Bağlantı olarak adlandırılan çalışmadan alınmaktadır. Bu çalışmada Çin kültürel bağlamındaki yaygın değerlere dayanarak 20'si Hofstede'in çalışmasıyla aynı olan 22 ülkedeki öğrenci örnekleminden veri toplanmıştır. Bu çalışma sonucunda dört kültürel boyut ortaya çıkmıştır: güç mesafesi, bireysellik, erillik ve Konfiçyus

[72] Hofstede. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**, s:359.

dinamizmi. Bu çalışmada ortaya konulan kültürel boyutlar ile Hofstede'in kültürel boyutlan arasında bazı temel paralellikler gözlenmiştir. Ancak, Konfiçyus dinamizmi özgün bir kültürel boyut olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma bulgularına dayanarak, Hofstede kültürel boyutlarına uzun – kısa olmak üzere zaman yönelimini eklemiştir. Uzun dönem yönelimde Konfiçyus dinamizminde olduğu gibi, ihtiyaçların ertelenmesi, tutumluluk ve uzun vadede hedefe ulaşmak gibi değer eğilimleri ön plana çıkarılırken; kısa dönem yönelimde ise kısa vadeli hedefler ön plandadır. Uzun Dönem Oryantasyon Çin, Hong Kong, Tayvan, Japonya ve Güney Kore gibi Uzakdoğu ülkelerinde; Orta Dönem Oryantasyon Avrupa ülkelerinin çoğunda; Kısa Dönem Oryantasyon ABD ve İngiltere'de; Çok Kısa Dönem Oryantasyon ise Afrika ve bazı İslam ülkelerinde görülmektedir.

Uzun Dönem Uyum Değerleri

Ülke	Değer
Çin	118
Hong Kong	96
Tayvan	87
Japonya	80
Güney Kore	75
Brezilya	65
Hindistan	61
Tayvan	56
Singapur	48
Hollanda	44
Bangladeş	40
İsveç	33

Polonya	32
Almanya	31
Yeni Zelanda	30
A.B.D.	29
Birleşik Krallık	25
Zimbabve	25
Kanada	23
Filipinler	19
Nijerya	16
Pakistan	0

Konfiçyus dinamizmi boyutunu oluşturan değerler Konfiçyus öğretisi ile bağlantılıdır. Bu nedenle bu boyuttaki en yüksek değerler Asya ülkelerine ait bulunmuştur.

1.2. Kültürel Açıdan Sağlık

1.2.1. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler

Kültürel değişkenler, sağlık-hastalık ilişkisinde harekete geçirici faktörler olabilir. Kültürel faktörleri şu şekilde sıralamak mümkündür[73]:

- **Ekonomik Durum:**

Ekonomik durum ile sağlık-hastalık arasındaki ilişki şöyle açıklanmaktadır; yoksulluk beslenme bozukluğuna, hastalıkların sıklaşmasına, bireyin gelirinin çoğunun tedaviye ayrılmasına ve dönerek yoksulluğa yol açmaktadır.

- **Aile Yapısı:**

Ailelerin geniş ya da çekirdek olup olmadığını; aile üyeleri arasındaki bağ ve karşılıklı desteği; bireysel başarının mı, ailesel başarının mı önemli olduğunu; çocuk yetiştirme sorumluluğunu; koruma, yaşlı, zayıf ve hastaların bakımı gibi işlerin aile üyeleri arasında nasıl paylaşıldığı gibi konuları kapsar.

Geleneksel geniş aile yapısı içerisinde; bireyler sağlık hizmetlerini nereden ve nasıl alacaklarına kendileri karar veremezler. Ayrıca sağlık ekibinin önerilerine uyma konusunda da bağımsız değillerdir. Oysa çekirdek aile üzerinde akraba grubunun denetimi azalmıştır ve bireyler kendi kararlarını alma ve uygulama konusunda daha özgürdür.

- **Cinsiyet Rolleri:**

Cinsiyetler arasındaki iş bölümü; iki cinsiyetin beklentileri, sorumlulukları ve sosyal hakları, her bir cinsiyetin davranışına ilişkin kültürel inançları, sağlığı

[73] Sevinç Özen. "Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri", **Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını**, 1993, (4), s:73-85. Talya Salant, Diane S. Lauderdale. "Measuring Culture:A Critical Review of Accultration and Health in Asian Immigrant Populations", **Social Science&Medicine**, (57) 1, 2003, s:71-90.

etkileyebilir. Örneğin; sigara kullanımının erkekler için doğal, kadınlar için doğal kabul edilmeyen toplumlarda akciğer kanserinin erkeklerde daha fazla görülmesi gibi.

- **Evlilik Biçimleri:**

Çok eşli, tek eşli evlenmeler, akraba evlilikleri sağlığı etkileyebilir. Örneğin, akraba evlilikleri hemofili, Akdeniz anemisi gibi genetik hastalıkların görülmesini artırabilir.

- **Cinsel Davranışlar:**

Evlilik öncesi ve evlilik içindeki cinsel ilişkiler, kadına ve erkeğe özgü cinsel normlar, toplum içindeki sınırlı gruplara uygulanan cinsel normlar, kadında ve erkekte eşcinselliğin hoş görülmesi ya da yasaklanması, hamilelik, menstruasyon, emzirme boyunca cinsel ilişki tabularının olup olmadığı gibi konuları kapsar.

- **Önleyici Örüntüler:**

Doğum kontrolü, gebeliği önleme ve kürtaja ilişkin kültürel tutumların kadın sağlığını nasıl etkileyeceği, gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin tutumlar, cinsel yolla geçen hastalıkların yayılması gibi davranışlar toplumun kültürüne göre değişiklikler göstermektedir. Örneğin; geleneksel yöntemleri daha çok ilkokul ve daha alt eğitim düzeyindeki kadınlar tercih etmekte ve daha fazla yöntem başarısızlığı yaşamaktadırlar. Bu da istenmeyen gebeliklere, kadınların ve çocukların sağlıklarının kötü yönde etkilenmesine sebep olabilmektedir.

- **Nüfus Politikası:**

Aile büyüklüğüne ve çocuğun cinsiyetine ilişkin inançları kapsar. Örnek olarak Türk toplumunda oğlan çocuğunun özel bir öneminin olması verilebilir. Erkek çocuk arzusu, birçok ailede istenilenden fazla çocuk sahibi olunmasına, bu da hem annenin hem de çocuğu sağlığının bozulmasına neden olabilmektedir.

- **Hamilelik ve Doğum Pratikleri:**

Hamilelik boyunca beslenme, giyinme ile ilgili davranıştaki değişmeleri kapsar. Doğumda kullanılan teknikler, bebeğin beslenmesinde kullanılan yiyecekler örnek olarak verilebilir.

- **Vücut İmajındaki Değişimler:**

Vücuda ilişkin kültüre göre değişen imaj ve değişimleri içerir. Örneğin, kozmetiklerin etkisi, estetik cerrahinin etkisi, kadınlar arasında zayıflık, uzunluk gibi vücudun biçimine ilişkin görüşleri kültürel değerleri kapsar.

- **Beslenme:**

Yemeklerin nasıl hazırlandığı, nasıl korunduğu, yemek pişirmede kullanılan yollar, araçlar, gıda ve gıda olmayan şeylerin ayırımı, sıcak-soğuk gıdalar ayrımı, besin değerlerine ilişkin anlayışlar, hamilelik, menstruasyon, emzirme, hastalık durumlarındaki özel beslenmeler, et yeme/yememe davranışları, beslenme alışkanlıklarını kapsar.

- **Giyinme:**

Kadın ve erkeklerin giyim biçimlerine ilişkin kültürel algılamaları, belirli yerlerde nasıl giyinildiğini, giyinme modalarını, belirli hastalıklarla bunların ilişkisinin olup olmadığı gibi konuları kapsar. Kültüre göre uzun giysiler giyme alışkanlığı ve peçe takılması kemik hastalıklarına yol açabilmektedir.

- **Kişisel Hijyen:**

Bireysel kişisel hijyenin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği, yıkanma ve temizlik alışkanlıkları sağlık ve hastalıkla yakından ilişkilidir. Örneğin, el yıkama alışkanlığının olmadığı toplumlarda; bulaşıcı hastalıkların fazla olduğu bilinmektedir.

- **Konut Düzenlemeleri:**

Konut yapma, oturma, yaşam alanlarını bölümleme, birey başına düşen oda sayısı, evin bahçeli veya apartman dairesi olması kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyebilir. Çok küçük bir evde, aynı odada kalabalık aile bireylerinin yaşaması enfeksiyonları artırırken, yüksek ve sıkışık apartmanlarda yaşamakta ruhsal gerilimin artmasına, çocuk oyun alanlarının kısıtlanmasına neden olabilmektedir.

- **Genel Sağlık Düzenlemeleri:**

Çöplerin nasıl değerlendirildiği, yok edildiği, su kaynakları veya gıda üretiminin ve dağıtılmasının yerleşim bölgeleriyle uzaklığı gibi konular sağlık açısından önemlidir. Günümüzde hızlı nüfus artışı, kentsel bölgelere göçler; çevre sağlığı, temiz su kaynakları sağlama ve çöp değerlendirme sorunlarını ortaya çıkarmıştır.

- **Meslekler:**

Kadın ve erkeklerin farklı veya benzer meslekleri izleyip izlemediği, belirli mesleklerin toplum içinde belirli bireylere, ailelere veya gruplara ayrılıp ayrılmadığı, geleneksel avcılık, balıkçılık, tarımcılık, madencilik gibi belirli teknikleri kullanmayı gerektiren mesleklerin yol açtığı hastalıklar, endüstrileşmiş ülkelerdeki modern mesleklerin yol açtığı hastalıklar gibi konulara dikkat çeker.

- **Din:**

Din, sosyal sistem içinde sosyokültürel yapının bir parçasıdır. Sağlık- hastalık yönelimi dini hayat görüşleri ile iç içedir. Dini hayat çoğu kez hastanın dünyasına etkide bulunur. İslamiyet'te alkolün günah sayılması alkolizmden ve alkol sonucu oluşabilecek hastalıklardan korurken, içinde alkol olması düşüncesiyle hekim tarafından önerilen şurubun çocuğa içirilmemesi sağlık açısından sakınca yaratabilmektedir. Bazı durumlarda, kadere ve hastalığın Allah'tan geldiğine inanmak hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırırken bazı kişilerde bu kaderciliğin aşırı olması hastalığın tedavisine yönelmemesine neden olabilmektedir.

- **Alışkanlıklar:**

Ölüm, doğum törenleri, yerleşim, beslenme alışkanlıklarına bağlı hastalıklar gibi konuları ele alır.

- **Göçmen Statüsü:**

Göçmenlerin, davranış, dil, beslenme ve giyinmede somutlaşan ve yeni kültüre uyum sağlayıp sağlamadıkları, ayrımcılığa konu olup olmadıkları, aile yapısı, dinsel dünyanın göç sonrası değişip değişmediği, yerli topluluğun kültürü ve göçe ilişkin tutumları içerir.

- **Madde Kullanımı:**

Sigara, alkol, alışkanlık yapıcı ilaçların kullanımı gibi alışkanlıklar değerlendirilir.

- **Boş Zaman Alışkanlıkları:**

Spor ve eğlence biçimlerinin yaralanma veya hastalık risklerini içerip içermediği gibi konuları inceler. Örneğin, yüzme ve güneşlenmenin sağlık açısından birçok yararları olmasına rağmen boğulma ve yanık tehlikeleri de olabilmektedir.

1.2.2. Sağlığa Kültürel Yaklaşımlar

Sağlık kültürlere göre değişen göreceli bir kavramdır. Sağlık, biyolojik ve çevresel etmenler tarafından olduğu kadar kültürel etmenlerden de etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinin, çağdaş tıp anlayışına uygun olduğu ölçüde kültürlere de uygun olması gereklidir. Kültürel özellikleri dışlayan bir sağlık hizmet modeli, halk tarafından beğenilerek, istenerek ve verimli bir biçimde kullanılamaz. Halkın sağlık yapısı kültürel açıdan iyi bilinmelidir. Kültürel özellikler sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak görülmelidir.

Bireylerin sağlığa ilişkin inançları, kültürü, geçmişteki hastalık/sağlık deneyimleri bir bütündür ve bu bütün bireylerin sağlıklarını geliştirmede yaşamsal bir rol oynar[74]. Kültürel özelliklerin çoğu, dini düşüncelerle bağlantılı olmasına rağmen bireyler bunun farkına varmazlar. Bu bağlantılar insanların yaşantılarında derin kök salar ve insanları anlamada arka plana itilemezler. Alkol ve sigaranın yasaklanması, düzenli egzersiz, dualar, oruç tutma, abdest alma/bozma, banyo, ölü hayvan yememe gibi kültürlerde yer alan davranışlar bunlara örnek gösterilebilir.

Tedaviler de kültürlere göre düzenlenir. Halk arasında hasta ya iyi olur ya da ölür, eğer iyi olursa yapılan girişim onay almış olur, ölürse hasta gereken yardımın dışında kalmış kabul edilir. Bazı toplumlarda, hastalıklar soğuk ve sıcak hastalıklar diye tanımlanır. Soğuk hastalıklara sıcak, sıcak hastalıklara soğuk tedavi yöntemiyle yaklaşılır. Örneğin soğuk algınlığı gibi hastalıklar, soğuk hastalık olarak kabul edilir ve sıcakla tedavi edilir. Ateşlenme gibi durumlar sıcak hastalık olarak kabul edilir ve soğuk uygulama gibi tedavi yöntemleriyle iyileştirilir.

Kültürel farklılıklar ve sağlık inançları, yıllardır uygulamalarda ön bilgi olarak kabul edilmiştir. Bütün bunlara karşın kültürel içerikli sağlık bakımı ne yazık ki rutin ya da yaygın değildir. Sağlıkla ilgili kültürel inançların bilinmesi verilecek hizmette, veri toplamanın çatısını oluşturmada kullanılabilir.

[74] Alwoko Higginbottom. "Heart Health-associated Health Beliefs and Behaviors of Adolescsent of African and African Caribbean Descent in Two Cities in the Kingdom", **Journal of Advanced Nursing**, 2000, (31), s:918-925.

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE TEORİK YAKLAŞIMLAR

2.1. Kavramlar

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık; evrensel bir olgudur ve temel bir insan hakkıdır. Hak sözcüğü; bir şeyi yapmak ya da başkalarından belirli bir biçimde davranmayı ya da bir şeyi yapmayı isteme yetkisi olarak tanımlanabilir. Bireyin sadece insan olmak sıfatıyla sahip olduğu insan hakları kaynağını ahlakilik düşüncesinden almaktadır. Sağlık hakkı 2. Kuşak Haklar (Ekonomik ve Sosyal Haklar) listesine giren bir insan hakkıdır[75]. Sağlığın farklı algılanışlarını inceleyen yazarlara göre sağlıkla ilgili çok çeşitli sınıflandırma ve tanımlamalar yapılmıştır[76]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumudur[77]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bu tanım tüm sağlık otoritelerince kabul görmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) anayasasında belirtilmiş olan bu tanımda, bedence ve ruhça tam iyilik durumunu anlamak kolaydır. Fakat sosyal yönden iyilik durumu ve bunun sağlıkla olan ilişkisi üzerinde durmak gerekmektedir. Çünkü sağlıklı olmak bireyin sosyal ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir[78].

Sağlık kavramı için farklı tanımlar yapılmaktadır. Kuramcılar sağlık durumunu dengeli, ılımlı, normal, sürekli, durağan, uyumlu gibi bazı kavramlar kapsamında açıklamaya çalışmışlardır. Bu yaklaşıma göre sağlık; vücuda enerjinin

[75] İsmet Giritli, Hasan Atilla Güngör. **Günümüzde İnsan Hakları**. İstanbul: Der Yayınları, 2002, s:7-24.
[76] Tuğrul Erbaydar. "Sağlık; Kimin İçin?" **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2002, s:304.
[77] DSÖ Anayasası, 1947.
[78] Zafer Öztek. "Sağlıkta Kavramlar" **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001, s:294.

girişi ile çıkışı arasındaki dengeyi içeren bir aşama ve kişisel, yapısal ayrıca sosyal değerlerden etkilenen bir durum olarak tanımlanmıştır. Diğer bir yaklaşıma göre ise sağlık; insanlar arası iyi ilişkiler olarak değerlendirilmiş ve bu şekilde tanımlanmıştır. Bir diğer yaklaşım ise; fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel olmak üzere tüm alt sistemlerin dengesinin ve insanın tüm bunlarla uyum içinde yaşamasının kişinin sağlığını olumlu yönde etkileyeceğini ileri sürmektedir. Sağlık; bireyin iyilik haline uyumu, olumlu ve yapıcı duygular, yaşam isteği gibi çeşitli etkenlerle dengeli bir yaşam sürme olarak da tanımlanmıştır[79].

Sağlık kelimesinin etimolojik yapısına bakılırsa "sağ olmak", "hayatta olmak" kökeninden geldiği görülmektedir[80]. İngilizce karşılığı olarak sağlık; "bir bütün halinde olma" anlamına gelmektedir[81]. Kısacası sağlık; bireyin bütün olarak iyilik halini göstermektedir[82].

Sağlığın tüm bu tanımlarına bakıldığında, birbirinden farklı iki kavram daha ortaya çıkmaktadır: Tıp ve Kamu Sağlığı. Tıp bireyin sağlığı üzerinde dururken, kamu sağlığı ise geniş kitlelerin, toplumun sağlığı üzerinde durmaktadır. Kamu sağlığı; kitlelerin sağlıklı olabilecekleri koşulları sağlamayı amaçlamaktadır[83].

Negatif olarak sağlık: Bir hastalığın olmaması durumunu,

İşlevsel olarak sağlık: Günlük aktivitelerin üstesinden gelebilme durumunu,

Pozitif olarak sağlık: Sağlıklı ve iyi bir durumda olma durumunu ifade etmektedir[84].

---

[79] R.Selçuk Tabak. **Sağlık Eğitimi**. Ankara: Somgür Yayınları, 2000, s:1.

[80] Zuhal Baltaş. **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**. İstanbul: Remzi Yayınları, 2000, s:34.

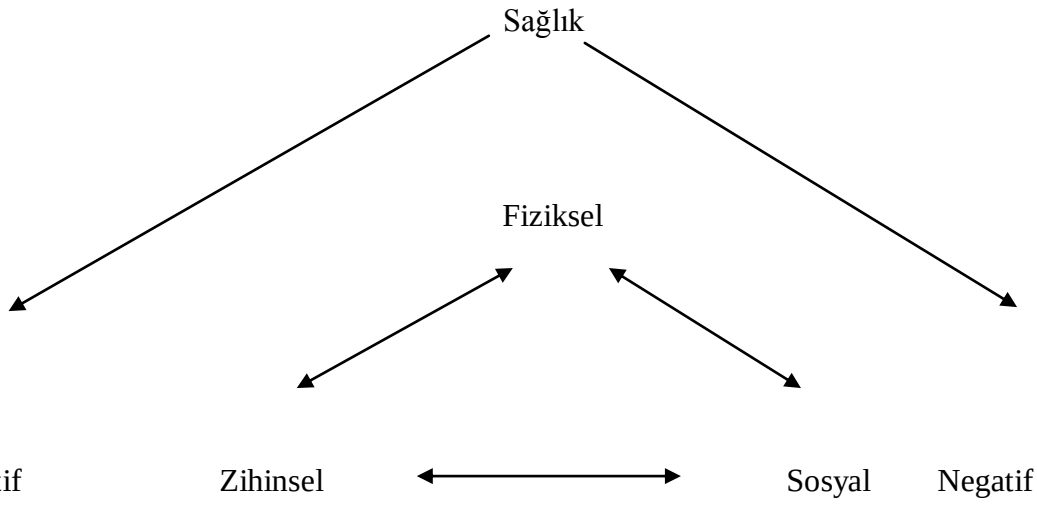
[81] M.Hulki Uz, "Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler" **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001, s:321.

[82] Jennie Naidoo ve Jane Wills. **Health Promotion: Foundations for Practice**. London: Balliere Tindall, 2000, s:5-6.

[83] Jonathan M. Mann, Lawrence Gostin, Sofia Gruskin, Troyen Brennan, Zita Lazzarini, Harvey V. Fineberg. **Health and Human Rights**. London: Routledge, 1999, s:8.

[84] Zafer Cirhinlioğlu. **Sağlık Sosyolojisi**. Ankara: Nobel Yayınları, 2002, s:24.

Sağlığın pozitif tanımlamalarında fiziksel, zihinsel ve sosyal unsurlar birlikte kullanılmaktadır. Böylelikle farklı disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileşimleri söz konusudur[85].



Şekil 1: Sağlık Modeli: (R.S. Downie, Carol Tannahill ve Andrew Tannahill. **Health Promotion: Models and Values**. Oxford:Oxford University Pres, 1996, s:24.)

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Madde 25'te sağlık hakkı olarak şu hüküm bulunmaktadır:

> *Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için; beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetiminin dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.*
>
> *Analar ve çocukların özel bakım ve yardıma hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanır*[86].

[85] İlker Belek. **Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik**. İstanbul: Der Yayınları, 1993, s:26.
[86] Deniz Atilla Şener (Haz). **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Uluslararası İnsan Hakları Bildirgeleri**. İstanbul: Kare Yayınları, Haziran-2002, s:9.

Aynı zamanda Türkiye de, sağlık sorununa bakış açısını, Anayasa'da belirtmiş durumdadır. Konuyla ilgili hükümler, Anayasa'nın "Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler" başlıklı üçüncü bölümünde yer almaktadır. 56. maddede "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" hükmü bulunmaktadır. 58. maddede ise "Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden uyuşturucu maddelerden korumak için gerekli tedbirleri alır" hükmü yer alırken, 61. maddede ise "Devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır" hükmü vardır[87].

Günümüze gelindiğinde ise; sağlık kavramının geçmişteki durağan tanımlarının aksine dinamik olmakla birlikte sürece ve koşullara bağlı oluşu üzerinde durulduğu görülmektedir[88].

2.1.2. Hastalık Kavramı

Çoğunlukla, hastalık kavramından tüm bireylerin aynı durumu anladıkları düşünülür. Oysa, hastalığın tanımı toplumdan topluma, zamandan zamana değişmektedir. Bireye ne zaman, hangi koşullarda hasta denileceği, bireyin kendisini ne zaman hasta olarak algılayacağının belirli bir ilkesi yoktur. Ancak, sağlıklı olma durumunun kaybedilmesi, hastalık sürecinin başlangıcına ilişkindir[89].

Hastalık kavramı da bireyler ve hekimlere göre farklılık göstermektedir. Bireyler açısından önemli olan hastalık kendisinde ya da yakınında olan hastalıktır. Hekimler ise, tanı konulması ya da tedavisi güç olan ve son teknolojileri gerektiren

[87] Ertuğrul Kumcuoğlu. "Türkiye'nin Sağlık Sorunları Üzerine" **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001, s:188-189.
[88] Ayla Okay. **Sağlık İletişimi**. İstanbul:MediaCat Yayınları, 2009, s:13.
[89] Cirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**. s:22.

hastalıkları önemli hastalıklar olarak kabul etmektedirler. Toplum sağlığı açısından bakıldığı zaman, önemli olan hastalıklar, en sık görülen, en çok ölüme ya da sakatlığa neden olan hastalıklardır[90].

Bir sosyal sistem içerisinde hastalık ise; biyolojik bir sistem olan canlının durumu ile şahsi ve sosyal intibakını temin eden normal görevin bozulma halidir. Hastalıkta inanç ve tutumlar, sosyal – siyasi kontrol sistemleri ile sosyal organizasyonları birbirlerini bir bütün olarak tamamlayacak şekilde gelişir[91].

Fişek'e göre hastalık; doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir. Sonrasında ise bu tanıma hastalığın sadece, biyolojik bir süreç olmadığı, toplumsal ve kültürel boyutunun da olduğunu eklemektedir[92].

Hastalık; İngilizce'de disease; desaise sözcüğünden gelmektedir. Rahatsız olma, huzursuzluk anlamına gelmektedir[93].

2.1.3. Hastalıkların Önlenmesi

Hastalıkların önlenmesinde amaç; rahatsızlığın ya da sakatlığın, kısacası bir hastalık sürecinin gerçekleşme riskini azaltmaktır. Downie'ye göre hastalıkların önlenmesi şu yollarla mümkün olabilmektedir:

1-Riski azaltmak yoluyla bir hastalık sürecinin ilk kez ortaya çıkmasının önlenmesi

2-Erken teşhis ile bir hastalık sürecinin ilk kez ortaya çıkmasının önlenmesi

3-Geriye dönüşü mümkün olmayan hastalıkların kaçınılması mümkün komplikasyonlarının önlenmesi

---

[90] Öztek. **a.y.**, s:295.
[91] Orhan Türkdoğan. **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, 1991, s:30-31.
[92] Cirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**. s:15.
[93] Naidoo, Wills. **Health Promotion: Foundationsa For Practice**., s:7.

4- Bir hastalığın tekrarlanmasının önlenmesi[94].

2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi kavramsal açıdan ilk kez 1974 yılında Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde tarafından kullanılmıştır. Lalonde, Kanadalıların Sağlığı Hakkında Yeni Bir Bakış Açısı isimli kitabında hastalıkların ve beklenmedik ölümlerin önlenmesinde çevresel faktörlerin ve davranışların öneminde bahsederek sağlığın geliştirilmesi çalışmaları üzerinde durmuştur[95]. Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında davranış değişikliği oluşturmak amaçlanmaktadır. Bireye, sağlıklı beslenme, fizyolojik yapısına bağlı olarak egzersiz yapma gibi yaşam kalitesini arttırmaya yönelik davranışlar kazandırmak hedeflenmektedir[96].

Sağlığı geliştirme; sağlıklı olabilmek için herhangi bir davranışı ya da koşulu destekleyen eğitimsel, örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin herhangi bir bileşimini tanımlamaktadır. Sağlığı geliştirme uygulamaları sorun olan davranışın risk altındaki birey toplumun denetiminin ötesinde olduğunda sağlık eğitiminden daha ileri bir uygulamadır. Sağlığı geliştirme kısacası; toplum sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir bileşenidir[97].

Sağlığın geliştirilmesinde başta gelen tedbirleri şöyle sıralamak mümkündür:

- Kişisel korunma ve günlük yaşama koşullarının düzenlenmesi
- Birey, gruplar ve toplumun sağlık eğitimi düzeyinin yükseltilmesi[98].

---

[94] Downie, Tannahill ve Tannahill, **Health Promotion: Models and Values**. s:50-51.
[95] Gordon Macdonald ve Robin Bunton. "Health Promotion:Discipline or Disciplines?", Robin Bunton ve Gordon Macdonald (ed). **Health Promotion:Disciplines and Diversity**, London:Routledge, 1992, s:8-9.
[96] John M. Last. **Public Health and Human Ecology**. New Jersey:Prentice Hall, 1987, s:2-4.
[97] Çağatay Güler ve Songül Vaizoğlu. "Toplum Sağlığı Eğitimi: Sağlık İçin Eğitim", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S.39, Mayıs-Haziran 2001, s:797.
[98] Sıtkı Velicangil. **Hekimler Dişhekimleri Eczacılar ve Sağlık Mühendisleri İçin Koruyucu ve Sosyal Tıp**. İstanbul: Sermet Matbaası, 1975, s:4.

Sağlığın geliştirilmesi, kısaca, sağlığı etkileyen bireysel ve çevresel potansiyellerin en etkin biçimde kullanılmasıdır. İnsan yaşamına sağlık, sağlamlık, mutluluk, canlılık ve uzunluk katma çabasıdır[99].

Literatürde hastalıkların önlenmesi ile sağlığın geliştirilmesi kavramlarına aynı anlamların yüklendiği görülmektedir. Oysa her iki kavramın anlam açısından farklı olduğunu ancak birbirlerini tamamladığını söylemek daha doğru olacaktır. Hastalıkların önlenmesi; özellikle risk altındaki bireyleri ele alır ve yaşam kalitesini arttırmayı değil hastalığın oluşumunu engellemeyi amaçlar. Sağlığın geliştirilmesinde ise sağlıklı geniş kitlelerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar ele alınmaktadır[100].

Dünya Sağlık Örgütü ise sağlığın geliştirilmesinin tıbbi bir müdahale değil sosyal bir faaliyet olduğunu ileri sürerek aşağıdaki ilkeleri belirtmiştir:

1-Kitleleri bir bütün olarak ele alır

2-Sağlığın belirleyicileri ya da nedenleri üzerinde durur

3-Farklı ancak tamamlayıcı yaklaşımları bir araya getirir

4-Etkin kamu katılımını amaçlar

5-Sağlığın geliştirilmesinde sağlık profesyonelleri önemli rol oynamaktadır[101].

Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında öncelikli amaç; kitleleri sağlık konusunda bilgilendirmek, riskleri açıklamak ve doğru sağlık davranışları kazandırarak yaşam kalitesini arttırmaktır[102].

---

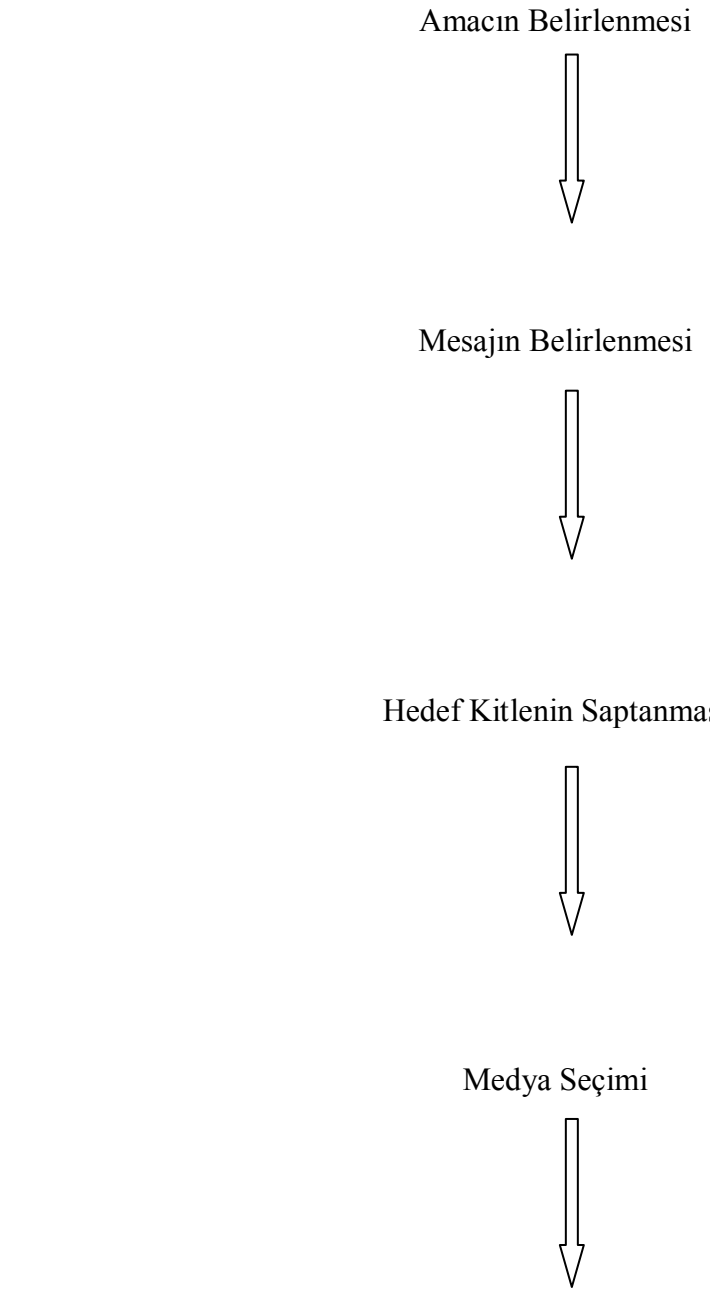
[99] Tabak, **Sağlık İletişimi**, s:66.
[100] Alison Dines ve Alan Cribb. **Health Promotion:Concepts and Practice**. Oxford:Blackwell Science, 1993, s:24-26.
[101] **A.e.**, s:25-27.
[102] Gary L. Kreps ve Barbara C. Thornton. **Health Communication Theory and Practice**. Illinois:Waveland Pres, 1992, s:198.

2.1.5. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi en geniş tanımıyla sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla insanlara istenilen bilgi, tutum ve davranışları kazandırmaya yönelik uygulamaların tümüdür.

Smith'e göre sağlık eğitimi birey ve kitlelerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bilgi, inanç ve davranışları belirleyen tüm etkilerin toplamıdır. Bu tanımdan yola çıkarak Downie vd. sağlık eğitimini; pozitif sağlığı geliştirerek, bireylerin ve kitlelerin hastalıklarının önlenmesini amaçlayan iletişim faaliyeti olarak değerlendirmektedirler[103].

[103] Downie, Tannahill ve Tannahill, **Health Promotion: Models and Values**. s:28-29.



Şekil 2: Sağlık Eğitim Modeli: (Gary L. Kreps. "**Communication and Health Education**", Eileen Berlin Ray ve Lewis Donohew (eds). Communication and Health:Systems and Applications. New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates, 1990, s:195.)

Bireylerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri ve olumlu davranışlar kazandırılabilmeleri için yapılan planlı çabalara sağlık eğitimi denir. Sağlık eğitimi aynı zamanda bireylere, kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincini de kazandırmayı amaçlar[104].

Sağlık eğitimi, bireyin, sağlıklı olma koşullarını hazırlayan, sağlıklı olmayı mümkün kılan ve güçlendiren; ya da buna yönelik kolektif bir davranış için aynı etkileri yapan öğrenme yaşantılarının herhangi bir bileşimidir[105].

Bu tanımlardan yola çıkarak sağlık eğitiminin amacı; bireylere ve topluma sağlığın geliştirilmesi doğrultusunda sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkıda bulunmak olarak açıklanabilir. Bireye ve topluma sağlık konusunda bilgiler vererek bireyde ya da toplumda sağlık bilinci uyandırmak sağlık eğitiminin temel amacıdır.

2.2. Sağlık İletişimi

2.2.1. Sağlık İletişimi Tanımları

Sağlık iletişimi en genel tanımıyla; sağlığa yönelik konular hakkında bireyleri ya da hedef kitleyi bilgilendirmek, etkilemek ve davranış değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan çalışmaların tümüdür. Sağlık iletişimi; hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasına ek olarak, sağlığın geliştirilmesi, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır[106].

[104] Öztek. **a.e.**, s:296.
[105] Güler, Vaizoğlu. **a.y.**, s:797.
[106] U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. **Healthy People 2010**. Volumes 1 and 2, Chapt. 11, p 11-20. http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm

Sağlık iletişimi; sağlık inançları, davranışları ve sonuçlarını etkileyen teorik ve pratik bir araştırma alanıdır[107]. Bireyi, toplumu, sağlık profesyonellerini ve politikacıları etkilemek amacıyla sağlıkla ilgili bilgileri iletmek, savunmak ve toplum sağlığını geliştirmek için çok geniş hedef kitlelere ulaşmayı hedefleyen çok yönlü ve multidisipliner bir alandır[108]. Sağlık iletişimi; içeriği sağlık olan her türlü iletişimdir.

Sağlık iletişimi; sağlıkla ilgili her türlü bilginin birey ya da kitlelere iletilmesidir. Bilgiyi ileten kişi, organizasyon ya da medya olabildiği gibi bilgiyi alıp yorumlayan ise birey, grup ya da kitle olabilmektedir[109].

ABD Sağlık Bakanlığı'na bağlı Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığı Geliştirme Bürosu sağlık iletişimini; sağlığın geliştirilebilmesi adına birey ya da toplumun bilgilendirilmesinde ve davranış değişikliği kazandırılmasında kullanılan iletişim stratejilerinin tümü olarak tanımlamaktadır[110].

Castello sağlık iletişimini; sağlıkla ilgili bilgileri elde edip, doğru davranışları hayata geçirme süreci olarak tanımlamaktadır. Reardon sağlık iletişimini; hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarıyla yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen bir disiplin olarak değerlendirmektedir. Cassata sağlık iletişimini; sağlığa yönelik uygulanan tüm iletişim stratejileri olarak açıklamaktadır[111]. Maibach ve Holtgrave ise sağlık iletişimini; kamu sağlığı iletişimi

[107] Cline R., American Public Health Association (APHA) **Health Communication Working Group Brochure**, 2003. http://www.healthcommunication.net/APHA/APHA.html. Retrieved on January 2010.
[108] Schiavo, R. **Health Communication: From Theory to Practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
[109] Lewis Donohew ve Eileen Berlin Ray. "Introduction:Systems Perspectives on Health Communication", **Communication and Health:Systems and Applications**. New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates 1990, s:4.
[110] Patricia Geist Martin, Eileen Berlin Ray ve Barbara F. Sharf. **Communicating Health:Personal, Cultural and Political Complexities**. California:Wadsworth Publishing, 2002, s:3.
[111] Donohew ve Berlin Ray, **a.g.e.**, s:3-6.

olarak değerlendirir ve iletişim stratejilerinin birey ya da kitleleri davranış değişikliğine yöneltebilmek için kullanılması olarak tanımlar[112].

2.2.2. Sağlık İletişiminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık iletişimi; kamu sağlığı, çevre sağlığı, sağlık politikaları ve küresel sağlık alanlarında teorik ve pratik alanda çalışmalar yapan bir disiplindir[113]. Sağlık iletişiminin 1970'li yıllardan günümüze araştırma, eğitim ve pratik anlamda multidisipliner gelişme gösterdiği görülmektedir[114].

Sağlık iletişimi; ilk kez 1971'de ABD Ulusal Kanser Enstitüsü'ne bağlı Kanser Enformasyon Servisi'nin başlattığı programlarla birlikte ABD'de ortaya çıkmış bir disiplindir. Kanser Enformasyon Servisi ilk kez toplumu, bilim adamlarını ve sağlık profesyonellerini iletişim stratejilerini kullanarak kanser, kanserin önlenmesi ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme çalışmalarını uzun yıllar sürdürmüştür[115].

İlk Sağlık İletişimi Bölümü ABD'de Uluslar arası İletişim Derneği bünyesinde 1975 yılında kurulmuştur. Önceleri Terapötik İletişim Grubu adında kurulan bu oluşum, 1975'te Sağlık İletişimi Bölümü adını almıştır. 1979 yılında ise Amerikan Akademisi'nde Sağlık İletişimi Bölümü kurulmuştur. Bu bölümde eğitim ve araştırma hizmeti verilerek çoğunlukla hasta-hekim iletişiminde profesyonel standartlar üzerinde durulmuştur. 1984 yılında sağlık iletişimi alanında ilk ders kitapları yayımlanmaya başlamıştır. İlk sağlık iletişimi kitapları 1984 yılında Kreps&Thornton, yine aynı yılda Sharf ve 1985 yılında ise

[112] Edward Maibach ve David R. Holtgrave. "Advances in Public Health Communication", **Annual Review of Public Health**, no:6, 1995, s:219.
[113] Jay Bernhardt. "Communication at the Core of Effective Public Health", **American Journal of Public Health**, 94(12), 2004, s:2051-2053.
[114] Lorien Abroms, Edward Maibach. The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behaviour, **Annual Review of Public Health**, 2008. http://arjournals.annualreviews.org/eprint/62aIzq67kfwRyWgv84VR/full/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090824
[115] Scott C. Ratzan. "Preface", **Journal of Health Communication**, Supplemental Issue, 1998, s:3.

Northhouse&Northhouse'a aittir. Bir diğer Sağlık İletişimi Bölümü ise 1985 yılında Ulusal İletişim Derneği'ne bağlı olarak kurulmuştur. Alanda yapılan ilk araştırmalar iletişim uzmanları tarafından yapılmıştır. Castello sağlık iletişimiyle ilgili beş makale yayımlamıştır. 1989'da Lawrence Erlbaum Associates Sağlık İletişimi adı altında ilk hakemli dergiyi yayım hayatına sunmuştur. Ardından ise 1996 yılında Journal of Health Communication adındaki hakemli dergi yayımlanmaya başlamıştır. 1995 yılında üniversitelerde sağlık iletişimi lisans ve yüksek lisans programları önerilmeye başlanmıştır. İlk olarak Tufts Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık İletişimi Yüksek Lisans Programını kurmayı önermiştir. 1998 yılında Amerikan Halk Sağlığı Derneği'ne bağlı olarak, kamu sağlığının geliştirilmesinde sağlık iletişiminin önemine dikkat çekmek amacıyla Sağlık İletişimi Çalışma Grubu kurulmuştur. 1999 yılında Ulusal Kanser Enstitüsü Sağlık İletişimi Araştırma Programı oluşturmuştur. Bu oluşum kapsamında ilk olarak farklı popülasyonlara kansere ilişkin bilgilerin iletilmesini sağlayacak yeni iletişim stratejilerini içeren 7 projeye fon sağlanmıştır. Aynı yıl ilk kez internet üzerinde Journal of Medical Internet Research adındaki dergi yayımlanmaya başlamıştır. 2003 yılında Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından dört farklı Kanser İletişim Araştırma Merkezi kurulmuştur. 2004 yılında ise ilk Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Merkezi oluşturulmuştur. 2007 yılında ise George Mason Üniversitesi İletişim Fakültesi tarafından ilk Sağlık İletişimi Doktora programı önerilmiştir[116].

Castello 1977 yılında yayımladığı makalesinde; sağlık iletişiminin akademik araştırma alanları içinde topluma en faydalı, yapılması en zor ve en karmaşık multidisipliner akademik alan olduğunu ileri sürmüştür[117].

[116] Gary L. Kreps, et al. The History and Developments of the Field of Health Communication. **Health Communication Research:a Guide to Developments and Directions**. Westport, Conn:Greenwood Press, Gary L. Kreps, J.L. Query, E.W. Bonaguro. The Interdisciplinary Study of Health Communication and its Relationship to Communication Science, L. Lederman (ed). Beyond These Walls:Readings in Health Communication, Los Angeles:Roxbury, s:2-13.

[117] Austin S. Babrow ve Marifan Mattson. "Theorizing About Health Communication", **Handbook of Health Communication**. s:39.

Snehendu ve arkadaşları sağlık iletişiminin tarihsel gelişim süreci içerisinde önem kazanmasını aşağıdaki unsurlara bağlamıştır:

1-İletişim çalışmalarının disiplin haline gelmesi

2-İnsan davranışı ve etkileşimi hakkında bilimsel araştırmaların artması

3-Küresel anlamda sağlık hizmetlerinin öneminin artması

4-Üniversitelerde halk sağlığı bölümlerinin çoğalması

5-Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi programlarının kar amacı gütmeyen bağımsız kuruluşlarca yapılmaya başlanması

6-Hedef kitleye yönelik sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında yapılan kampanyalarda artış[118].

2.2.3. Sağlık İletişimi Stratejileri

2.2.3.1. Sosyal Pazarlama

Sosyal pazarlama kavramı 1970'li yıllarda Philip Kotler ve Gerald Zaltman'ın çalışmalarıyla öne sürülmüştür. Kökleri ise 1940-1950'li yıllarda Wiebe, Meendelsohn, Lazarsfeld, Merton, Hyman ve Sheatsley gibi bazı bilim insanlarının psikoloji, haberleşme, reklam ve halkla ilişkiler alanındaki çalışmalara dayanmaktadır[119].

Sosyal pazarlama; kar amacı gütmeden, hedef kitlenin ve toplumun faydası için davranışları etkilemeye yönelik tüm çalışmalardır. Birey ve toplum sağlığını geliştirmek amacıyla klasik reklam ve pazarlama yöntemleri kullanılarak olumlu davranış değişikliği oluşturma sürecidir. Hedef kitleyi etkilemek için ürün planlama,

[118] Snehendu B. Kar, Rina Alcalay ve Shana Alex, "The Evaluation of Health Communication in the United States", Snehendu B. Kar, Rina Alcalay ve Shana Alex (eds). **Health Communication:A Multicultural Perspective**. s:45-46.

[119] Michael Rothschild. An Historic Perspective of Social Marketing. **Journal of Health Communication**, 2(Oct-Dec), 1997, s:308-310.

fiyatlandırma, iletişim, dağıtım ve pazar araştırması gibi araçlardan faydalanarak programın düzenlenmesi, uygulanması, değerlendirmesi gibi çeşitli süreçleri içermektedir[120].

Sosyal pazarlama iletişim ve psikoloji disiplinlerinden faydalanarak pazarlama teknikleriyle beraber sağlık alanında özellikle kampanyalarda sıkça kullanılmaktadır. Pazarlama ilkelerinden ürün, fiyat, tutundurma ve yer unsurlarının sağlık iletişim kampanyalarına uyarlanmasıdır[121]. Kotler ve Armstrong sosyal pazarlamada, bireyi etkileyerek davranış değişikliğine yönelten faktörleri şu şekilde sıralamışlardır:

1-Psikolojik : (Motivasyon, algı, öğrenme, inanç ve tutumlar)

2-Kişisel : (Yaş, meslek, ekonomik durum, yaşam tarzı)

3-Sosyal : (Sosyal çevre, aile, rol ve durum)

4-Kültürel : (Kültür, altkültür, sosyal sınıf)[122]

Sosyal pazarlama çalışmalarında birey duygusal tepkiler gösterebilir. Özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması, zararlı madde kullanımı gibi konularda yarar ve zararlara dikkat çekilmeye çalışılmalıdır[123]. Ancak korku içerikli mesajların kullanımının genellikle başarılı olmadığı sadece davranış değiştirebileceğine inanan kişiler üzerinde etkili olduğu ileri sürülmüştür. Davranış değişikliği konusunda kendini yetersiz hisseden kişilerde korku içerikli mesajlar bıkkınlığa ve de bağımlılığı reddetmesine neden olabilmektedir[124].

---

[120] Nedra Kline Weinreich. **What is Social Marketing?** Weinreich Communications, 1999, http://members.aol/weinreich/articles.html

[121] Lawrence Wallack. **Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches**, s:155.

[122] Philip Kotler, Gary Armstrong. **Principles of Marketing**, (12th edn), New Jersey, Pearson Education, 2008.

[123] Joel Cohen, Charles Areni. Affect and Consumer Behaviour. **Handbook of Consumer Behaviour**, T.S. Robertson ve H.H. Kassarjian (eds), Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall, 1991.

[124] Joyce M. Wolburg. The Risky Business of Binge Drinking among College Students:Using Risk Models for PSA's and Anti-Drinking Campaigns. **Journal of Advertising**, 30(4), s:24-39.

Sosyal pazarlamada davranış değişikliği bazen yalnızca bir kerelik bazen ise sürekli olarak amaçlanmaktadır. Örneğin bir aşı kampanyası ile sadece bir kereliğine davranış değişikliği hedeflenirken, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bir kampanyada yaşam boyu davranış değişikliği hedeflenmektedir. Sadece bir kereliğine davranış değişikliği beklenen kampanyalarda bireyi etkilemek daha basitken, davranışta süreklilik gerektiren kampanyalar daha zor olabilmektedir[125]. Bu nedenle kampanyalarda süreklilik önemlidir. İletilmek istenen mesajın aralıklarla sürekli olarak verilmesi kampanyanın etkinliğini arttırmaktadır[126].

2.2.3.2. Medyada Savunuculuk

Medyada savunuculuk; medyanın sosyal ve kamu politikasını geliştirmek üzere stratejik kullanımıdır. Bireyin risk davranışını doğrudan değiştirmeye çalışmaz, sorunun kamu sağlığı boyutu yönünde yoğunlaşmaktadır. Örneğin sigara üreten firmaların insan sağlığına verdikleri zarara yönelik medyada yer almasını sağlayacak stratejiler geliştirilmektedir[127]. Medyanın bu amaçla kullanılması toplumsal değişim çabasının bir parçası olarak düşünülebilir. Medyada savunuculuk bir aktivizm türü olarak da ele alınabilir. Örneğin toplum tarafından tanınan ünlü kişiler bazı hastalıklarla mücadelede etkili aktivistler olabilmektedirler. Sağlığın en önemli belirleyici unsurları sosyal ve fiziksel çevredir. Bu çevrenin daha sağlıklı olması adına medyadan yararlanılabilinir[128].

Literatürde, medyada savunuculuk faaliyetlerine kamu sağlığı lobiciliği de denilmektedir. Ancak savunuculuk lobicilikten farklı olarak güçlü ve güvenilir veriye dayandırılmalıdır. Medyada savunuculuk sağlığın sosyal bir konu olduğuna dikkat

[125] Alen R. Andreasen. **Challanges for the Science and Practice of Social Marketing:Theoretical and Practical Perspectives**, New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
[126] Dominique Meekers, Sohail Agha ve Megan Klein. "The Impact of Condom Use of the "%100 Genue" Social Marketing Program in Cameroon", **Journal of Adolescent Health**, 36(6), 530.e1-530.e12, 2005.
[127] Wallack. **Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches**, s:158.
[128] Charles Atkin ve Elaine Bratic Arkin. Issues and Initiatives in Communicating Health Information to the Public. **Mass Communication and Public Health:Complexities and Conflicts**, s:25.

çekmek için gereklidir, kitle iletişim araçları da bu süreçte önemli rol oynamaktadır[129].

Medyada savunuculuk faaliyetlerinde izlenmesi gereken adımlar şöyle sıralanmıştır:

1-Politikanın amacının belirlenmesi (Ne olmasını istiyoruz?)

2-Hedef kitlenin belirlenmesi

3-Konuyu çerçevelemek ve mesaj oluşturmak

4-Plan oluşturmak

5-Değerlendirme[130]

Kampanyalar ile bireylerin alışkanlıklarını değiştirmeye çalışırken, medyada savunuculuk ile ise bu alışkanlıkları belirleyen çevreyi değiştirmek için baskı oluşturulur. Medyada savunuculukta iki yöntem kullanılmaktadır:

1-Gündem oluşturma:

Kitle iletişim araçlarının dolaylı ve uzun dönem etkilerini ortaya koyan bir yaklaşımdır. Bernard Cohen Basın ve Dış Siyaset adlı yayımında şöyle demiştir: "Basın ne düşüneceğimizi söylemekte başarılı olmayabilir ancak ne hakkında düşüneceğimizi söylemekte oldukça başarılıdır". Donald L. Shaw ve Maxwell McCombs gündem oluşturma kavramını; insanların düşüncelerini biçimlendirmek için onların algısal yapısını etkilemek olarak ileri sürmüşlerdir[131].

Kamunun gündem oluşturma süreci medyada yer alma sürecine ve de bir konunun geniş ölçüde ele alınmasına bağlıdır. Medya insanları ne düşünmeleri

[129] Keith Jones ve Sylvia Tilford. **Health Promotion:Effectiveness, Efficiency and Equity**. Cheltenham:Nelson Thornes, 2001, s:363-365.

[130] Lawrence Wallack. Media Advocacy:A Strategy for Empowering People and Communities, **Health Promotion:An Anthology**. USA:Pan American Health Organization Scientific Publication, 1996, s:270-271.

[131] Erkan Yüksel. **Medyanın Gündem Belirleme Gücü**. Konya:Çizgi Kitabevi Yayınları, 2001, s:24-25.

konusunda uyarır ve konu medyada ne kadar çok yer buluyorsa o denli ilgi çeker. Ayrıca medya kanaat önderlerine ulaşmada etkili bir araçtır[132].

2-Çerçeveleme:

Goffman çerçevelemeyi gündelik yaşamda toplumsal durumları kavramak ve bunlara gerekli olan karşılıkları vermek amacıyla gerçekliğin çerçeve içine alındığını öne süren bir kavramlaştırma olarak tanımlamıştır[133]. Çerçeveleme; konunun belirli bir yönünün, belirli bir bakış açısıyla ele alınıp, önemliliklerinin vurgulanması, kısacası çerçevelenerek sunulmasıdır[134].

2.2.4. Sağlık İletişimi Süreci

Laswell iletişim sürecini; "Kim? Kime? Hangi kanal ile? Hangi etki ile? Ne söylüyor?" şeklinde ifade ederken, Shannon ve Weaver ise "kaynak, ileti, iletiyi olumsuz etkileyebilecek gürültü, alıcı ve hedef" şeklinde açıklamaktadır[135]. Berkowitz iletişim sürecini oluşturan unsurları sağlık iletişimine aşağıdaki şekilde uyarlamıştır:

1-Gönderici:

İletişim sürecindeki "Kim?" sorusuna verilen yanıttır. Kısacası mesajı gönderen kişi ya da kurum olarak tanımlanabilir.

2-Mesaj:

Göndericinin alıcıya iletmek istediği sembollerin tümüdür.

---

[132] Wallack. **a.g.e.**, s:272.
[133] Erol Mutlu. **İletişim Sözlüğü**, Ankara:Bilim ve Sanat Yayınları, 1998, s:81.
[134] Erkan Yüksel. **Medyanın Gündem Belirleme Gücü**. Konya:Çizgi Kitabevi Yayınları, 2001, s:45.
[135] Sven Windahl, Denis McQuail. **İletişim Modelleri**. Çev:Konca Yumlu, İmge Kitabevi Yayınları, 2005, s:23-29.

3-Kodlama:

İletilecek anlamın sembolik şekillere dönüştürülmesidir. Bu şekiller kelimeler, işaretler ya da sesler olabilir.

4-Kanal:

Mesajı göndericiden alıcıya ileten araç yani kitle iletişim araçlarıdır.

5-Alıcı:

Mesajı alan kişi ya da gruptur. Etkilenerek davranış değişikliği beklenen birey ya da bireylerdir.

6-Kodlama:

Gönderici tarafından iletilen sembollerin çözümlenerek anlaşılmasıdır.

7-Yanıt:

Alıcının mesaja yönelik tepkisidir. Burada mesajın etkisi saptanmaktadır.

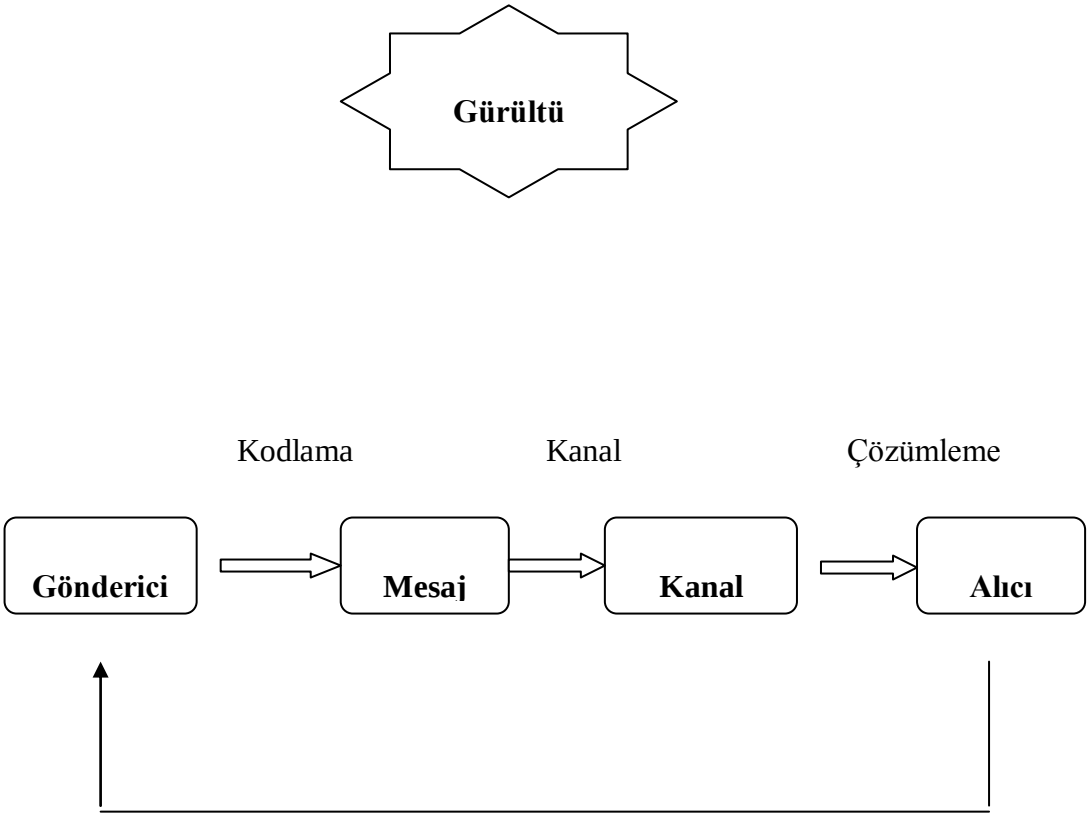
8-Geri Bildirim:

Alıcının yanıtının göndericiye bildirilmesidir.

9-Gürültü:

Göndericinin mesajının alıcı tarafından çözümlenmesini etkileyebilen her türlü olumsuzluklardır. Kısaca mesaj iletimini etkileyen etmenler olarak tanımlanabilir[136].

[136] Richard K. Thomas. **Health Communication**. New York:Springer, 2006, s:95-96.



Şekil 3: Sağlık İletişimi Süreci

Barnes ve arkadaşları sağlık iletişim süreci modeli geliştirmişlerdir. Bu modele göre sağlık iletişiminde süreçte izlenmesi gereken adımlar şunlardır:

1-Problemi belirlemek ve tanımlamak:

Kampanya konusu belirlenir ve açıklanır, tarif edilir.

2-Hedef kitleye ilişkin veri toplamak, bilgi elde etmek:

Hedef kitlenin özelliklerini saptayabilmek adına veri toplanır, analiz yapılır.

3-Stratejinin belirlenmesi:

Sağlık sorununa ilişkin davranış değişikliği sağlayabilmek adına uygulanacak strateji tanımlanır (eğitim, politika, sağlık hizmetleri vb.).

4-Mesaj oluşturma:

Amaca uygun, dikkat çekici, açık ve net bir mesaj oluşturulur.

5-Ortamın belirlenmesi:

Hedef kitleye çoğunlukla ve en kolay ulaşılabilecek yerler belirlenir.

6-Kanal seçimi:

Hedef kitleye rahatça ulaşılabilecek en uygun kanal ya da kanallar seçilir.

7-Yöntemin saptanması:

Tüm bu aşamalara yönelik yöntemler saptanır[137].

2.2.5. Sağlık İletişimi Sürecinde İletişim Türleri

2.2.5.1. Kişisel İletişim

Kişisel iletişim; bireyin karşılaştığı olayları algılayış ve yorumlayış şeklidir. İnsanlar aynı olaya farklı tepkiler gösterebilir. Ancak bazen birey karşısındaki kişiye sempatik görünme ya da kendini kabul ettirme amacıyla benzer davrandığı görülmektedir. Kişisel iletişim aşağıdaki unsurlarla açıklanabilir:

[137] Michael D. Barnes, Brad L. Neiger, Rosemary Thackeray. Robert J. Bensley, Jodi Brookins Fisher (eds). **Health Communication, Community Health Education Methods: A Practical Guide**. Second Edition, Sadbury:Jones&Bartlett, 2003, s:54-55.

1-Kişinin özü:

Bireyin kendisini ne şekilde gördüğü, imajı ve kişiliği ile ilgilidir. Bireyin imajı, yalnızca kendisini ne şekilde gördüğü ve sınıflandırdığı ile değil aynı zamanda başkaları tarafından ne şekilde görüldüğü ile de ilgilidir. Kendi imajı; statik ve durağan bir şey değildir. Birey, imajını anlamlı durum değişiklikleri ya da başkalarıyla kurduğu iletişimin sonucu gibi nedenlerden dolayı değiştirebilmektedir.

2-İhtiyaç ve Motivasyonlar:

Bireyin iletişimi yönlendirmesi ya da yorumlaması için gerekli olan ihtiyaç ya da motivasyonlar söz konusudur. İhtiyaç ve motivasyonlar bireyin sunum şekillerini değiştirebilmektedir.

3-Bilişler:

Dünyayı anlamlı kılmaya yönelik dahili etkinliklerdir. Bireyin iletişim sürecini şekillendirme ve yorumlama şekli bireyin kendi bilgisine, deneyimlerine ve değerlerine bağlıdır. Burton ve Dimbleby'e göre beş temel bilişsel süreç vardır:

-Kod çözümleme (Başkalarının iletişimlerini yorumlama)

-Entegrasyon (Başka enformasyonlarla bağlantı kurma)

-Hafıza (Enformasyonu hatırlama)

-Şemalar (Enformasyonu düzenleme yolları)

-Kodlama (İletişim oluşturma)

4-Başkalarının Tepkilerini Gözlemlemek:

Birey, başkalarının üzerinde ne şekilde etkisi olduğunu gözlemler ve sonraki davranışlarını da ona göre şekillendirir[138].

[138] Okay. **Sağlık İletişimi**. s:57-58.

Bu dört unsur kişisel iletişimin şeklini oluşturmaktadır.

2.2.5.2. Kişilerarası İletişim

Kişilerarası iletişim bireyler arasında karşılıklı etkileşimin olduğu sözlü ya da sözsüz çift yönlü iletişimdir. Kişilerarası iletişim yüzyüze iletişim sürecidir ve gönderici ile alıcı arasında sürekli bir mesaj alışverişi söz konusudur. Düşünceler kodlanılır, alıcıya iletilir ve aynı şekilde bir geri bildirim beklenir. Karşıdaki kişinin ne düşündüğü son derece önemlidir iletişim süreci bu düşünceye göre şekillendirilir[139].

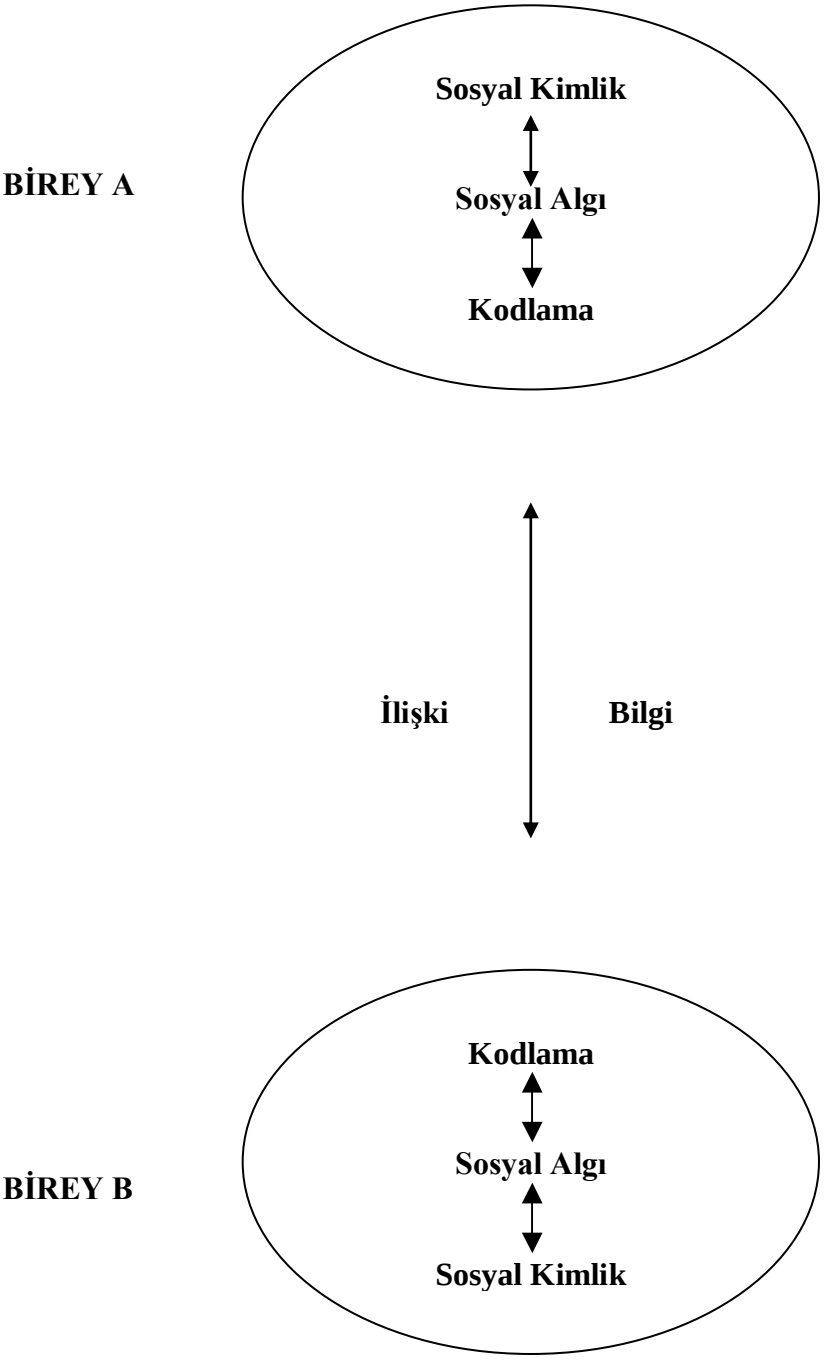
Kişilerarası iletişimin özellikleri şöyle sıralanabilir:

1-Kişilerarası iletişim bireylerin tutumları, duyguları, değerleri, becerileri ve çevrelerinden etkilenir.

2-Kişilerarası iletişim sağlık davranışı kazandırılmasında ve sürdürülebilir kılmada etkilidir.

3-Kişilerarası iletişim sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli bir uygulamadır. Sağlık hizmetini verenler ile alanlar ya da alacaklar arasında gerçekleşen bir iletişim şeklidir[140].

[139] Peter Hurtley. **Interpersonal Communication**. 2nd edition, London:Routledge, 1999, s:17.
[140] Dianne Berry. **Health Communication: Theory and Practice**, England:Open University Press, 2007, s:9-10.



Şekil 4: Kişilerarası İletişim: (Peter Hurtley. **Interpersonal Communication.** 2nd edition, London:Routledge, 1999, s:33.)

Kişilerarası iletişimin başarılı olması kişisel özellik ve becerilere, ortamın uygunluğuna bağlıdır. Çeşitli engeller iletişim sürecini olumsuz yönde

etkileyebilmektedir. Birey kendisine gönderilen mesajı ya da mesajı gönderen kişiyi kendine uygun bulmayabilir. Birey mesajı dikkatli dinlemeyebilir, mesajı yanlış anlayabilir. Verilen mesajı onaylamayabilir. Verdiği geri bildirim karşısındaki kişiye uygun olmayabilir. Dolayısıyla iletişim sürecinde çatışma yaşanabilir.

Kişilerarası iletişim; sözlü iletişim ve sözsüz iletişim olarak ikiye ayrılabilir:

- **Sözsüz İletişim**

Sözsüz iletişim; iletişimin temel türlerinden biridir çünkü sözsüz iletişimde sözcükler kullanılmaz sadece beden dili, davranış ve görünüm aracılığıyla iletişim sağlanır. Ses tonu, jest – mimikler, beden dili sözsüz iletişimin parçalarıdır. Sözsüz iletişim sürecinde iletilen mesajlar çoğunlukla sözlü iletişime oranla daha güvenilirdir. Çünkü birey rahatlıkla yalan söyleyebilirken, beden dili ve davranışlar kişinin gerçek duygu ve düşüncelerini ele verebilir. Sözsüz iletişimde kişilerarasında kelimeler değil sinyal alışverişi söz konusudur ancak çoğunlukla kelimelerle birlikte kullanılır. Giyilen kıyafet, kullanılan aksesuarlar ve ses tonu söylenilenlerin anlamını etkileyen sözsüz iletişim unsurlarındandır[141]. Sözsüz iletişimi oluşturan etmenler şöyle sıralanabilir:

-Sessiz iletişim	(Beden dili)
-Sesli iletişim	(Ses tonu, hızı, şiddeti)
-Nesnel iletişim	(Kıyafetler, aksesuarlar, tercih edilen renkler, kişilerarasındaki mesafe, oturuş biçimi)

[141] Otto Schober. **Beden Dili "Davranış Anahtarı"**. Çev:Süeda Özbent, İstanbul:Arion Yayınları, 2000, s:5-8.

1-Sessiz İletişim / Beden Dili

Beden dili bedenin ilettiği sözsüz mesajlardır. Beden dili kelimelerin kullanılmadığı duygu ve düşüncelerin aktarıldığı en eski iletişim aracıdır. Yapılan araştırmalar beden dilinin önemini vurgulayan sonuçlar ortaya koymuştur. Kişilerarası iletişimde beden dili %60, ses tonu %30, kelimeler ise %10 etkilidir. Gövde, baş, beden duruşu, jestler, mimikler ve bacaklar beden dilindeki sinyalleri açığa çıkaran öğelerdendir.

a-Gövde:

Gövde sessiz iletişimde açık gövde, kapalı gövde ve uysal gövde olmak üzere üç şekilde kullanılır. Açık gövdede kollar iki yanda serbesttir. Kapalı gövdede kollar göğüste kavuşturulur. Uysal gövdede ise kollar iki yanda sallanır ve omuzlar düşük durur.

b- Baş:

Beden dilinde başı dörde bölen iki çizgi bulunmaktadır. Birincisi kulaklardan geçtiği varsayılan benlik çizgisi, ikincisi ise tepeden çeneye geçtiği varsayılan başkaları çizgisidir. Baş benlik çizgisi üzerinde yukarıya dönükse üstünlük, öne eğikse boyun eğme anlamı ortaya çıkar. Başkaları çizgisi yönünde konuşulan kişiye dönükse uzlaşma, konuşulan kişinin tersi yönüne dönük ise çatışma durumunu ifade eder.

c-Duruş:

Bedenin duruş biçimi isteksizlik, uygunluk, canlılık ve kendine güven gibi durumları işaret eder. Dik ve rahat duruş, canlılık ve kendine güvenin işaretidir. Baş, omuz ve bacakların geride olduğu, karnın ise ileride olduğu duruşlar karşıdaki kişiye duyulan tereddütün ifadesidir. Kalçanın geride başın ise ileride olduğu durum ise karşıdaki kişi ile yakınlaşma çabasının bir göstergesidir. Sağlıklı bir iletişim sürecinde kişiler yüz yüze ve dik bir duruş sergilerler. Omuzların geride olduğu başın yana eğildiği durumlar pasifliği işaret etmektedir ve iletişim sürecini başarısız kılar.

d-Jestler:

Tüm el ve kol hareketleri jest olarak adlandırılmaktadır. Eller bireyin kendini ifade etmesinde oldukça etkili olan bölümlerdir. Ellerin açılması iletişime hazır olunduğunun bir göstergesidir. Avuç içlerinin gösterilmesi ise dostça bir yaklaşımın işaretidir. Kendine güven içinde hareket ettirilen kollar ise iletişim sürecini başarılı kılan göstergelerdendir.

e-Mimikler:

Yüz ifadesinin bir diğer adı da mimiklerdir. Gözler, göz kapakları, dudaklar yüz ifadesini oluşturan parçalardır. Dudak bükme ya da kıvırma üstünlük göstergesidir. Göz kontağıyla kurulan iletişim oldukça güçlüdür. Ancak uzun ve dik bakışlar karşıdaki kişiyi sıkarken, kısa ve kesik bakışlar da iletişimi engelleyen faktörlerdendir.

f-Bacaklar:

Bacakların duruşu beden dilinin bir göstergesidir. Bacak bacak üzerine atma kişinin kendisini korumaya aldığının bir işaretidir. Ancak karşıdaki kişiye doğru bacak bacak üzerine atılması iletişim süreci içerisindeki kişiye yönelik yakınlığı yansıtır[142].

2-Sesli İletişim

Ses tonu, hızı ve şiddeti sesli iletişimin parçalarındandır. Alçaklık, yükseklik, akıcılık, duraksama gibi özellikler sesli iletişimin öğeleridir. Kişilerarası iletişimde canlı ve enerjik bir ses tonu oldukça etkilidir. Yumuşak ve sakin bir ses tonu uzlaşma sağlayıcı çatışma önleyici bir unsurdur.

3-Nesnel İletişim

Oturuş biçimi, kıyafet, aksesuarlar, kişilerarasındaki mesafe nesnel iletişimin parçalarıdır. Örneğin mevcut ortama uygun bir kıyafet seçimi ve kullanılan

[142] Şafak Layiç. **Beden Dili**. İstanbul:Yakamoz Yayınları, 2007, s:30-119.

aksesuarlar karakter ve tarzın önemli bir göstergesidir. Kişinin renk tercihi ise, o anki ruhsal durumunu yansıtır. Kişilerarasındaki mesafeye yönelik yapılan araştırma sonuçlarına göre ise iletişim sürecinde kurulan mesafe;

Yakın hissedilen kişiler ile	0 – 35 cm
Arkadaşlar ile	35 – 80 cm
Toplumsal mesafe	80 – 100 cm
Yabancılar ile	200 - ↑ cm'dir.

- **Sözlü İletişim**

Sözlü iletişim kelimeler aracılığıyla gerçekleştirilen bir iletişim türüdür. Karşılıklı mesaj alışverişinin olduğu sözlü iletişimde konuşarak ve dinleyerek iletişim süreci gerçekleşmektedir. Her ikisi de pasif değil etkin bir biçimde gerçekleşirse başarılı bir iletişimden söz etmek mümkün olur.

İletişimin asıl hedefi; ortakların iletişimsel olarak anlaşmasıdır. Bu durum iki noktaya bağlıdır: Anlamak ve akseptans. Anlamak; yapılan ifadenin içeriği hakkında ortak bir anlaşmanın olmasıdır. Bunun için gönderici ve alıcının aynı dili konuşması gerekmektedir, bu durum da sadece kullandıkları ulusal dil ile ilgili değildir. Her iki tarafın anlayabileceği terimlerin kullanılması çok önemlidir. Bu durum hasta – hekim ilişkisine uygulandığında, hekimlerin kullandığı tıbbi terimler nedeniyle, hasta – hekim iletişiminde baştan bir iletişim sorunu doğabilmektedir. Akseptans ise; ortakların her birinin görüşünü bildirme hakkı ve diğerlerinin bu görüşün önemini kabul etmesiyle ilgilidir. Kimi zaman bu tür akseptanslarda sorun yaşanabilmektedir. Yaşlı birinin kendisinden daha genç bir üstünden emir almakta zorlanması buna örnek gösterilebilir[143].

[143] Okay. **Sağlık İletişimi**. s:60-61.

2.2.5.3. Gruplararası İletişim

Dimbleby bireyin içinde bulunduğu grupları üçe ayırmaktadır:

1-Aile:

Dünyaya gelindiğinde içinde bulunulan ilk gruptur. Kişinin gelişiminde en etkin gruptur.

2-Gayri resmi gruplar:

Bireyin zaman içerisinde kendi tercihi ile katıldığı gruplardır. Bireylerin eşit konumda olduğu gruplardır. Bir yere ait olma duygusunun paylaşıldığı dostluk gruplarıdır.

3-Resmi gruplar:

Bu grupta ilişkiler resmi düzeydedir. Grup içerisinde kişilerarasında eşitlik söz konusu değildir. Bu tarz gruplara birey kendisine faydası olacağını düşündüğü için dahil olur[144].

Sağlık iletişiminde; öğrenme, tutum ve davranış değişikliği bu gruplarda oluşmaktadır.

2.2.5.4. Kitle İletişimi

Kitle iletişimi; haberin, bilginin ya da düşüncelerin çeşitli araçlarla geniş insan topluluklarına iletilmesidir. Bir diğer tanımı ile kitle iletişimi; kitle iletişim araçları yoluyla, mesajın dolaylı ya da tek yönlü olarak sınırları ve özellikleri kesin bir biçimde belirlenmemiş geniş kitlelere iletilmesidir. Kitle iletişimi dünyanın en önemli parçasını oluşturmakta ve de bireyin dünyayı tanımlama ve anlama şekline

[144] Richard Dimbleby, Graeme Burton. **More Than Words: An Introduction to Communication**, Routledge, 1998, s:99-100.

yardımcı olmaktadır[145]. Toplumda kitle iletişim araçlarının gündeminde olan konular kitleler tarafından önemli olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık iletişiminde kitle iletişim araçları geniş kitlelere ulaşmada oldukça etkilidir. Kitle iletişim araçlarında sıkça yer bulacak olan sağlık ile ilgili bilgiler kitle tarafından önemli kabul edilecektir. Ancak kitle iletişiminin temel işlevi davranış değişikliği oluşturmak değil, bilgiyi ileterek bireyleri davranış değişikliği için hazır duruma getirmektir.

2.2.6. Sağlık Davranışları

Sağlık davranışı; hastalıklardan korunma ve sağlıklı yaşam tarzı geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır. Haris ve Guten'e göre sağlık davranışları beş grupta değerlendirilmektedir:

1-Çevresel tehlikelerden kaçınma:

(Örneğin; kirli ve sağlığı olumsuz yönde tehdit eden bölgelerden uzaklaşmak)

2-Zararlı maddelerden kaçınma:

(Örneğin; sigara ve uyuşturucu madde kullanımından kaçınmak)

3-Sağlıklı uygulamalar:

(Örneğin; sağlıklı beslenmek, stresden uzak durmak, düzenli egzersiz yapmak)

4-Koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma:

(Örneğin; düzenli check-up yaptırmak, kontrol amaçlı muayene olmak)

[145] **A.e.**, s:164.

5-Güvenlik uygulamaları:

(Örneğin; ilkyardım uygulamalarını bilmek, ihtiyaç anında aranacak telefon numaralarından haberdar olmak)

Tüm bunların dışında en yaygın olarak kabul edilen sağlık davranışları şu şekilde sıralanabilir:

1-Sigara içmemek

2-Sağlıklı beslenmek

3-Düzenli egzersiz yapmak

4-Stresten uzak durmak

5-Emniyet kemeri takmak

6-Günde ortalama 7-8 saat uyumak

7-Alkollü araba kullanmamak[146].

2.2.7. Sağlık Davranışı Teorileri

Bireyin sağlık davranışını benimsemesi, kabul etmesi ve uygulamasıyla ilgili bazı teori ve modeller geliştirilmiştir. Tüm bu teori ve modellerin ortak özelliği; sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal yaklaşımla ele alıyor olmalarıdır. Tüm model ve teoriler biyolojik ve genetik faktörlerin; inanç, tutum ve davranış gibi psikolojik faktörlerin ve de sosyal, ekonomik ve kültürel düzeyin sağlık üzerindeki etkisini kabul etmektedir[147].

[146] Philippe Harari, Karen Legge. **Psychology and Health**. Oxford:Heinemann Educational Publishers, 2001, s:3-6.

[147] Stephen Rollnick, Pip Mason, Chris Butler. **Health Bheaviour Change**. Churchill Livingstone Publishers, 2000, s:21-26.

2.2.7.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli Rosenstock tarafından 1966 yılında ileri sürülmüş, Becker ve Maiman tarafından da 1975'te geliştirilmiştir. Bu model ile bireyin inanç ve davranışları arasındaki ilişki ile sağlık davranışları üzerindeki etkisi açıklanmaya çalışılır. Bu modele göre birey, sağlık davranışı geliştirmesi için şu aşamaları izlemelidir:

1-Hastalığa karşı duyarlı olduğunu hissetmelidir (Algılanan yatkınlık):

Bu adım bireyin risk algılamasını içermektedir. Bireyin ailesinde diyabet varsa kendisinde de bu hastalığa yatkın olduğunun farkında olmasıdır.

2-Hastalığın önemli sonuçlarını bilmelidir (Algılanan önem):

Hastalığın bireyde neden olabileceği olumsuz sonuçların farkında olma durumudur. Kalp rahatsızlığı sonucunda hayatını kaybedebileceği ihtimalinin bilinmesidir.

3-Davranışın hastalıktan korunmaya yönelik faydasının farkında olmalıdır (Algılanan faydalar):

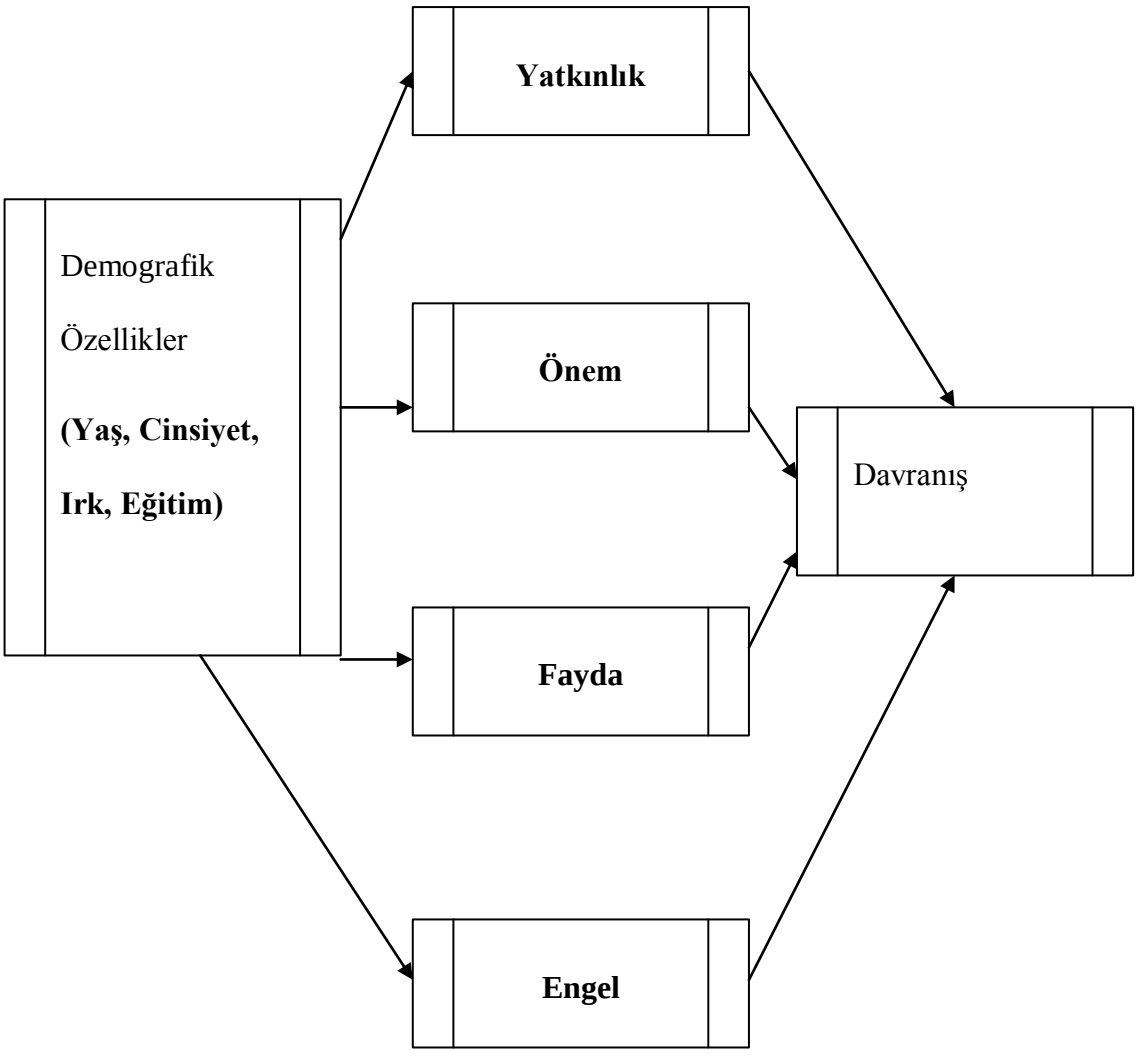
Davranışın hastalığın sonucunu olumlu yönde etkileyebileceğine inanmaktır. Örneğin; kalp rahatsızlığı olan kişinin sigarayı bırakarak ve beslenmesine dikkat ederek sağlık sorunu yaşamayacağına inanması durumudur.

4-Davranışın faydalarının fiziksel, ekonomik ve psikolojik maliyetlerinden daha fazla olduğunu bilmelidir (Algılanan engeller):

Fiziksel, psikolojik ya da ekonomik durumun bazen davranışı geliştirmek bakımından engel olduğu düşünülmektedir. Örneğin ameliyat olması gereken bir hastanın ameliyat sonrası meydana gelebilecek etkilerin hastalığın şuanki durumundan daha kötü sonuçlar doğurabileceğini düşünerek ameliyat olmaktan vazgeçmesi durumudur.

5-Davranışa yönelik uyarıların motivasyon özelliği taşıyabileceğini hissetmelidir. Bireyi eyleme geçiren tüm öğelerdir.

Bu modelin sınırlılığı bireyin karar vermesinde mantığın ön planda olmasıdır. Korku, endişe, sempati gibi duygular göz ardı edilmektedir[148].



Şekil 5: Sağlık İnanç Modeli: (Becker MH. (Ed). The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Health Education Monographs 2:324-473, 1974.)

[148] Charles Abraham, Paschal Sheeran. **Understanding and Changing Health Behaviour: from Health Beliefs to Self-regulation**. Paul Norman, Charles Abraham, Mark Conner (eds). Harwood Academic Publishers, 2000, s:6-14.

2.2.7.2. Korunma Motivasyon Modeli

Rogers 1975 yılında korunma motivasyon modelini öne sürmüştür. Bu model sağlık inanç modeli ve motivasyonel öğelerin birleştirilmesiyle meydana getirilmiştir. Modelin temeli; Lazarus'un 1966 yılında, Leventhal'in 1970 yılındaki çalışmalarına dayanmaktadır. Rogers'a göre bireyi sağlık sorunu oluşturabilecek risklerden korumaya yönelik olan motivasyon şu adımları içermektedir:

1-Tehlikenin şiddetini hissetmek – önemlilik

2-Tehlikeye karşı duyarlı olduğunu hissetmek – olasılık

3-Tehlikeye karşı gerekli koruyucu davranışı gerçekleştirebileceğine inanmak – bireysel yeterlilik

4-Tepkinin etkili olacağını hissetmek – tepkisel yeterlilik[149].

Korkunun bir motivasyon etkisi yarattığı yönünde inançlar mevcuttur. Oysa Rogers, etkili davranış değişikliği sağlayabilmek adına bu dört inanç biçiminin etkisini ileri sürmüştür[150].

Korunma motivasyon modeli şu bileşenlerden oluşmaktadır:

Ciddiyet	**:**Hastalığın sonucunun önemi nedir?
Yatkınlık	**:**Hastalığa yakalanma olasılığım nedir?
Davranışın etkinliği	**:**Oluşabilecek olumsuz sonuçtan korunmada önerilen davranışın etkisi ne kadardır?
Kişisel etkinlik	**:**Önerilen davranışı başarıyla yerine getirebilir miyim?
Korunma motivasyonu	**:**Önerilen davranışı uygulamayı istemeli miyim?

[149] Ronald W. Rogers, James E. Maddux. Protection Motivation Theory and Self-efficacy: A revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change, **Journal of Experimental Social Psychology**, (19), 1983, s:469-479.

[150] Ronald W. Rogers. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change, **Journal of Psychology**, (91), 1975, s:93-114.

Koruyucu davranış **:**Önerilen davranışı uygulamak[151].

2.2.7.3. Kendini Düzenleme Modeli

Leventhal 1987 yılında kendini düzenleme modelini öne sürmüştür. Model, bireyi sorun çözücü olarak gördüğü için literatürde sorun çözme modeli olarak da tanımlanmaktadır. Kendini düzenleme modeline göre davranış; bireyin mevcut durumuna dair bilgisine ve olması gereken duruma gelebilmek için yaptığı plan ve kurallara bağlıdır. Leventhal'in modeli üç aşamadan oluşmaktadır:

1-Sağlık tehdidinin yorumu: Tehdidin bilişsel boyutuyla ilgilidir.

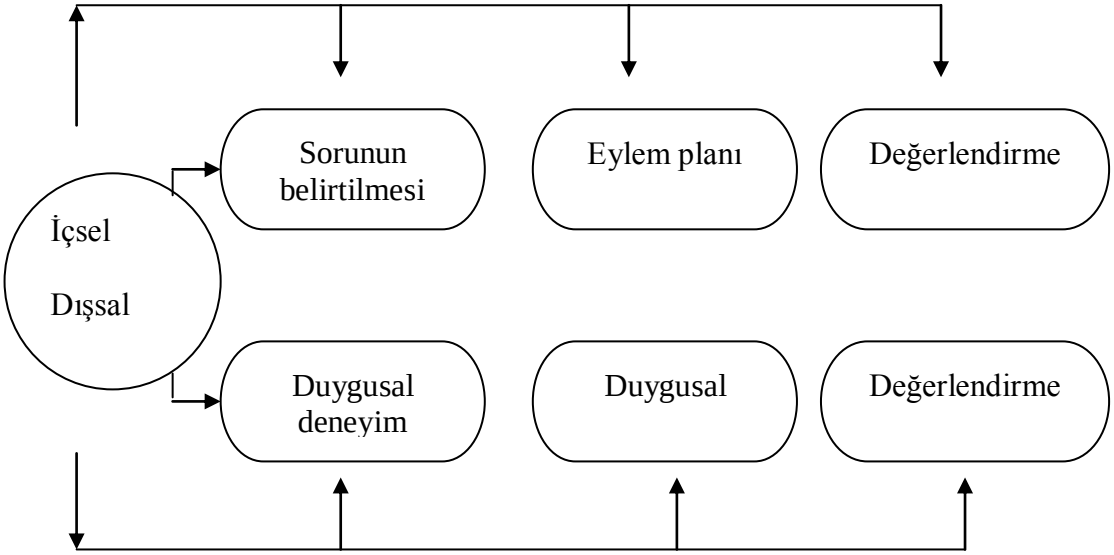
2-Eylem planı ya da mücadele stratejisi: Çok çeşitli bir aşamadır. Tıbbi bakım ya da tedavi yöntemleri araştırmak, hastalık belirtilerini farklı bireylerle tartışmak olabileceği gibi aksine sorunu inkar etmek de olabilir.

3-Değerlendirme aşaması: Birey davranışlarının başarısını ölçer[152].

Kendini düzenleme modeline göre birey öncelikli olarak yanlışlığı tanımlar: *"Çok fazla sigara içiyorum"*. Sonrasında bir plan geliştirir: *"Sigarayı azaltmalıyım"* ve etki değerlendirmesi yapar: *"Ara sıra içtiğim sigara dışında içtiğim sigara miktarını azalttım"*.

[151] Patricia A. Rippetoe, Ronald W. Rogers. Effects of Components of Protection Motivation Theory on Adaptive and Maladaptive Coping with a Health Threat, **Journal of Personality and Social Psychology**, (52), 1987, s:596-604.

[152] Yael Benyamini, Miri Gozlan, Ehud Kokia. On Self-Regulation of a Health Threat:Cognitions, Coping and Emotions among Women Undergoing Treatment for Fertility. **Cognitive Therapy and Research**, 28(5), 2004, s:577-592.



Şekil 6: Kendini Düzenleme Modeli (Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), Handbook of psychology and health (pp. 219-252). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.)

2.2.7.4. Planlı Davranış Teorisi

Planlı davranış teorisi 1988 yılında Icek Ajzen tarafından öne sürülmüştür. Nedene dayalı eylem kuramının geliştirilmiş şeklidir. Her iki model de; karar vermenin rolü üzerinde durmakta ve tutumlarla davranışlar arasındaki ilişkiyi sorgulamaktadır. Bu model bireyin davranışlarıyla ilgili aldığı kararları mantıklı değerlendirme sürecine dayanarak verdiği düşüncesini kabul etmektedir. Davranışın planlı olduğunu ve bu planda bireyin niyetinin rol oynadığını belirtmektedir[153].

Modelin birinci aşamasında; tutumlar, öznel normlar ve algılanmış kontrol gibi etmenlerin belirli bir davranışı gerçekleştirmek adına niyet oluşturması sorgulanmaktadır. İkinci aşamada ise; niyetin davranışı tam olarak doğru biçimde gerçekleştirmede yeterli olup olmayacağı sorusuna cevap aranmaktadır. Modelde niyet ile davranış arasında doğrudan bir bağlantı kurulmaktadır. Oysa ki niyet her

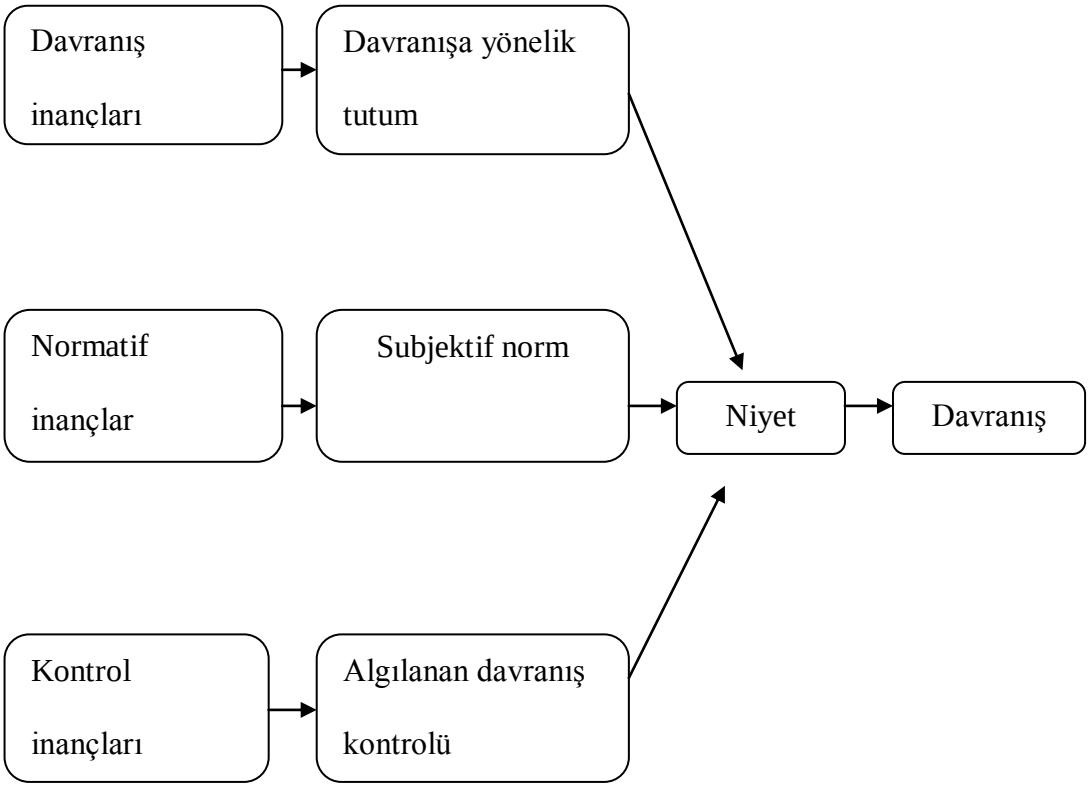
[153] Wendy Hardeman, Marie Johnston, Derek W. Johnston, Debbie Bonetti, Nicholas J. Wareham, Ann Louise Kinmonth. Application of the Theory of Planned Behaviours in Behaviour Change Interventions: A Systematic Review, **Psychology and Health**, 17(2), 2002, s:123-158.

zaman eyleme geçmek için yeterli olamayabilmektedir. Bazen niyet edilen durumların belirli bir zaman diliminde ya da belirli durumlarda eyleme dönüşmediği görülmektedir[154]. Ekonomik ya da psikolojik faktörler niyeti bastırmış olabilir. İnsan davranışını etkileyen üç etmen bulunmaktadır:

1-Davranışsal inançlar :Davranışın olası sonuçlarıyla ilgili inançlar

2-Normatif inançlar :Diğerlerinin normatif beklentileriyle ilgili inançlar

3-Kontrol inançları :Davranışa yönelik performansı engelleyen ya da kolaylaştıran faktörlerle ilgili inançlar[155].



Şekil 7: Planlı Davranış Teorisi: (Munro *ve ark. BMC Public Health* 2007 **7**:104)

[154] Gaston Godin, Gerjo Kok. The Theory of Planned Behaviour: A Review of its Applications to Health Related Behaviours. **American Journal of Health Promotion**, (11), 1996, s:87-98.

[155] Wendy Hardeman, Marie Johnston, Derek W. Johnston, Debbie Bonetti, Nicholas J. Wareham, Ann Louise Kinmonth. Application of the Theory of Planned Behaviours in Behaviour Change Interventions: A Systematic Review, **Psychology and Health**, 17(2), 2002, s:123-158.

Yukarıdaki şekile bakıldığında davranış, normatif ve kontrol inançlarının her birinin davranışı gerçekleştirmeye yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranış kontrolü üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Tüm bu etmenler de davranışı yerine getirecek niyeti dolayısıyla da davranışı etkilemektedir.

2.2.7.5. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı

Sağlık eylem süreci yaklaşımı psikoloji profesörü Ralf Schwarzer tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Sağlık davranışlarını sürdürülmesini sağlayan faktörleri temel almıştır. Model beş aşamadan oluşmaktadır:

1-Motivasyon

2-İrade

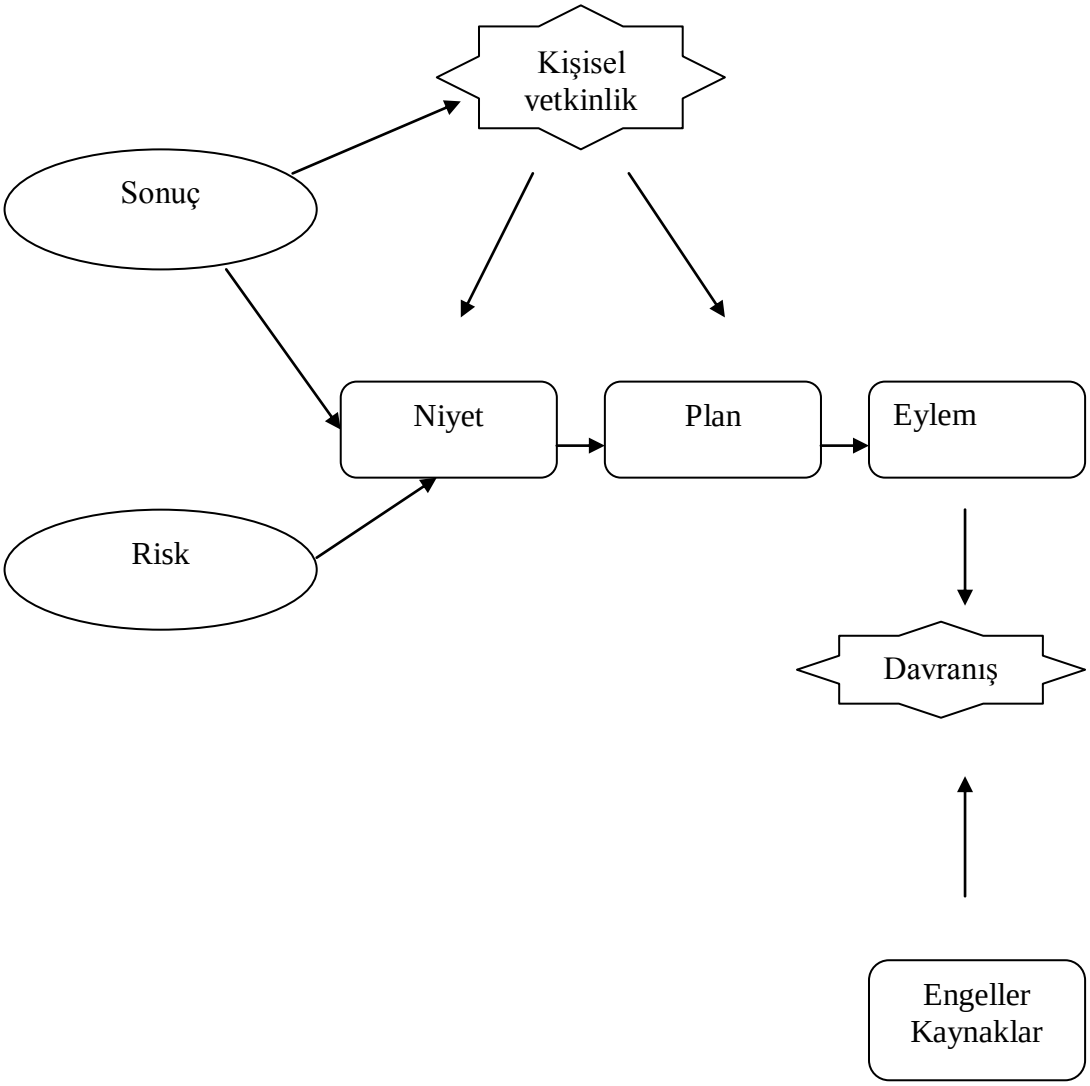
3-Planlama

4-Uygulama

5-Sürdürme

Sağlık eylem süreci yaklaşımında davranışı benimsemek, davranışa başlamak ve davranışın sürekliliğini sağlamak adına motivasyon ve irade önemli etmenlerdir. Ancak kişisel yetkinlik modeli oluşturan beş aşamanın gerçekleşmesinde önemli rol oynamaktadır. Motivasyon aşamasında birey davranışa geçmek için bir niyet geliştirir. Bu niyet kişisel yetkinlik ve sonuç beklentileriyle beraber ileri sürülür. Örneğin; "sigarayı bırakabileceğimden eminim, böylece daha sağlıklı olacağım". Sonuç beklentisi her zaman kişisel yetkinlikten önce gelir. Çünkü birey öncelikli olarak davranış neticesindeki yararları düşünmektedir[156].

[156] Falko F. Sniehotta. Towards a Theory of Intentional Behaviour Change: Plans, Planning and Self-regulation, **British Journal of Health Psychology**, (14), 2009, s:261-273.



Şekil 8: Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı: (Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models (pp. 163–196). Buckingham: Open University Press.)

2.2.7.6. Önlem Alma Süreci Modeli

Önlem alma süreci modeli 1988 yılında Weinstein tarafından ileri sürülmüştür. Weinstein bu modelde bireyin davranışı benimseyip harekete geçmesi beş aşama gerektirmektedir. Sonrasında 1992 yılında model Weinstein ve Sandman tarafından revize edilmiş ve modelin aşamaları yediye çıkarılmıştır:

1-Sağlık sorununun farkında olmamak

2-Sağlık sorununun farkında olmak fakat kişisel olarak soruna önem vermemek

3-Sağlık sorununa önem vermeye başlamak ve ne yapacağına karar vermek

4-Eyleme geçmemeye karar vermek

5-Eyleme geçmeye karar vermek

6-Eyleme geçmek

7-Eylemi sürdürmek[157].

Örneğin; önlem alma süreci modeline göre sigarayı bırakmak isteyen kişi şu aşamalardan geçecektir:

1-Sigaranın zararlı etkilerini hiç duymadım

2-Sigarayı bırakmayı hiçbir zaman düşünmedim

3-Sigarayı bırakmalı mıyım bırakmamalı mıyım karar veriyorum

4-Sigarayı bırakmamaya karar verdim

5-Sigarayı bırakmaya karar verdim

6-Sigarayı bıraktım

7-Sigarayı sürekli olarak bıraktım

2.2.7.7. Kuramlarüstü Model

James O. Prochaska ve Carlo J. DiClemente 1983 yılında kuramlarüstü modeli geliştirmişlerdir. Sonrasında 1992 yılında Prochaska, DiClemente ve Norcross model üzerinde değişiklikler yapmışlardır. Bu modelle zaman içerisinde

[157] Neil D. Weinstein, Peter M. Sandman. The Precaution Adoption Process Model and its Application. **Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research Strategies for Improving Public Health**. Ralph J. Diclemente, Richard A. Crosby, Michelle C. Kegler (eds). San Francisco:Jossey Bass, 2002, s:16-39.

bireyin davranışlarını ve alışkanlıklarını nasıl değiştirdiği sorgulanmaktadır. Kuramlarüstü modele göre birey davranışını değiştirmek için bazı aşamalardan geçmektedir. Bu aşamalar şöyle sıralanmaktadır:

1-Tasarlama öncesi: Birey yakın gelecekte (en az altı ay) eyleme geçmek için niyetlenmez

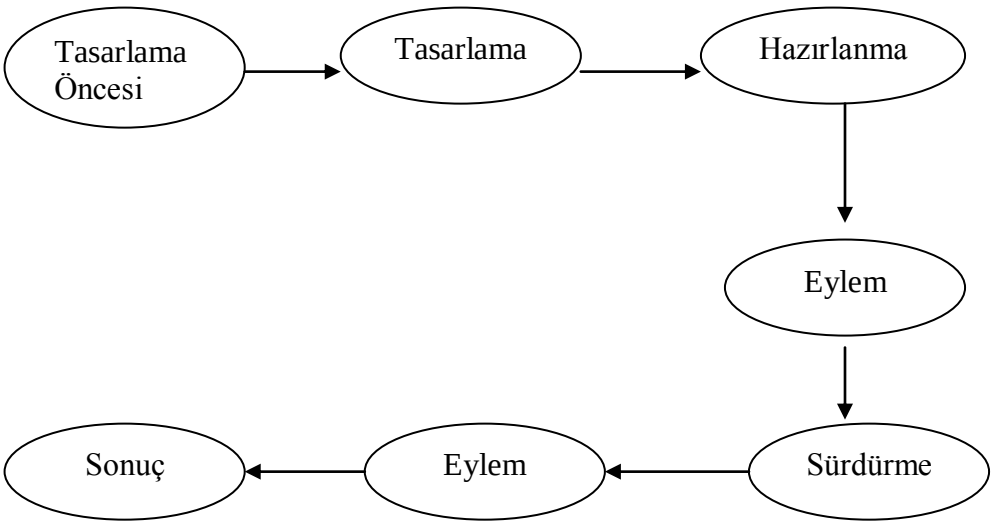
2-Tasarlama: Birey 6 ay içerisinde davranış değiştirmeye niyetlenir

3-Hazırlanma: Birey bir ay sonrası gibi yakın bir gelecekte eyleme geçmek için niyetlenir

4-Eylem: Birey son altı ay içerisinde yaşam tarzında ciddi bir değişim yaşar

5-Sürdürme: Birey en azından beş yıl süresince davranışını sürdürmeye çalışır

6-Sonuç: Birey kesin bir kişisel etkiyle bir daha eski sağlıksız davranışlarına geri dönmeyeceğinden emindir[158].



Şekil 9: Kuramlarüstü Model: (Munro ve ark. BMC Public Health 2007 **7**:104*)*

[158] Janice M. Prochaska, James O. Prochaska, Deborah A. Levesque. A Transtheoretical Approach to Changing Organizations. **Administration and Policy in Mental Health**, 28(4), 2001, s:247-261.

2.2.7.8. Sosyal – Bilişsel Teori

Miller ve Dollard sosyal öğrenme teorisini 1941 yılında öne sürmüşlerdir. Bandura ve Walters ise 1963'te sosyal öğrenme teorisini gözleme dayalı öğrenme ilkeleriyle genişletmişlerdir. Bandura 1977'de geleneksel öğrenme teorisini reddederek kişisel-etki kavramını ortaya çıkarmıştır[159]. 1986 yılında ise sosyal-bilişsel teoriyi geliştirmiştir. Sosyal-bilişsel teori bir sağlık iletişimi teorisidir. Teori; öncelikli olarak davranış değişimini açıklayabilmek için bilişsel, duygusal durumlarla ve davranış durumlarıyla ilgilenmektedir. İkinci olarak ise; sağlık iletişiminde yeni davranışsal araştırmalar sağlamaktadır. Sosyal-bilişsel teori bireyin nasıl bir davranışa sahip olduğunu ve bu davranışı ne şekilde sürdürülebilir kıldığını açıklamaya çalışır. Davranış değişikliğinin değerlendirilmesi davranışla birlikte çevresel ve kişisel etmenlere bağlıdır. Bu teori sağlık davranışını kişisel etmenlerle (bilgi, beceri, kişisel yeterlilik, beklentiler, amaçlar) çevresel etmenlerin (sosyal, fiziksel) etkileşimi sonucunda belirlendiğini ileri sürmektedir.

Çevresel etmenler bireyin sağlık davranışını etkileyebilmektedir. Çevre sosyal ve fiziksel çevre olmak üzere ikiye ayrılır. Sosyal çevre aile, arkadaşlar ve akranlardan oluşmaktadır. Fiziksel çevre ise odanın genişliği, ortamın ısı derecesi ya da belirli gıdalara ulaşılabilirliktir. Çevre ve durum, davranışı anlayabilmeyi sağlamaktadır. Durum; bireyin davranışını etkileyebilecek çevrenin zihinsel ve bilişsel sunumudur.

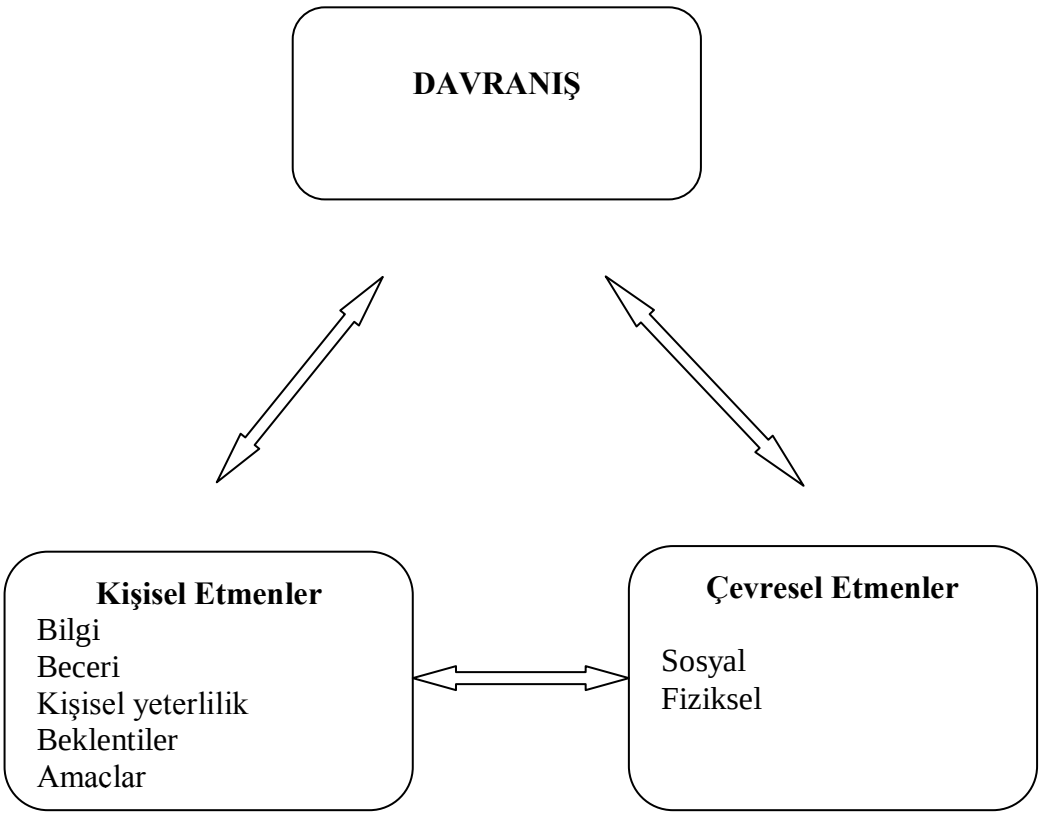
Çevre, birey ve davranış sürekli olarak etkileşim halindedir. Davranış sadece çevreye ya da bireye bağlı olarak ortaya çıkan bir sonuç olmadığı gibi çevre de sadece bireye ya da davranışa bağlı olarak ortaya çıkan bir sonuç değildir. Çevre yalnızca davranış için modeller sağlar. Birey bir başkasının davranışını izlediğinde gözleme dayalı öğrenme ortaya çıkar. Davranış kavramı farklı yönlerde incelenebilir.

[159] Albert Bandura. Social Cognitive Theory: An Agentive Perspective. **Annual Review of Psychology**, (52), 2001, s:1-26.

Davranışsal kapasite; birey bir davranış gerçekleştirecekse, davranışın ne olduğunu ve davranışı gerçekleştirebilecek becerisi olup olmadığını bilmesi durumudur[160].

Sosyal-bilişsel teori 4 ana etmenden oluşmaktadır. Birincisi özyeterlilik inancıdır ki bireyin bir sağlık davranışını gerçekleştirebilmesi için bireysel değerlendirmesini içermektedir. İkincisi beklenti sonuçlarıdır. Beklenti sonuçları; bireyin sağlık davranışı sonucunda elde edeceği sonuçların birey tarafından algılanışını kapsamaktadır. Üçüncü etmen hedeflerdir. Hedefler yakın ya da uzak olabilir. Yakın ya da uzak hedefler bireyin davranışa uyumunu sağlamaktadır. Son etmen ise, engellerdir. Engeller gerek zihinsel gerekse yapısal olabilir. Sağlık davranışını gerçekleştirmek için algılanan tüm engelleri içermektedir[161].

[160] Albert Bandura. **Self-efficacy: The Exercise of Control**. New York:Freeman, 1997, s:111-123.
[161] Michael P. Ryan. Physical Activity Levels in Young Adult Hispanics and Whites: Social Cognitive Theory Determinants. **Psychology and Health**, 20(6), 2005, s:711.



Şekil 10: Sosyal – Bilişsel Teori: (Munro ve ark. BMC Public Health 2007 **7**:104)

2.2.7.9. Aktivasyon Teorisi

Donohew ve arkadaşları 1980 yılında aktivasyon teorisini geliştirmişlerdir. Teoriye göre; birey bir mesaj ile karşılaştığında uyarılmak ve harekete geçmek için öncelikli olarak ihtiyaçlarını gidermek isteyecektir. Dolayısıyla birey kendi bilişsel ihtiyaçlarını giderebileceğine inandığı mesajlara yönelir. İhtiyaçlar bireyden bireye farklılık gösterir. Birey sadece bilgi veren bir mesaj yerine kendisini harekete geçmek için uyaracak bir mesajı dikkate alır. Kısacası birey dikkate alacağı mesajı kendi seçer. Aktivasyon teorisine göre; bilgide tutarsızlık, bilginin önemi, bireyin

ihtiyaçları, kişisel etki ve bireyin tercihi, kişiyi davranış değişikliğine götüren etmenlerdendir[162].

Birey kendi ihtiyaçları ve ilgi alanları doğrultusunda televizyonda izleyeceği programları seçer. Kendisini bu anlamda tatmin etmeyen programları izlemeyi reddeder. İzlemeyi tercih ettiği programlar içerisinde önemsemediği bir konuda olsa bile sunulan mesajlar tekrarlandıkça birey farkında olmadan bilgiyi depolayacaktır ve zamanla bu bilgi bireyi etkileyerek ister istemez davranış değişikliğine götürecektir.

Aktivasyon teorisi sağlık iletişiminde ve sağlıkla ilgili kampanyalarda mesaj tasarlamada rahatlıkla yararlanılabilecek bir teoridir. Bu teoride önemli olan nokta, hedef kitlenin bilişsel ve duygusal ihtiyaçlarının farkında olmak ve bu ihtiyaçlara yönelik olarak kitleyi harekete geçirecek mesajlar tasarlamaktır.

2.2.7.10. Korku Faktörü Teorisi

Korku faktörü teorisi 1992 yılında Witte tarafından geliştirilmiştir. Teoriye göre; sağlıkla ilgili konularda bireyde davranış değişikliği sağlamak adına korku bireyi motive eden bir faktördür. Korku faktörü teorisi; korkunun bireyi harekete geçirecek, davranış değişikliğini benimseyip uygulayacak hatta bu davranışı ömür boyu yaşam tarzı haline getirecek bir faktör olduğunu ileri sürmektedir. Teori; davranış değişikliğine yönelmeyen bireyi ikna etmede korku faktörünün önemli bir güç olduğunu savunmaktadır. Ancak korku göreceli bir kavramdır. Çünkü birey için korkutucu sayılabilecek bir faktör bir başkası için korkutucu olmayabilir. Kişi, sağlığını tehdit eden bir risk faktörüyle karşılaştığında korku ön plana çıkar. Korku faktörünün davranış değişiminde bir motivasyon aracı olabilmesi sadece kişiye bağlıdır. Korkunun düzeyi tasarlanamaz ve herkes için farklıdır. Birey kendi

[162] Lewis Donohew, Philip Palmgreen, Jack Duncan. An Activation Model of Information Exposure. **Communication Monographs**, (47), 1980, s:295-303.

hissettiği korkunun düzeyine göre davranış değişikliğine yönelir. Bireysel özellikler kişiyi harekete geçirecek korku düzeyini belirler[163].

[163] Kim Witte. Preventing AIDS Through Persuasive Communications: A Framework for Constructing Effective, Culturally-specific, Preventive Health Messages. **Intercultural Community Annual**, (16), 1992, s:67-86.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE HALKLA İLİŞKİLER FAALİYETLERİNDE MESAJ OLUŞTURMA

3.1. Halkla İlişkiler Yazarlığı ve Sağlık İletişimi Kampanyaları

Sağlık iletişimi kampanyaları; hedef kitleleri etkileyerek, onları belirli inanış ve davranışlara yöneltmek amacını taşır. Sürekli olarak ikna etme ve davranışı etkileme amacı ile iletişim gerçekleşir. Bu iletişim sürecinde hedef kitleyi etkilemede başarılı olabilmek için kitle iletişim araçlarının rolü ve bu araçların özelliklerine göre içerik hazırlanması, uygun başlık seçimi, etkin fotoğraf kullanımı bilinmelidir. Amacına uygun olarak seçilecek kitle iletişim aracına özgü bir mesaj dili oluşturulmalıdır. Bu da halkla ilişkiler yazarlığının önemli bir parçasıdır.

Halkla ilişkiler yazarlığı; arzu edilen hedefe ulaşmak için, saptanmış hedef kitleyi etkilemek ve ikna etmek amacı ile etkin mesaj oluşturma çalışmasıdır[164]. Hedef kitle ile iletişimde bazı araçlardan faydalanılır. Bu araçlar arasında; basın bülteni, konuşma metni, reklam metni, broşür, kitapçıklar vb. sayılabilir.

Sağlık iletişiminde önemli olan belirlenen hedef kitleye uygun, mesajı etkin iletecek olan kitle iletişim aracı seçimidir. Güvenilir bir kaynaktan ve doğru bir iletişim aracından iletilen mesaj hedef kitleyi amaçlanan eyleme yönlendirebilir. Sağlık ile ilgili hazırlanmış etkin bir mesaj yanlış araç ile yanlış zamanda iletildiğinde arzu edilen başarı sağlanmayabilir. Sağlık iletişiminde doğru zamanlama ve doğru araç seçimi çok önemlidir.

[164] Thomas H. Bivins. **Public Relations Writing:The Essentials of Style and Format**. Lincolnwood, Illinois USA: NTC Contemporary Publishing Group, 1999, s:2.

Sağlık iletişimi kampanyaları; belirli bir hedef kitleye yönelik kitle iletişim araçları aracılığı ile ikna edici mesajları içeren kamu yararına yapılan faaliyetlerdir[165]. Rogers ve Storay'a göre; sağlık iletişimi kampanyaları, belirli bir zaman diliminde, hedef kitleye yönelik çeşitli etkiler üretmeyi hedefleyen planlanmış bir iletişim faaliyetidir[166].

Rice ve Atkin'e göre ise sağlık iletişimi kampanyaları; sınırları belirlenmiş geniş bir hedef kitleye yönelik bilgilendirme ve ikna etme sonucunda eyleme yönlendirme amacı taşıyan ticari kaygı içermeden kamu yararına belirli bir zaman diliminde kitle iletişim araçları ile gerçekleştirilen planlı iletişim faaliyetleridir[167].

Ulusal Kanser Enstitüsü'ne göre sağlık iletişimi kampanyaları 1980'e kadar süren birinci kuşak ve 1980 sonrası ikinci kuşak olarak iki kuşağa ayrılmaktadır.

Birinci kuşak sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik araştırmalar literatürde çoğunlukla; mesaja maruz kalma, dikkat etme, mesajı anlama, kabul etme, hatırlama ve davranış değişikliği aşamalarını içeren McGuire'ın Etkiler Hiyerarşisi Modeli'ne göre incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kampanyaların farkındalığı arttırma açısından etkin oldukları saptanmıştır.

1980 sonrası sağlık iletişimi kampanyalarını kapsayan ikinci kuşak sağlık iletişimi kampanyalarını inceleyen literatürdeki araştırmalar ise çoğunlukla nedenli eylem teorisi ve sosyal öğrenme teorisine göre incelenmiştir. Araştırmalar ile genellikle tutum, niyet ve davranışlar üzerindeki etkiler sorgulanmıştır.

---

[165] Thomas E. Backer, Everett M. Rogers, Pradeep Sopory. **Designing Health Communication Campaigns:What Works?** USA: Sage Publications, Inc. 1992, s:3-7.

[166] Everett M. Rogers, J. Douglas Storey. Communication Campaigns. C.R. Berger, S. H. Chafee (eds). **Handbook of Communication Science**. London:Sage Publications, Inc, 1987, S. M.Noar, "A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns:Where Do We Go from Here?", **Journal of Health Communication**, 2006, sayı:21 s:821.

[167] Hans-Dieter Klingemann. **Public Information Campaigns and Opinion Research:A Handbook for the Student and Practitioner**, Sage Publications,Inc, 2002, s.38.

Snyder ve Hamilton'un 2002 yılında sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik yaptıkları araştırmada 1974-1998 yılları arasındaki Amerika'da gerçekleştirilmiş 48 kampanya değerlendirilmiştir. Araştırma sonucuna göre bir sağlık iletişimi kampanyasının amaçlanan davranışlar yönünde hedef kitle üzerinde % 8 oranında etkin olduğu saptanmıştır. Bu araştırma ile; kampanya etkinlik oranının farklı davranışlara göre değişiklik gösterdiği, yeni bir davranışın kabul edilmesine yönelik olan kampanyaların, süregelen bir davranışın bırakılmasına yönelik olan kampanyalara göre daha etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır[168].

Örneğin; bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik yeni bir davranış sağlık iletişimi kampanyaları ile daha kolay benimsenirken, bireyin süregelen beslenme alışkanlığını değiştirecek yöndeki kampanyaların ise daha düşük oranda kabul edildiği yönde bulgulara ulaşılmıştır. Aynı zamanda kapalı alanda sigara içme yasağı ya da araba kullanırken cep telefonu ile konuşmama gibi yasal bir zorunluluğu içeren sağlık iletişimi kampanyalarında etkinlik oranının arttığı gözlenmiştir.

Derzon ve Lipsey'in 2002 yılında inceledikleri 1958-1998 yılları arasında gerçekleştirilmiş 72 sağlık iletişimi kampanyaları araştırma sonuçlarına göre ise; kampanyaların davranış değişikliğinde % 4, bilgilendirmede % 5, tutum değişiminde % 2 oranında etkinlik gösterdikleri saptanmıştır. Ayrıca hedef kitle olarak ailelere yönelik kampanyaların gençlere yönelik kampanyalardan daha etkin olduğu, görsel medyanın yazılı basına göre daha etkin olduğu sonucu ortaya çıkmıştır[169].

[168] Leslie B. Snyder, Mark Allen Hamilton. Meta-analysis of U.S. Health Campaign Effects on Behavior: Emphasize Enforcement, Exposure, and New Information, and Beware the Secular Trend. R. Hornik (ed). **Public Health Communication: Evidence for Behavior Change**. Hillsdale, NJ:Lawrence Earlbaum Associates, 2002, s:357-383.

[169] J.H. Derzon, M. W. Lipsey. A Meta-analysis of the Effectiveness of Mass-communication for Changing Substance-use Knowledge, Attitudes and Behavior. Ingår i W. D. Crano & M. Burgoon (eds). **Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research**. Matwah, NJ:Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002, s:231-258.

Sağlık iletişimi kampanyalarında dikkate alınması gereken bazı sorumluluklar vardır[170]:

- **Sağlık personeline karşı sorumluluk:**
  Sağlık hizmeti sunan personelin (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık teknisyeni vb.) mesleki sırlarını ve itibarlarını korumak durumundadırlar.

- **Meslek ve meslek üyelerine karşı sorumluluk:**
  Ses getirmek amacı ile yalan-yanlış bilgiler ile mensubu olduğu mesleğini ve meslek üyelerini zor duruma sokacak davranışlardan kaçınmak zorundadırlar.

- **Topluma karşı sorumluluk:**
  Sağlık gibi önemli ve hassas bir konuda toplumu yanlış yönlendiren ve asılsız umut veren yalan-yanlış bilgilerden kaçınmak gereklidir.

- **Medyaya karşı sorumluluk:**
  Gerçekliği kanıtlanmamış sağlık konuları ile medyayı meşgul etmemek gereklidir.

Sağlık iletişimi kampanyalarında öncelikli olarak; amaç, hedef kitle ve kitle iletişim araçları rol oynamaktadır[171]:

Amaç:

Hedef kitleyi bilgilendirmek, ikna yolu ile, tutum ve davranış değişikliği sağlamaktır.

[170] Bivins. **Public Relations Writing:The Essentials of Style and Format**. s:3-5.

[171] Seth M. Noar, Philip Palmgreen, Rick S. Zimmerman. **Reflections on Evaluating Health Communication Campaigns Communication Methods and Measures**, Routledge, 2009, s:105-114.

Hedef kitle:

Hedef kitle farklılık gösterebilir. Aynı ya da farklı zamanlarda değişik kitlelere ulaşmak amaçlanabilir. Örneğin çocuklara yönelik bir kampanyada sadece çocuklar hedeflenirken, yeni bir tedavi yönteminin duyurulmasında ise hekim ve hastalara ulaşmak amaçlanabilir. Hedef kitlenin sosyo-demografik ve kültürel özellikleri analiz edilir, ihtiyaçları saptanır ve etkin bir mesaj oluşturulur.

Bir sağlık iletişimi kampanyasında hedef kitle; yaş, cinsiyet, etnik köken, inanç, değerler, kişisel özellikler ve sosyal bağlamda değerlendirilir.

Kitle iletişim araçları:

Hedef kitlenin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerine göre uygun kitle iletişim aracı tercih edilir. Kamuoyu oluşturulması ile birlikte kitleleri eyleme yönlendirebilmek için öncelikli olarak medyanın konuya dikkatini çekmek gerekmektedir.

Edward Bernays'a göre monotonlaşan ve sürekliliği olan konular ancak renklendirilerek medyanın ve hedef kitlenin dikkatini çekebilir.

Dolayısı ile sağlık iletişiminde mesaj tasarlamada aşağıda belirtilen unsurlar önemli ölçüde rol oynar[172]:

- Mesajın açık ve net olması
- Hedef kitlenin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin tanımlanması

[172] Michael Pfau. Designing Messages for Behavioral Inoculation. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott (eds). **Designing Health Messages:Approaches from Communication Theory and Public Health Practice**. USA:Sage Publications, Inc. 1995, s:99-107.

- Seçilen kitle iletişim aracına uygun mesaj yazımı
- Mesajın anlaşılır olması
- Mesajın kısa olması

Sağlık iletişimi kampanyalarında hedeflenen mesajı ve mesaj stratejisini kontrol edebilmek için beş aşamalı bir yol izlenir[173]:

a)Mesajın uygunluğu

-Mesajı gönderen içi

-Mesajı alan için

b)Mesajın anlamlılığı

-Konu ile ilişkili mı?

-Alıcının istek, ilgi ve ihtiyaçlarını karşılıyor mu?

c)Mesajın hatırlanabilirliği

-Deyim ya da benzetmeler var mı?

-Görsel, işitsel unsurlar ile desteklenmiş mi?

d)Mesajın anlaşılabilirliği

-Asıl ve mecazi anlamı ne?

-Grafikler kullanılmış mı?

[173] Kerry Tucker, Doris Dorelian, Donna R. Rouner. **Public Relations Writing, A Behavioral Issues Driven Approach**, NJ:Prentice-Hall, 1996, s:30.

e)Mesajın inandırıcılığı

-Hedef kitle mesajı iletene güveniyor mu?

-Sunulan iletişimin konu ile ilgili uzmanlığı var mı?

Sağlık iletişimi kampanyalarında halkla ilişkiler yazarının sahip olması gereken özellikler vardır. Bu özelliklerin başlıcaları şöyle sıralanabilir[174]:

- İkna edici ve etkin yazabilme
- Medya konusunda yeterli donanıma sahip olma
- Uluslar arası çalışmaları değerlendirebilme
- Yaratıcı düşünebilme
- Hastalıklar konusunda bilgi sahibi olma
- Tıbbi literatüre hakim olma

Yukarıda bahsedilen özelliklere sahip bir halkla ilişkiler yazarı sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitleyi etkileme ve eyleme yönlendirme açısından etkin olabilir. Bu nedenle sağlık iletişimi kampanyaları açısından ikna sürecini ele almakta fayda vardır.

3.2. İkna Süreci

İkna kavramı ilk kez Aristo ile incelenmeye başlanmıştır. İkna; bireyin diğer bireyi bilinçli bir niyetle tutarlı düşünceler, etkinlik, çekicilik, güvenilirlik ve gerçeklik gibi faktörler kullanarak arzu edilen yönde etkileme ve yönlendirme olarak tanımlanmaktadır. İkna edici mesajlar çoğunlukla bireyleri davranışa yönlendirmeyi amaçlarken, bireylerin inançlarını, düşüncelerini, tutumlarını etkiler. İkna edici mesajların amacı; tutum, düşünce ve davranış değişikliği sağlamaktır[175].

[174] Doug Newsom, Jim Haynes. **Public Relations Writing: Form&Style**. CA:Wadsworth, 2008, s:2-13.
[175] Daniel J. O'keefe. **Persuasion. Theory and Research**. USA:Sage Publications, 2002, s:1-23.

Sağlık iletişimi çalışmalarında kullanılan mesajların temel amacı iknadır. Bu çaba, hedef kitlenin mesaja karşı koyma ya da şüphe ile yaklaştıkları durumlara rağmen çoğunlukla başarılı sonuçlanır.

Sağlık iletişiminde amaç; kitle iletişim araçları aracılığı ile hedef kitleyi ikna ederek, düşüncelerini değiştirmek ve arzu edilen davranışa yönlendirmektir. Bu süreç içerisinde öncelikli olarak yapılması gereken; hedef kitlenin özelliklerini belirleyip, kitleye uygun iletişim aracını seçmektir. İkna sürecinde başarılı olabilmek için ise şu adımlar izlenmelidir[176]:

- Hedef kitleyi analiz etmek
- Uygulama için uygun zamanı belirlemek
- Uygun stratejik planlama yapmak
- Mesajı doğru kitle iletişim araçları ile vermek
- Mesaj sonrasında hedef kitlenin geri bildirimini analiz etmek
- Geri bildirim sonrasında gerekli yeni düzenleme ve değişiklikler yapmak, gerekirse mesajı yeniden tasarlamak

Sağlık iletişiminde hedeflenen kitleyi ikna edebilmek için mesaj ilgi uyandırmalı ve dikkat çekmelidir. Mesaj; ilgiyi sürekli kılabilir ve hedef kitlenin ihtiyaçlarına, sosyo-demografik ve kültürel özelliklerine uygun nitelikte tasarlanabilirse istenen etkiyi yaratarak amaca ulaşılabilir[177].

[176] Newsom, Haynes. **Public Relations Writing: Form&Style**. s:37.50.
[177] Michael E. Roloff, Gerald R. Miller. **Persuasion:New Directions in Theory and Research**. USA:Sage Publications, 1980, s:141-153.

Mesajın hedef kitle üzerinde ikna edici olabilmesi için aşağıdaki özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Mesaj açık ve net olmalı
- Mesajın uygulanabilirliği olmalı
- Mesajın geçerliliği olmalı
- Kaynak güvenilir olmalı
- Kaynak inanılır olmalı
- Kaynak, konu hakkında uzman olmalı

3.2.1. Kaynağa İlişkin Faktörler

Kaynak; iletişim sürecini başlatan kişidir. Farklı kişiler tarafından verilen mesajlar farklı etkiler yaratabilir. Kaynağın ikna becerisine yönelik sayısız araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda elde edilen ortak sonuç; mesajın kaynağının mesajın kabulünde önemli bir etkiye sahip olduğu yönündedir[178].

Tutum değişikliği sağlayabilmek için, kaynak seçiminde dikkat edilmesi gereken faktörler vardır. Bu faktörler; kaynağın güvenilirliği, hedef kitle ile ilişkisi, mesajı yapılandırması ve çeşitli dikkat çekici unsurları kullanabilmesi olarak özetlenebilir.

Sağlık iletişiminde kaynak; uzman, popüler ya da sıradan bir birey olabilir. Ancak etkin olabilmesi için güvenilir ve çekici olmalıdır. Sağlık ile ilgili mesajlarda güvenilirliği yüksek uzman kişilerin mesajlarından daha fazla etkilenildiği görülmektedir. Kaynağın güvenilirliği; uzmanlığı, objektifliği ve dürüstlüğü ile

[178] Jennifer E. Kopfman, Sandi W. Smith. Understanding the Audiences of a Health Communication Campaign:A Discriminant Analysis of Potential Organ Donors Based on Intent to Donate. **Journal of Applied Communication Research**. 24 (1), 1996, s:33-49.

değerlendirilir[179]. Özellikle kaynağın güvenilirliği, bir ürün, tedavi yöntemi ya da düşünce ile ilgili hedef kitlenin yeterli bilgiye sahip olmadığı durumlarda çok daha fazla etkin olabilmektedir.

Kaynağın çekiciliği algılanan sosyal değeri olarak ifade edilebilir. Kaynağın fiziksel görünümü, kişiliği, sosyal statüsü ya da hedef kitleye olan benzerliği kaynağı çekici kılan unsurlardır. Fiziksel görünümü açısından çekiciliği olan kaynaklar ikna sürecinde daha etkili olabilmektedir. Bu tarz kişilerin daha fazla bilgiye sahip oldukları ve daha zeki oldukları yönünde bir düşünce yaygındır. Bu duruma "halo effect" denilir ve "güzel olan şey iyidir" düşüncesi sonucu ortaya çıkar[180].

3.2.2. Mesaja İlişkin Faktörler

Mesaj; iletişim sürecinin en temel öğesidir. Mesajın niteliği, mesajın ikna edicilik üzerindeki etkisini açıklamaya yardımcı olur. Mesajın ne söylediği kadar nasıl söylendiği de önemlidir. Sağlık iletişiminde mesaj tasarlarken aşağıdaki unsurlara dikkat etmek gerekir[181]:

- Mesajın uygun kelimeler ile iletilebiliyor olması
- Mesajın belirli sıklıkta tekrar edilebiliyor olması
- Mesajdan çıkan bir sonucun olması
- Düşüncenin olumlu-olumsuz her iki yönünün de sunuluyor olması
- Gerektiğinde korku gibi olumsuz duygular uyandırabiliyor olması
- Düşüncenin objektif ve gerçekçi veriliyor olması

[179] Kim Witte, Gary Meyer, Dennis Martell. **Effective Health Risk Messages**. USA:Sage Publications, 2001, s:50-64.
[180] Richard E. Nisbett, Timothy D. Wilson. The Halo Effect:Evidence for unconscious alteration of judgments. **Journal of Personality and Social Psychology American Psychological Association** 35 (4), 1977, s:250–256.
[181] Stan A. Kaplowitz, Edward L. Fink. Message Discrepancy and Persuasion. George A. Barnett, Franklin J. Boster (eds). **Progress in Communication Sciences**. USA:Ablex Publishing, 1997, s:75-105.

Mesajın güvenilirliği, hedef kitle ile bağ kurabilmesi, çekicilik unsurlarının kullanılması iknayı etkileyen faktörlerdendir. Bu faktörler, kaynağın oluşturduğu mesajlara göre farklı tepkiler oluşturabilir. Bu durum iknayı güçlü ve ilginç kılar.

3.2.3. Hedef Kitleye İlişkin Faktörler

İletişim sürecinde mesaj ile ikna etmek amaçlanan kişiler için hedef kitle kavramı kullanılır. Aynı mesaj farklı bireyleri farklı biçimde etkileyebilir. Birey karşısındaki kişiyi ikna etme çabasında bulunmaksızın istediği sonuca ulaşabilir. Aksi durumda ise, birey karşısındaki kişiye en çarpıcı yöntemleri kullansa bile ikna etme de başarılı olamayabilir.

Gerek yüz yüze gerekse kitle iletişim araçları ile ikna etme sürecinde çeşitli bireysel faktörler rol oynar. Bu faktörlerden birincisi ilgidir. İlgi yoksa ikna edici mesajlar tümden reddedilir. İlgi uyandırılmış olsa bile ikna sürecinde başarılı olunacağı garantisi yoktur. Ayrıca yaş, cinsiyet, ırk, eğitim gibi sosyo-demografik faktörler ve ayrıca psikolojik faktörler de etkili olabilir. Tepki gösterme eğilimi, farklı kişilik yapıları, sosyal baskı da ikna sürecinde rol oynayan önemli faktörlerdendir[182].

[182] Brian R. Flay, Dee Burton. Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns. Charles Atkin, Lawrence Wallack (eds).**Mass Communication and Public Health:Complexities and Conflicts**. USA:Sage Publications, 1990, s:129-145.

Hedef kitle içerisinde bazı kişiler yeniliklere daha çok açıktır. Yeniliğe uyum sağlayan kişiler beş ayrı grupta tanımlanmaktadır[183]:

- **Yenilikçiler:**

Adaptasyonları yüksektir. Yeni düşünce, ürün ya da hizmeti ilk benimseyen öncül kişilerdir.

- **Yenilikleri erken kabullenenler:**

Yeni bir ürün ya da hizmeti yenilikçi kişilerin kullandığını ya da uyguladığını görerek benimseyen kişilerdir. Benimseme sürecinin başında yer alır ve yeniliği benimseyecek toplam hedef kitlenin ortalama % 13'ünü oluştururlar. Çoğunlukla yüksek statülü kişilerden oluşur ve kamuoyu lideri durumundadır.

- **Yeniliklere açık olan çoğunluk:**

Yeni bir hizmet ya da ürünü ilk benimseyen yenilikçiler ile, erken benimseyenleri izleyen kişilerdir. Yeniliği benimseyecek toplam hedef kitlenin % 34'ünü oluştururlar. Toplumun ortalama kişileri bu kategoride yer alır. Çoğunlukla kitle iletişim araçlarını takip ederler.

- **Yenilikleri kabullenmekte zorlanan çoğunluk:**

Yeni bir ürün ya da hizmeti oldukça geç benimseyen kişilerdir. Toplumda ortalamanın altında kişilerdir. Kişiler arası iletişimden fazlası ile etkilenirler.

[183] Everett M. Rogers. **Diffusion of Innovations**. NY:Free Press Simon&Schuster, Inc, 2003, s:136-159.

- **Geri kalanlar:**

Hedef kitlede ikna edilebilecek en son kişilerdir. Bu kişilerin yaşamlarında gelenekler önemli yer tutar.

Birbirinden farklı özelliklere sahip bu beş farklı grup ikna sürecinde mesajın farklı yönlerine dikkat ederler. Literatürde ikna; tutum değişimi olarak değerlendirilmektedir[184]. Bu ifadeye göre, ikna süreci ile tutum değişikliği amaçlanır. Sağlık iletişimi çalışmalarında çoğunlukla tutum kavramı kullanılmıştır. Çünkü tutum, ikna edici mesaj sonucunda nasıl bir davranış değişikliği oluşturulabileceği konusunda halkla ilişkiler yazarına ışık tutmaktadır.

Sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitle üzerinde ikna edici olabilme açısından başarılı olmak için tutum kavramını ayrıca incelemek faydalı olacaktır.

3.3. İkna Sürecinde Tutumlar

3.3.1. Tutum Kavramı

Tutum; bireye atfedilen ve onun psikolojik bir nesneye ilişkin düşünce, duygu ve davranışlarını organize eden eğilimdir. Tutum; bir nesneye yönlendirilen hislerin bir ifadesidir. Buradaki nesne bir konu, davranış, kişi ya da olay olabilir. Tutum; bireyin çevresindeki nesneleri sevmek ya da sevmemek duygusu olarak tanımlanabilir. Kısacası tutum bireye aittir. Tutum gözle görülmeyen bireysel bir

[184] Rogers. **Diffusion of Innovations**, s:204-219.

yaşantıdır. Tutumlar; kendileri gözlenemeyen ancak gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan eğilimlerdir[185].

Bireyin davranışlarına bakarak tutumu hakkında bir düşünceye sahip olunabilir. Örneğin; bir bireyin sigarayı bırakma konusunda destek aldığını görür ve sigarayı kesinlikle bırakacağını söylediğini duyarsak, bu bireyin sigarayı bırakma konusunda olumlu bir tutumunun bulunduğunu anlayabiliriz. Tutum motivasyonel niteliktedir ve bireyi davranışa yönlendirir.

Birey kendisi için psikolojik olarak var olan her şeye karşı bir tutum sahibi olabilir. Dolayısı ile bireyin sayılamayacak kadar çok tutumu olabilir[186]. Örneğin; insanlara, kurumlara, düşüncelere, fikirlere vb. Sağlık iletişimi kampanyalarında ikna süreci içerisinde davranış değişikliği sağlamaya çalışırken, tutum oluşturmak ve tutumları etkileyebilmek önem taşır. Örneğin belirli bir sağlık kuruluşuna karşı olumsuz tutumu olan bir bireyi o kuruluşa yönlendirebilmek için ikna sürecinde başarılı olabilmek çaba gerektirir.

Sağlık iletişiminde mesaja tek bir defa hedef olmak, mesajın istediği sonucu yaratmakta yetersiz kalacaktır[187]. Deneyimler tekrarlanmadıkça tutumlar biçimlenmeyecek, çok daha fazla tekrar eden olaylar sonucu ancak belli bir düzeyde tutum oluşabilecektir.

---

[185] Richard M. Perloff. **The Dynamics of Persuasion:Communication and Attitudes in the 21st Century**. NY:Routledge, 2010, s:40-45.

[186] Matthew W. Kreuter, Stephanie M. McClure. The Role of Culture in Health Communication. **Annual Review of Public Health**. April 2004, s:439-455.

[187] Michael D. Slater. Choosing Audience Segmentation Strategies and Methods for Health Communication. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott (eds). **Designing Health Messages:Approaches from Communication Theory and Public Health Practice**. USA:Sage Publications, Inc. 1995, s:186-198.

3.3.2. Tutum Bileşenleri

Tutum; nesneye ilişkin duygu, düşünce ve davranışlardan oluşur. Dolayısı ile tutumun üç bileşenden oluştuğu söylenebilir. Bu bileşenler; bilişsel, duygusal ve davranışsaldır. Bu üç bileşen birbiri ile karşılıklı etkileşim halindedir.

3.3.2.1.Bilişsel Bileşen

Bir tutumun bireysel bileşeni bireyin tutum nesnesine yönelik düşünce, bilgi ve inançlarından oluşur[188]. Bireyin yaşadığı bölgede, sağlıklı beslenme açısından organik tarım alanları kurulmasına ilişkin tutumu örnek olarak ele alınırsa; bu tutumun bilişsel bileşeni; sebze ve meyvelerin yapısı, organik tarım alanlarının yarar ve zararları hakkındaki bilgilerinden ve organik tarımın insan sağlığına ters düşüp düşmeyeceği konusundaki inançlarından oluşacaktır.

3.3.2.2.Duygusal Bileşen

Duygusal bileşen bireyin nesneye yönelik duygu ve değerlendirilmelerinden oluşur. Nesneye yönelik olumlu tutumu olan birey bu nesneyi olumlu olarak değerlendirecek ve bu nesneye karşı olumlu duygular besleyecektir. Karşılık olarak, olumsuz tutum içerisinde olduğu nesneyi ise olumsuz olarak değerlendirecek ve bu nesneye karşı olumsuz duygular besleyecektir[189].

Örneğin; X sağlık kuruluşuna yönelik olumlu tutumu olan birey, bu sağlık kuruluşunu iyi sağlık hizmeti sağlayan bir yer olarak değerlendirecek, sunduğu sağlık hizmetini beğenecek ve takdir edecektir. Aynı sağlık kuruluşuna olumsuz tutum besleyen birey ise, bu kuruluşu kötü olarak değerlendirecek, tedavi yöntemlerini ve

[188] Perloff. **The Dynamics of Persuasion:Communication and Attitudes in the 21st Century**, s:80-85.
[189] Thomas M. Ostrom. The Relationship Between the Affective, Behavioral and Cognitive Components of Attitude. **Journal of Experimental Social Psychology**. 5 (1), 1969, s:12-30.

sunduğu sağlık hizmetini beğenmeyecektir. Dolayısı ile bir nesneye ilişkin tutumdan söz edebilmek için, bu nesneye yönelik bilgi, düşünce ve inançlara olumlu ya da olumsuz duyguların eşlik etmesi gerekmektedir.

3.3.2.3.Davranışsal Bileşen

Davranışsal bileşen; bireyi tutum nesnesine yönelik olarak davranışlarda bulunmaya eğilimli kılar. Bir nesneye yönelik olumlu tutumu olan birey, bu nesneye karşı olumlu davranmaya, onu desteklemeye, yakınlık göstermeye eğilimli olacaktır. Tersi durumda ise; yani bireyin bir nesneye yönelik olumsuz tutumu olan birey, bu nesneye karşı ilgisiz kalma, ondan uzaklaşma, eleştirme ve reddetme eğilimi gösterecektir[190].

Örneğin; X hekime karşı olumlu tutumu olan birey; onun verdiği mesajı benimseyecek ve dediklerine inanarak yaşamına uyarlayacaktır. Ancak aynı hekime karşı olumsuz tutumu olan birey ise, hekimin verdiği mesajı eleştirerek reddedecektir.

Bu nedenle sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitleyi davranışa yönlendirmeyi amaçlarken, olumlu tutum oluşturma çalışmaları da yapmak gerekir. Bunun da birinci yolu; inanılır, güvenilir kaynaklardan gerçekliği kanıtlanmış mesajlar vermek ile sağlanabilir.

[190] Steven J. Breckler. Empirical Validation of Affect, Behavior and Cognition as Distinct Components of Attitude. **Journal of Personality and Social Psychology**. 47 (6), 1984, s:1191-1205.

3.3.3. Tutumların Özellikleri

Tutumların bazı özellikleri vardır. Bireyin çeşitli tutumlar arasındaki ya da iki bireyin aynı konuya ilişkin tutumları arasındaki farklılık bu özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bir tutumun değişmeye karşı ne derece direnç göstereceği de bu özellikler tarafından belirlenir.

3.3.3.1. Kuvvet Derecesi

Birey çok sayıda farklı tutuma sahiptir. Bireyin sahip olduğu tutumlar kuvvetleri açısından birbirinden farklılık gösterir[191].

Örneğin; hem X hem de Y sağlık kuruluşuna yönelik tutumları olumlu olan bireyin bu tutumlarından birisi diğerine oran ile daha kuvvetlidir. Aynı zamanda, iki farklı birey aynı sağlık kuruluşuna karşı olumsuz bir tutuma sahip olabilir. Ancak bu bireylerden birisinin tutumu diğerininkinden daha kuvvetli ya da zayıf olması olağandır.

Bir tutumun bileşenlerinin de kuvvetleri farklı olabilir[192]. Örneğin; bir tutumun bilişsel bileşeni oldukça kuvvetli olan bireyin aynı tutumunun davranışsal ve duygusal bileşenlerinin daha zayıf olması mümkün olabilir.

3.3.3.2. Karmaşıklık Derecesi

Bir tutumun ya da bileşenin karmaşıklığı, tutum ya da bileşenin içerdiği unsurların sayı ve çeşitliliğine bağlıdır. İçerilen unsurların sayısı ve çeşidi arttıkça

[191] Perloff. **The Dynamics of Persuasion: Communication and Attitudes in the 21st Century**, s:115-117.
[192] Ostrom. **a.y.**, s:12-30.

karmaşıklık derecesi artacaktır. Bireyin farklı iki nesneye ilişkin tutumlarının bileşenleri ya da iki ayrı bireyin aynı nesneye ilişkin tutumlarının bileşenleri karmaşıklık derecesi açısından farklılık gösterebilir[193]. Örneğin; bireyin bir sağlık kuruluşuna ve bu sağlık kuruluşunda hizmet veren sağlık personeline yönelik olumlu tutumları olabilir. Bu iki tutumun bilişsel bileşenleri karmaşıklıkları bakımından farklılık gösterebilir.

Bireyin bu sağlık kuruluşu hakkındaki bilgisi sınırlı olabilir iken; sağlık personeli hakkındaki bilgisi daha kapsamlı ve ayrıntılı olabilir. Böylelikle; bireyin sağlık personeline yönelik tutumunun bilişsel bileşeni sağlık kuruluşuna yönelik tutumunun bilişsel bileşeninden daha karmaşık olacaktır.

Tutumun karmaşıklık derecesi ile kuvveti arasında ilişki vardır. Karmaşık tutumlar yalın tutumlardan daha kuvvetlidir.

3.3.3.3. Bileşenler Arası Tutarlılık

Bileşenleri arasında tutarlılık bulunmayan tutumlar daha kolay değişmektedir. Tutumların bileşenleri genellikle birbiri ile tutarlı olma eğilimindedir. Bir bileşeni olumlu olan tutumun diğer iki bileşeni de genellikle olumlu, bir bileşeni olumsuz olan tutumun diğer iki bileşeni de olumsuz olur[194]. Örneğin; X bir hastalığın tedavisinde kullanılan X bir yöntemin en iyi yöntem olduğuna inanan ve kendi hastalığı için de bu tedavi yöntemini tercih eden bireyin söz konusu tedavi yöntemine yönelik tutumunun bileşenleri arasında bir tutarlılık vardır. Çünkü bileşenlerin üçü de olumludur.

[193] Virupaksha Kothandapani. Validation of Feeling, Belief and Intention to Act as Three Components of Attitude and Their Contribution to Prediction of Contraceptive Behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**. 19 (3), 1971, 321-333.
[194] Breckler. **a.y.**, s:1191-1205.

Tersi durumda ise; X bulaşıcı hastalığına sahip bireyler ile işi gereği temas halinde olan birey bu bulaşıcı hastalığa yakalanmamak için aşı olmasının, kendisini bu hastalıktan koruyacağını düşündüğü örnek verilecek olur ise; birey iğnelerden korkmakta, aşı olmaktan hoşlanmamakta, bu nedenle aşı olup olmama konusunda karar verememektedir. Böyle bir durumda, bireyin aşıya yönelik tutumunun bileşenleri arasında tutarsızlık vardır. Aşının kendisini hastalıktan koruyacağını düşündüğü için bilişsel bileşen olumludur. İğneden korktuğu için duygusal bileşen olumsuzdur. Aşı olup olmama konusunda kararsız olduğu için davranışsal bileşen nötrdür.

Bilişsel tutarlılık kuramlarına göre; bilişenleri arasında tutarlılık bulunmayan tutumları değiştirmek daha kolaydır. Buna bağlı olarak, bireyin tutumunu değiştirmenin en önemli yolu, bu tutumun bileşenleri arasında tutarsızlık ya da çelişki meydana getirmektir.

3.3.4. Tutum ve Davranış

Yapılan araştırmalar bireylerin her zaman tutumlarına uygun davranmadıklarını göstermektedir. Tersi olarak tutum ile davranış arasında bir ilişki bulunduğunu gösteren çok sayıda araştırma da vardır. Tutum ile davranış arasındaki ilişki konusundaki çelişkili bulgular, tutumların davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen faktörleri ortaya çıkarmıştır.

Bir tutumun davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen en önemli faktör tutumun kuvvetidir. Kuvvetli bir tutumun davranışa dönüşme olasılığı zayıf bir tutuma oran ile daha yüksektir. Bir tutumun davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen diğer bir faktör ise; ortamın özellikleridir. Bazı durumlarda bireyin

içerisinde bulunduğu ortam şartları tutumun davranışa dönüşmesini engelleyebilmektedir[195].

Örneğin; sigara kullanan bir birey, sigaranın sağlığa zararlarını anlatan bir kampanyada görev almış ise, kendi tutumuna göre değil, görevinin gereklerine göre davranmak zorundadır. Kısacası ortam şartları bireyin kendi tutumları doğrultusunda davranmasına izin vermez.

Davranışın ortaya çıkaracağı sonuçlara yönelik beklentiler, tutumun davranışa yansıyıp yansımayacağını belirleyen diğer bir faktördür. Tutumuna uygun davranması sonucunda olumlu sonuçlar elde edeceğine inanan bireyin tutumunu davranışa yönlendirme olasılığı daha yüksektir.

3.4. Etkin Mesaj Oluşturma

Sağlık iletişiminde hedef kitleye ulaşabilmek için öncelikli olarak mesajın taşıyacağı bilgi, duygu ve düşünceler bir iletişim kanalı aracılığı ile gönderilebilecek şekilde kodlanır. Farklı bir anlatımla, sağlık iletişimcisi; mesajı hedef kitleye onun duygularını, düşüncelerini, davranışlarını kendi algıladığı ya da hedef kitlenin algılamasını istediği biçimde etkilemek, ikna etmek için kodlar. Bu kodlamayı kelimeleri, resimleri, simgeleri vb. seçerek gerçekleştirebilir. Ancak bu mesajların iletişim süreci uygulamaya geçirildiğinde özünü ve biçimini koruyabilecek biçimde kodlanması gerekir. Aksi durumda, iletilmek istenen duygu ya da bilgi yerine çok farklı anlamların algılandığı görülecektir[196].

[195] Icek Ajzen, Martin Fishbein. Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. **Psychological Bulletin**. 84 (5), 1977, 888-918.
[196] Perloff. **The Dynamics of Persuasion: Communication and Attitudes in the 21st Century**. s:184-210.

Aynı zamanda mesajın kodlanması, çok kısa, çarpıcı, akılda kalıcı, dikkat çekici olmalıdır. Bu şekilde kodlanmayan mesaj hedef kitleye ulaşsa bile, onun tarafından algılanmayacak, hedef kitlenin ortamında iletişimi engelleyen "gürültü" öğesi olarak kalacaktır. Bu gibi durumda mesajın anlamsal içeriği tam olarak iletilemediği için, kodlama yaparken amaçlanan mesaj farklı bir biçimde algılanmış olacaktır.

Sağlık iletişiminde dikkat edilmesi gereken en önemli unsur, mesajın yazılma amacının doğru saptanmış olmasıdır. Bununla birlikte kapsamlı yapılmış bir araştırma da etkin mesaj tasarlamanın ön koşuludur[197].

Etkin mesaj tasarlama için aşağıdaki araştırmaların yapılması gereklidir[198]:

- **Kişisel Gözlem:**
  Yazılması amaçlanan konu ile ilgili olarak bilgi sahibi kişiler ile yüz yüze görüşülerek bilgi birikimi sağlanır.

- **Mülakatlar:**
  Konunun uzmanı olarak görülen kişiler ile görüşme yapılarak detaylı bilgi elde edilir.

- **Okuma:**
  Konu ile ilgili olan makaleler, raporlar, kitaplar vb. okunarak bilgi edinilir. İnternetten veri taraması yapılır ve kaynaklar okunur.

- **Araştırmalar:**
  Kapsamlı araştırmalar planlanır ve yürütülür.

[197] Ronald D. Smith. **Strategic Planning for Public Relations**. NY:Routledge, 2009, s:79-83.
[198] **A.e.**, s:84-90.

Sağlık iletişiminde bu araştırmalar sonucunda elde edilen bilgiler analiz edilerek hedef kitleye yönelik etkin bir mesaj oluşturulur. Tasarlanan mesajlar aşağıdaki unsurlardan birine bazen de birkaçına yönelik olabilmektedir.

- ✓ **Hedef kitle üzerinde farkındalık yaratmak:**

Farkındalık yaratmak hiç bilinmeyen, tanınmayan X sağlık kuruluşunun ürün ya da hizmetlerini ya da aksi durumda tanınan, bilinen bir sağlık kuruluşunun ürün ya da hizmetleri ile ilgili yeni bilgileri hedef kitleye sunma ile gerçekleşebilir. Eğer kurum yeni ve tanınmıyor ise, hizmetler de yeni olduğundan farkındalık sağlama süreci, zorunlu bir hal alır.

- ✓ **Hedef kitlelere bilgi sağlamak:**

Kurumun hizmetleri tanınıyor ise ya da yeni uygulamaları söz konusu ise ilginin arttırılmasına yönelik hedef kitleleri daha fazla bilgilendirme amaçlanır[199].

- ✓ **Hedef kitleleri belli bir amaca yönelik eğitmek:**

Sağlık iletişimi çalışmalarında mesajlar hedef kitleyi belirli bir amaç doğrultusunda eğitme amacı taşır. Örneğin; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması, sağlıklı beslenme vb.

[199] Mohan J. Dutta-Bergman. Theory and Practice in Health Communication Campaigns:A Critical Interrogation. **Journal of Health Communication**. 18 (2), 2005, s:103-122.

- ✓ **Hedef kitlenin mevcut tutumlarını, davranış biçimlerini pekiştirmek:**

Bu aşama; var olan ya da amaçlanan tutumların, davranışların sağlam ve gerçek temellere dayandırılması için hedef kitlenin konuya ilişkin inanç ve bağlılığını kuvvetlendirir[200].

- ✓ **Hedef kitlenin tutumlarını ve düşüncelerini değiştirmek:**

Hedef kitlenin tutum ve düşüncelerini değiştirme amaçlı dikkatli ve kapsamlı bir çaba sarfedilerek ikna çalışmaları yapılır.

- ✓ **Hedef kitlede davranış değişikliği sağlamak:**

Hedef kitle üzerinde davranış değişikliği amaçlanıyor ise, uzun vadeli bir çalışma ile ikna süreci başlar. Sağlık iletişiminde öncelikli amaç; ikna ile etki yaratmaktır. Hedeflenen son amaç ise; hedef kitlede davranış değişikliği oluşturmaktır[201].

Sağlık iletişiminde etkin mesaj oluşturmak istendiğinde aşağıdaki unsurlara dikkat edilmesi gerekir:

- Doğruluk ve dürüstlük gibi değerler ön planda tutulmalı
- Tıbbi sözcükler kullanılmamalı
- Açık ve anlaşılır bir dil kullanılmalı
- Hedef kitlenin algılama düzeyine yönelik tasarlanmalı
- Hedef kitlenin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerine uygun hazırlanmalı

[200] Leslie B. Snyder. Health Communication Campaigns and their Impact on Behavior. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. 39 (2), 2007, s:32-40.
[201] Snyder. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. s:32-40.

- Hedef kitlenin ilgisini çekecek nitelikte belirlenmeli
- Mesaj açık ve net ifade edilmeli
- Dilbilgisi kurallarına uyulmalı

Sağlık iletişiminde mesaj etkin tasarlandığı sürece inandırıcı ve ikna edici olabilir.

Brody ve Lattimore'a göre; mesaj geliştirilmesinin temelde üç değişkene göre şekillendiğini söylemek mümkündür[202]:

a)Mesajı gönderenin istekleri

b)İletişim kanalları tarafından konulan sınırlamalar

c)Alıcıların özellikleri

Yukarıda görüldüğü gibi mesajların tasarlanması kolay değildir. Süreç; hedef kitle ve medyanın sınırlamalarına, kısıtlamalarına uygun olarak ilerlemelidir. Mesaj oluşumu ve stratejinin belirlenmesi kapsamlı bir çalışma sürecidir. Bu sürecin aşamaları ve beraberinde belirlenmesi gereken unsurlar sıralanabilir:

- ✓ Sağlık iletişimi kampanyası ile belirlenen hedefler saptanır
- ✓ Hedef kitlenin ilgisini çeken konular araştırılır
- ✓ Hedefe ulaşmak için hedef kitlenin düşünce, tutum ve davranışları üzerinde yapılması gerekli değişiklikler belirlenir
- ✓ Amaca ulaşılması için iletilecek mesajlar örneklendirilir
- ✓ Mesajları göndermek için en uygun kitle iletişim araçları seçilir
- ✓ Mesajın hazırlanmasına yönelik konu ile ilgili bilgi elde edilir

[202] E. W. Brody, Dan L. Lattimore. **Public Relations Writing**. NY:Praeger, 1990, s:55.

3.5. Mesaj Yazım Süreci

Sağlık iletişimi kampanyalarında amaç; hedef kitleye yeni bir davranış kazandırmak ya da süregelen davranışı değiştirmektir. Kampanyalarda hedef kitleyi etkileyebilmek için çoğunlukla üç yöntem tercih edilir: Farkındalık oluşturma, bilgi verme ve ikna. Öncelikli olarak bir sağlık konusuna dikkat çekilir ve konu ile ilgili farkındalık oluşturulur. Sonrasında konu ile ilgili bilgi verilir ve hedef kitle davranış değişikliği için ikna edilir[203].

Sağlık iletişiminde planlama, yazım ve değerlendirme aşamaları mesaj oluşturma sürecinin önemli bir parçasını oluşturur[204]. Sağlık ile ilgili bir konuda hazırlanan kampanya doğrultusunda planlanmış hedefe ulaşmada belirlenmiş hedef kitleyi etkilemek, ikna etmek amacı ile bu süreçleri sırası ile izleyerek mesaj oluşturulursa ortaya başarı ile sonuçlanacak etkin bir mesaj çıkacaktır.

a) Planlama Aşaması

- Problem Geliştirme ve Durum Saptaması
- Konunun Araştırılması
- Hedef Kitle Analizi
- Amaç ve Hedeflerin Oluşturulması
- Uygun Medya Seçimi

b) Yazım Aşaması

- Mesaj Stratejisinin Belirlenmesi
- Mesajın Biçiminin Düzenlenmesi

[203] Donald Treadwell, Jill B. Treadwell. **Public Relations Writing:Principles in Practice**. USA:Sage Publications, 2005, s:25-27.
[204] William J. Paisley. Public Communication Campaigns:The American Experience. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001, s:3-7.

- Mesajın Yazımı

c) Değerlendirme Aşaması

- Dağıtım Kanallarının Avantajına Göre Mesajın Test Edilmesi
- Mesajın Değerlendirilmesi

3.5.1. Planlama Aşaması

Sağlık iletişiminde hedef kitleyi amaç doğrultusunda etkilemek için mesaj tasarlamaya planlama aşaması ile başlanır. Bu sürecin ilk aşaması ise problem geliştirme ve durum saptamasıdır.

- **Problem Geliştirme ve Durum Saptaması:**

Planlama aşamasında ilk iki adım konu ve problem saptamasıdır. Ayrıntılı bir tanımlama yapmak ve durum saptamak öncelikli koşullardır. Hedef kesin bir biçimde belirlenmemişse amaca ulaşılamaz. Bu aşamada hedef kitlenin tutum, davranış ve düşünceleri ile ilgili araştırma yapılması gerekir[205].

Problem geliştirmek için ilk adım durum saptamasıdır. Hedef; o andaki durumun belirtilmesi ve yanıtların içerdiği durumların açıklanmasıdır.

[205] Erica Weintraub Austin. Reaching Young Audiences: Developmental Considerations in Designing Health Messages. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott (eds). **Designing Health Messages:Approaches from Communication Theory and Public Health Practice**. USA:Sage Publications, Inc. 1995, s:114-123.

- **Konunun Araştırılması:**

Planlama aşamasında konunun belirlenmiş olması gerekir. Araştırmalarda bilgilerin hangi kaynaklardan ve hangi yöntemler ile elde edilebileceğinin bilinmesi gerekir. Bilgi ile mesaj birbirinden ayrılmalıdır. Öncelikli olarak elde edilen bilgiler ile oluşturulacak mesajın hangi amaca yönelik olduğu çok iyi değerlendirilmelidir[206]. İlk olarak elde edilen bilgilerden faydalanılır. Bir sonraki aşamada ise bu bilgiler hedef kitleyi etkilemek amacı ile ikna edici mesaj haline getirilir.

Mesajlar aşağıda belirtilen amaçlara yönelik olarak oluşturulmalıdır:

- ✓ Hedef kitle üzerinde konu ile ilgili farkındalık yaratmak
- ✓ Hedef kitleye konu ile ilgili bilgi sağlamak
- ✓ Hedef kitleyi konu ile ilgili eğitmek
- ✓ Hedef kitlenin düşünce, tutum ya da davranışlarını pekiştirmek, gerektiğinde ise değiştirmek
- ✓ Hedef kitle üzerinde davranış değişikliği sağlamak

- **Hedef Kitle Analizi:**

Planlama aşamasındaki en önemli unsurlardan biri hedef kitle seçimidir. Hedef kitle; iletişim sürecinde mesajın ulaşması amaçlanan kişi, grup ya da kitle olarak tanımlanır. Hedef kitleyi belirlemeden ve bu kitleye ait özellikleri saptamadan izlenen her adım başarısızlıkla sonuçlanır[207]. Hedef kitle seçiminde yapılacak küçük

[206] Bivins. **Public Relations Writing:The Essentials of Style and Format**. s:7-10.
[207] Don W. Stacks. **Primer of Public Relations Research**. USA:The Guilford Press, 2011, s:22-25.

bir hata bir sonraki adımları olumsuz etkileyecektir. Çünkü hedef kitleyi belirlemeden uygun medya seçimi ve uygun mesaj içerikleri oluşturmak sağlıksız olacaktır.

Sağlık iletişiminde hedef kitlenin özellikleri, hedef kitlenin çoğunlukla tercih ettiği kitle iletişim araçları, gelir ve eğitim durumları gibi sosyo-demografik ve kültürel özellikleri kapsamlı bir biçimde analiz edilmelidir. Mesaj; hedef kitle üzerinde ancak bu şartlar sağlandığında amacına ulaşabilir.

- **Amaç ve Hedeflerin Oluşturulması:**

Sağlık iletişiminde hedef kitleye yönelik hazırlanan mesajın amacı gerçekçi ve ölçülebilir olmalıdır. Mesaj oluştururken tasarlanan mesajın amaç ve hedefleri belirlenir. Tasarlanan mesaj ile amaçlanan davranış değişikliği belirlenir.

Sağlık iletişiminde mesaj tasarlarken üç tür hedef vardır: Bilgisel, tutumsal ve davranışsal. Bilgisel hedefler; çoğunlukla hedef kitlenin ilgilendiği konular ile ilgili yeni bilgiler aracılığı ile dengelenmiştir. Hedefler, bilgilendirmeden öte tutumsal ya da davranışsal ise mesaj hedef kitle üzerinde daha ikna edici olacaktır[208].

Sağlık iletişiminde tasarlanan mesaj ile;

- ❖ Bilginin olmadığı yerde tutum ya da davranış oluşturulabilir
- ❖ Bir davranış ya da tutum var ise güçlendirilebilir

[208] Stacks. **Primer of Public Relations Research**. s:26-33.

❖ Tutumu değiştirmeye çalışılabilir[209].

- **Uygun Medya Seçimi**

Tasarlanan mesaj hedef kitleye kitle iletişim araçları ile iletilir. Mesaj tasarlanmadan önce hedef kitlenin özelliklerine göre hangi araçlardan yararlanılacağı saptanmalıdır. Kitle iletişim araçlarının özellikleri farklıdır. Hedef kitlenin tercih ettiği kitle iletişim aracı belirlenmelidir. Uygun medya seçiminde aşağıdaki unsurlar dikkate alınmalıdır[210]:

- ✓ Hedef kitleye ulaşmak istenen zaman dilimi ve sıklık belirlenmeli
- ✓ Hedef kitleye en düşük maliyet ile ulaşılabilecek kitle iletişim araçları saptanmalı
- ✓ İnanılırlığı yüksek kitle iletişim araçları tercih edilmelidir
- ✓ Hedef kitleyi etkileyebilmek mesajı en etkin biçimde iletecek kitle iletişim araçları belirlenmelidir

3.5.2. Yazım Aşaması

Sağlık iletişiminde hedef kitle üzerinde etkin mesaj oluşturabilmek için planlama sürecindeki tüm aşamalar tamamlandıktan sonra mesaj yazım aşamasına geçilir.

- **Mesaj Stratejisinin Belirlenmesi**

Mesaj stratejisi; hedef kitle üzerinde etki oluşturabilecek düzeyde mesaj tasarlama çalışmasıdır. Mesaj stratejisi, hedef ve amaçlar ile uyumlu olmalıdır. Mesaj

[209] Bivins. **Public Relations Writing:The Essentials of Style and Format**. s:28-31.
[210] **A.e.**, s:37.

stratejisi; yazılacak sağlık konusu ile neyin nasıl söyleneceği hakkında yöntemlerin belirlenme sürecidir[211]. Mesaj stratejisini belirlerken aşağıdaki sorulara yanıt aranır:

- ✓ Belirlenen mesaj ile hedef kitle üzerinde ne gibi bir fayda sağlanacak?
- ✓ Mesajı en iyi sunacak yöntemler nelerdir?

Cutlip ve arkadaşlarına göre mesaj stratejisinin oluşturulmasında dört unsur bulunur[212]:

a)Hedef kitle insanlardan meydana gelir

b)İnsanlar, okurlar, dinlerler, izlerler; dolayısı ile hangi yöntemin onlara daha sempatik geleceğine dikkat etmek gerekir

c)Kitle iletişim araçları kendi ayrı topluluklarını yaratırlar. Örneğin bir dergiyi okuyan bir diğerini tercih etmeyebilir

d)Kitle iletişim araçlarının bireyler, kolektif bilinç ve davranışlar üzerinde, çoğu tam olarak ölçülemeyen çok çeşitli şekillerde etkileri vardır.

Mesaj stratejisinin belirlenme aşamasında; tasarlanacak mesajın çözeceği sorun, mesaj ile iletilecek fayda ya da fırsatlar belirlenir. Moriarty ve arkadaşları mesajın belirlenebilmesi için beş strateji ileri sürmüşlerdir[213]:

[211] Bivins. **a.e.**, s:28.
[212] Scott M. Cutlip, Allen H. Center, Glen M. Broom. **Effective Public Relations**. New Jersey:Prentice Hall, 2000, s:33-41.
[213] Sandra Moriarty, Nancy D. Mitchell, William D. Wells. **Advertising:Principles and Practices**. New Jersey:Prentice Hall, 2008, s:37-42.

- **Bilgilendirme:**

Direkt olarak bilginin sunulduğu stratejidir. Bu strateji; çoğunlukla yeni bir hizmet ya da ürünün tanıtılmasında kullanılır. Örneğin bir sağlık kuruluşunun yeni uygulamaya başladığı tedavi yöntemi bilgi stratejisi ile duyurulur.

- **Kanıta Dayalı:**

Hedef kitlenin sonuca ulaşabilmesi için baştan sona takip edilmesi gereken karmaşık mesajlarda kullanılan mantığa dayalı bir stratejidir.

- **İmaj Oluşturma:**

Kişi, konu, kurum, ürün ya da hizmet tanıtımı için hafızalarda yer edinecek bir kimlik geliştirilmesinde kullanılan bir stratejidir. İmaj stratejisi ile markalaştırma çalışması yapılarak özelliği olan bir marka ön plana çıkarılır.

- **Duygulara Yönelik:**

Hedef kitlenin duygularına hitap ederek hedef kitleyi iknaya çalışan bir stratejidir. His uyandırmaya çalışan süslü anlatımlardan faydalanılır. Sağlık iletişimi çalışmalarında çoğunlukla kullanılan bir stratejidir. Hedef kitle üzerinde duygusal açıdan etki oluşturarak iknaya çalışılır.

- **Eğlendirici:**

Çoğunlukla reklam amaçlı tanıtımlarda kullanılan bir stratejidir. Ürüne, hizmete ya da kurumu dikkat çekebilmek için çeşitli teknikler kullanılır. Bu teknikler

ile hedef kitleyi eğlendirerek dikkat çekmek amaçlanır. Bir takım unsurlar yardımı ile mesaj eğlenceli hale getirilir.

- **Mesajın Biçiminin Düzenlenmesi:**

Sağlık iletişiminde medya seçimi yapıldıktan sonra, tercih edilen medyaya uygun mesaj biçiminin oluşturulması sürecidir[214].

- **Mesajın Yazımı:**

Mesajlar iki tür amaca hizmet eder. Birincisi bilgilendirici, diğeri ise ikna edici mesajlardır[215].

❖ **Bilgilendirici Mesaj Yazımı:**

Amaç tarafsız doğru bilgi vermektir. Genellikle ilk kez ortaya çıkan bir ürün ya da hizmetin hedef kitleye duyurulması amacı ile kullanılan bir yöntemdir. Konu ile ilgili objektif bilgiler verilir.

❖ **İkna Edici Mesaj Yazımı:**

Hedef kitleyi iknayı amaçlayan bir yöntemdir. Hedef kitleyi ikna edebilecek açık ve net ifadeler kullanılır. Hazırlanan mesaj ile hedef kitleyi etkilemek amaçlanır[216]. İkna edici mesaj yazımı üç temel aşamadan oluşur:

---

[214] Bivins. **Public Relations Writing:The Essentials of Style and Format**. s:37.
[215] Susan McCombie, Robert C. Hornik, John K. Anarfi. Effects of a Mass Media Campaign to Prevent AIDS among Young People in Ghana. Robert C. Hornik (ed). **Public Health Communication Evidence for Behavior Change**. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 2008, s:147-148.
[216] Charles U. Larson. **Persuasion:Reception and Responsibility**. USA:Cengage Learning, 2010, s:369-372.

- **Motivasyon aşamaları:**

  Bu aşama beş adımdan oluşur:

a)Dikkat:

Öncelikli olarak hedef kitlenin dikkatini çekmek amaçlanır. Mesajı etkili bir kelime, başlık ya da görsel ile sunarak dikkat uyandırmaya çalışılır. Sağlık iletişimi çalışmalarında çoğunlukla korku faktörü kullanılarak dikkat çekmeye çalışıldığı görülmektedir. Korku faktörü dikkat uyandırabileceği gibi mesajı tümden reddetmeye de neden olabilir.

b)İhtiyaç:

Konunun hedef kitle için neden önemli olduğu belirtilir. Konunun hedef kitle için sağlayacağı faydalar ön plana çıkarılarak ihtiyaç olduğu ileri sürülür.

c)Memnuniyet:

Mesaj ile verilmek istenen problem çözümü hedef kitleyi memnun edecek düzeyde olmalı.

d)Destek:

Alternatiflerin güçlüklerine işaret edilir ve çözüm yolları desteklenir.

e)Eylem:

Sonuç eylem olarak adlandırılır. Hedef kitle mesajı almış, konu ile ilgili bilgilenmiş, ikna olmuş ve eyleme geçmiştir[217].

- **Hedef kitle ve örneklerin oluşturulması:**

Hedef kitleye konunun öneminden bahsedilir. Hedef kitlenin ilgileri ile bağlantı kurulmaya çalışılır. Konu ile ilgili gerçek örnekler verilir[218]. Böylelikle mesaj örnekler ile desteklenmiş olur. Konunun önemi ifade edilir ve hedef kitleden beklenen eylem açıklanır.

- **Tutum değişikliğinde mesajın amacı:**

Hedef kitle üzerinde konu ile ilgili tutum değişikliği oluşturulması ya da önceden benimsenmiş tutumun pekiştirilmesi gerekir[219]. Örneğin sigara kullanımına karşı olumsuz tutum besleyen bireyin bu tutumu destekleyici mesajlar ile pekiştirilir.

3.5.3. Değerlendirme Aşaması

Bir sağlık iletişimi kampanyasının etkinliğini değerlendirebilmek için bazı yöntemler mevcuttur. Önemli olan doğru sonuç alabilmek için uygun yöntemi tercih edebilmektir. Bu yöntemlerden biri basın bültenleri ve makalelerin değerlendirilmesidir. Burada amaç; medyada konu ile ilgili ne kadar yer alındığını

[217] Michael S. Cole, Stanley G. Harris, Hubert S. Feild. Stages of Learning Motivation:Development and Validation of a Measure. **Journal of Applied Social Psychology**, 34 (7), 2004, s:1421-1456.
[218] Ronald E. Rice, Charles K. Atkin. Communication Campaigns:Theory, Design, Implementation and Evaluation. Jennings Bryant, Dolf Zillmann (eds). **Media Effects:Advances in Theory and Research**. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 2002, s:427-433.
[219] Perloff. **The Dynamics of Persuasion:Communication and Attitudes in the 21st Century**. s:184-187.

belirlemektir. Bu aşamada izlenecek en pratik yol; medyaya sunulan bültenlerin ne kadarının yayımlandığının saptanmasıdır. Bu yöntem ile mesajın etkinliği dikkate alınmamaktadır[220].

Diğer bir değerlendirme süreci ise; hangi medya kuruluşlarının bültenlerinizi yayımladığının saptanmasıdır[221].

Örneğin; kalp hastalıklarının tedavisinde uygulanmaya başlanan yeni bir tedavi yönteminin duyurulması amaçlanan bültenin 30 medya kuruluşuna gönderildiği düşünülürse; medya kuruluşlarının % 30'u bültene hiç yer vermiyor, % 50'si ara sıra yer veriyor, % 20'si ise sürekli yer veriyor şeklinde değerlendirilebilir. Bu sayede medya listesini yeniden oluşturmakta fayda olacaktır. Bu yöntemler ile medyada ne kadar yer bulunduğu saptanır. Ancak konu ile ilgili mesajın hedef kitle üzerindeki etkinliğini ölçmek için başka bazı yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemleri kısaca açıklamakta fayda vardır:

İçerik Analizi:

Amaç; medyada nasıl yer alındığını belirlemektir. Mesajların nasıl bir içerik ve üslupta yer aldığını belirleyecek sistematik bir yaklaşım uygulanır. Böylelikle hangi konulara ne kadar yer verildiği saptanır. Medyada yer bulan konular arasından sistematik olarak örnekler seçilir ve konu başlıklarına göre ayrılarak kategorize edilir[222].

[220] Snehendu B. Kar, Rina Alcalay, Shana Alex. Evaluation of Multicultural Health Communication. Snehendu B. Kar, Rina Alcalay, Shana Alex (eds). **Health Communication:A Multicultural Perspective**. USA:Sage Publications, 2001, s:311-315.
[221] Kaye Wellings. Evaluating AIDS Public Education in Europe:A Cross-National Comparison. Robert C. Hornik (ed). **Public Health Communication Evidence for Behavior Change**. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 2008, s:131-133.
[222] Smith. **Strategic Planning for Public Relations**. s:273-277.

Okuyucu İlgi Araştırmaları:

Bu yöntem ile okuyucuların hangi konulardan hoşlandığı belirlenir. Soru kağıdına içerik konularının karşısına "çok önemli", "biraz önemli", "hiç önemli değil" gibi ifadeler belirtilir[223]. Bu sayede hangi konuların okuyucular açısından daha önemli olduğu saptanır.

İçeriğin Hatırlanma Derecesi:

Bu yöntemde bir denek grubu ile görüşmeler yapılır. Yazılı basında hangi konu ve sayfaları okudukları sorulur. Dergi ve gazetelerde sayfalar tek tek gösterilerek hangi konuları ne kadar okudukları sorusuna yanıt aranır. Yazının ne kadarını okudukları ve konusu ayrıca verilen mesaj ile ne anladıkları sorulur[224].

Okunabilirlik Araştırmaları:

Bu araştırma yönteminde; mesajın üslup ve içerik açısından anlaşılır olup olmadığı saptanır. Araştırma ile çok heceli kelimeler, soyut ifadeler, yabancı sözcükler ve uzun cümleler gibi etkenler incelenir[225]. Denek grubun "neden bahsedildiğini anlayamıyorum şeklinde yanıtlar verdiği durumlarda mesaj içeriğinin tekrar düzenlenmesi gerektiği sonucu ortaya çıkar.

Odak Grup Araştırmaları:

Bu araştırma yöntemi ile; tutumlar, düşünceler ve stratejiler konusunda ön testler yapılır. Hedef kitleyi temsil eder nitelikte bir denek grubu seçilir. Bu seçilen gruba mesaj ile ilgili ön testler uygulanır. Böylelikle; mesajı algılama, kabul ya da reddetme gibi tepkiler ölçülür. Mesaj ile tutum değişikliği oluşup oluşmadığı

[223] Thomas W. Valente. Evaluating Communication Campaigns. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001, s:105-107.
[224] Leslie B. Snyder. How Effective are Mediated Health Campaigns. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001, s:181-190.
[225] Charles T. Salmon, Lisa Murray Johnson. Communication Campaign Effectiveness:Critical Distinctions. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001, s:168-175.

değerlendirilir[226]. Böylelikle direkt olarak geri bildirim imkanı sağlanır. Çıkan sonuçlara göre mesaja yönelik değişiklikler yapılır.

3.6. Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli (EPPM)

Sağlık iletişimi kampanyalarında çoğunlukla korku faktörü unsuru kullanılmaktadır. Korku faktörü unsuru kimi zaman bir mesaj olarak sunulmaktadır kimi zaman ise bir görsel ile vurgulanmaktadır. Çoğu zaman belirli sağlık davranışlarına yönlendirmek amacı ile korku faktörü içeren unsurların tercih edildiği görülmektedir[227]. Örneğin; sigara ve madde kullanımının zararlarını vurgulamak ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklara dikkat çekmek amaçlanırken çoğunlukla korku faktörüne başvurulmaktadır.

Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli sağlık iletişiminde korku faktörünün hangi durumlarda etkin hangi durumlarda etkisiz olduğunu saptamak amacı ile Kim Witte tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Witte bu modeli korku faktörü teorisinden hareket ile Leventhal'ın 1970 yılında geliştirdiği paralel süreç modelini temel alarak geliştirmiştir[228].

Genişletilmiş Paralel Süreç Modelinde algılanan fayda ve algılanan risk en önemli iki belirleyicidir[229]:

Algılanan riskin yüksek olması bireyin hastalığa yönelik korkusunu kontrol ettiğinin göstergesidir. Korkusunu kontrol edebilen bireyin hastalığa ilişkin risk algısı yüksek, davranışa yönelik algılanan fayda ise düşüktür. Dolayısı ile bu bireye korku faktörü içeren ya da risk – tehlike içeren mesajlar sunulmamalıdır. Hastalığın

[226] Thomas L. Greenbaum. **The Handbook for Focus Group Research**. USA:Sage Publications, 1998, s:33-42.
[227] Richard M. Perloff. **The Dynamics of Persuasion:Communication and Attitudes in the 21st Century**. Mahwaf, NJ:Lawrence Erlbaum, 2003, s:302-332.
[228] Kim Witte. Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). **Communication Monographs**, 1994, 61, 113-132.
[229] Kim Witte, Mike Allen. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. **Health Education & Behavior**. 2000, 27, 591-615.

önlenmesine yönelik yapılması gereken davranışa ilişkin faydayı içeren mesajlar tasarlanmalıdır. Böylelikle fayda algısı yükseltilmeye çalışılmalıdır.

Algılanan faydanın yüksek olması ise; bireyin hastalığın önlenmesi için yapılması gereken davranışa yönelik algısının yüksek olduğunun göstergesidir. Ancak hastalığa ilişkin risk algısı düşüktür. Kısacası kendisinin de potansiyel bir hasta adayı olduğunun bilincinde değildir. Dolayısı ile bu bireye korku faktörü ya da risk-tehlike içeren mesajlar tasarlanmalıdır.

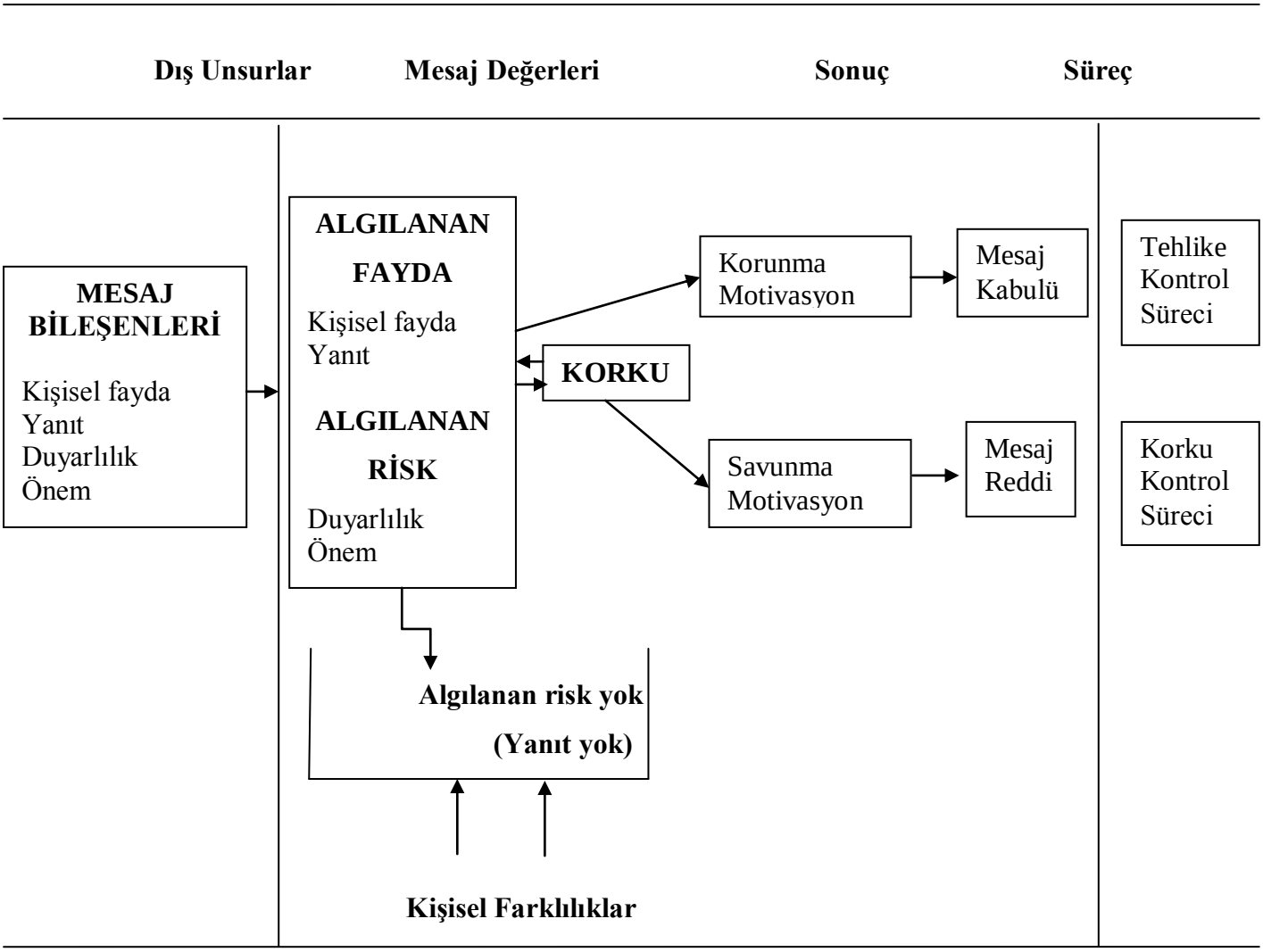
Risk Davranışı Belirleme Ölçeği de Geliştirilmiş Paralel Süreç Modeli temelinde geliştirilmiş bir ölçektir.

Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli farklı hastalıkları kapsayan araştırmalarda kullanılmıştır. Modelin kullanıldığı ilk araştırmalar şunlardır:

- Cilt kanseri (Stephenson ve Witte, 1998)
- HIV/AIDS (Casey, 1995; Murray, Hubbell, Witte, Sampson ve Morrison, 1998; Murray-Johnson, Witte, Liu ve Hubbel, 2001; Witte, 1992, 1994; Witte, Cameron, Lapinski ve Nzyuko, 1998; Witte ve Morrison, 1995)
- Genç gebelik (Witte, 1997)
- Meme kanseri (Kline, 1995)

Bu araştırmalar sonucunda elde edilmiş kuramsal sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Sağlık mesajlarında risk ve fayda başlıca iki faktördür.
- Risk yanıtın şiddetini belirler; fayda ise yanıtın doğasını belirler.
- Korku faktörü içeren mesajları sunan kampanyalar amaçlanan etkiyi yaratamazken, davranışa ait fayda içeren mesajları içeren kampanyalar etkinlik sağlar.
- Tehlike ya da riskler kültüre ya da hedef kitlelere göre farklılık gösterir.
- Tehlike tanımı hedef kitleye göre farklılık gösterir.



Şekil 11: Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli (Kim Witte. Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). **Communication Monographs**, 1994, 61, 113-132.)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE MESAJ TASARLAMADA KÜLTÜREL FAKTÖRLERİN ROLÜNÜN BELİRLENMESİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA

4.1. PROBLEM

Sağlık iletişiminde kişilerarası iletişim boyutunda sağlık personeli – hasta iletişiminin önemi farklı çalışmalar ile literatürde vurgulanmıştır. Hastaya yönelik doğru iletişim yaklaşımı ve doğru mesajın hastalıkların tedavisinde rol oynadığı bilinmektedir. Geniş kitlelere ulaşmak amacı ile tercih edilen hastalıklara yönelik sağlık iletişimi kampanyalarında doğru kanal ve doğru mesajların insanların hastalıklara yönelik risk algılarını arttırabileceği ve doğru davranışlar kazandırabileceği düşünülmektedir. Ancak sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitlenin sosyo-kültürel özellikleri yeterince araştırılmadan yürütülen kampanyaların amaçlanan etkiyi oluşturmayacağı bilinmektedir. Sağlık iletişimi kampanyalarında verilen mesajdan etkilenme düzeyinin sosyo-kültürel özelliklere göre farklılık gösterebileceğinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Türkiye'de sosyo-kültürel değişkenlere göre hastlıklara yönelik risk algısının ve etkin mesaj stratejilerinin araştırıldığı bir çalışmanın bulunmaması nedeni ile hangi kitlelere hangi mesajlar iletilmeli sorusu yanıtsız kalmaktadır. Bu araştırmanın çıkış noktası bu soruya yanıt aramaktır.

4.2. AMAÇ

Bu araştırma ile farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip kişilerin hastalıklara yönelik risk algıları belirlenerek, gerek kişilerarası iletişimin bir parçası olan sağlık personeli/hasta iletişimi, gerek ise sağlık iletişimi kampanyaları açısından etkin

mesaj stratejileri saptayarak, sağlık iletişimi uygulamalarına ışık tutmak amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Sosyo-kültürel değişkenlere göre hastalıklara yönelik risk algıları farklılık göstermekte midir?
- Sosyo-kültürel değişkenlere göre hangi tür mesajlar ile hastalıklara yönelik risk algısı arttırılabilir?
- Sosyo-kültürel değişkenlere göre mesajlardan etkilenme düzeyi farklılık göstermekte midir?
- Sosyo-kültürel değişkenlere göre hangi mesaj stratejileri kullanılarak sağlık iletişimi çalışmalarında etkinlik sağlanabilir?
- Sosyo-kültürel değişkenlere göre hastalıklar ile ilgili bilgi almada tercih edilen kaynaklar farklılık göstermekte midir?
- Sosyo-kültürel değişkenlere göre tercih edilen kaynaklara yönelik hangi mesaj stratejileri ile etkinlik sağlanabilir?

4.3. ÖNEM

Günümüzde hastalıkların tedavi yöntemlerinden çok hastalıkları önleme yolları önem kazanmaya başlamıştır. Hastalık nedenlerini ortaya koyan ve önleme yollarını ileri süren araştırmalar artış göstermektedir. Bu anlamda toplumu bilinçlendirmek amacı ile sağlık iletişimi kampanyalarının önemi de artmaktadır. Bu araştırma ile farklı sosyo-kültürel faktörler göz önüne alınarak doğru araç seçimi ve doğru mesaj stratejisi geliştirmeye yönelik olarak sağlık iletişimi çalışmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

4.4. SINIRLILIKLAR

Bu araştırma ile sağlık iletişimi çalışma alanına dahil olan kişilerarası iletişim boyutunda sağlık personeli/hasta iletişimine de ışık tutatacağı düşünülse de, sağlık

iletişiminde halkla ilişkiler faaliyetlerinde etkin mesaj stratejileri geliştirmek adına yapıldığından dolayı literatür bölümünde sağlık personeli/hasta iletişimine yönelik yöntemler üzerinde detaylı durulmamıştır. Türkiye'de yapılmış sosyo-kültürel değişkenlerin mesaj tasarlamaya yönelik rolünün incelendiği benzer bir araştırmaya rastlanmaması elde edilen bulguların karşılaştırılamamasına neden olmuştur. Ayrıca araştırma evreninin sadece İstanbul olarak belirlenmesi de bu araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

4.5. HİPOTEZ

Tanımlayıcı türde tasarlanmış olan bu araştırmada bağımlı ve bağımsız olmak üzere iki değişken grubu bulunmaktadır. Bağımlı değişkenler; algılan risk, algılanan fayda ve mesajdan etkilenme düzeyi iken; bağımsız değişkenler ise kültürel faktörlerin belirleyicisi olan eğitim durum, doğum yeri, 18 yaşına kadar büyünen yer, meslek, hane halkı sayısı, aylık gelir miktarı ve benzeri değişkenlerdir. Bu doğrultuda araştırmacının ileri sürdüğü hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

H_1: Hedef kitlenin kültürel özellikleri ile hastalığa ilişkin risk algısı arasında anlamlı bir fark vardır.

H_2: Hedef kitlenin kültürel özellikleri ile hastalığı önlemeye yönelik yapılması gereken davranışın algılanan faydası arasında anlamlı bir fark vardır.

H_3: Hedef kitlenin kültürel özellikleri ile mesajlardan etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

H_4: Hastalığı önlemeye yönelik yapılması gereken davranışın algılanan faydası yüksek kişilerin davranışa yönlendiren mesajlardan etkilenme düzeyi de yüksektir.

4.6. YÖNTEM

Bu çalışma İstanbul'da yaşayan tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiş 1515'i kadın 1536'sı erkek olmak üzere 3051 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma evreninin İstanbul oluşunun nedeni Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2009-2010 döneminde gerçekleştirmiş olduğu göç araştırması sonucunda İstanbul'un en fazla göç alan şehir olmasıdır[230]. Türkiye kapsamında farklı şehirleri temsil edebilecek güce sahip olması nedeni ile araştırma İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar aşağıda belirtilen özellikleri taşımaları koşulu ile çalışmaya dahil edilmiştir:

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Okuryazar olmak
- Kendisinin ya da hane halkından bir kişinin sağlık personeli olmaması.

Çalışmada Witte ve arkadaşları (Witte, Cameron, McKeon, & Berkowitz, 1996)[231] tarafından geliştirilen Risk Davranışı Belirleme Ölçeği (RBD) kullanılmıştır. Bu ölçek hangi mesaj içeriklerinin belirlenen hedef kitle üzerinde etkin olacağını saptamak amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek ilk olarak AIDS konusunda uygulanmış sonrasında farklı hastalık konularına uyarlanmıştır. Risk Davranışı Belirleme Ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Risk Davranışı Belirleme Ölçeği orijinalinde 7'li Likert olarak geliştirilmiş ancak yapılan literatür araştırması neticesinde araştırmalarda ölçeğin 5'li Likert olarak kullanıldığı saptanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin orijinal hali olan 7'li Likert yerine 5'li Likert (1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum) tipi ölçek kullanılmıştır. 5'li Likert ölçeğin tercih edilmesinin nedeni; 5'li Likert tipi ölçeğin daha yaygın olarak kullanılması ve katılımcılar açısından yanıtlanmasının daha kolay ve sağlıklı oluşudur. Witte ve arkadaşları tarafından

[230] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre göç alan illerin başında İstanbul geliyor. İstanbul'u Ankara ve Antalya izliyor. 2009-2010 döneminde İstanbul'a 439 bin 515 kişi yerleşmiştir. (http://www.tuik.gov.tr)

[231] Witte, K., Cameron, K., McKeon, J., & Berkowitz, J. (1996). Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale. **Journal of Health Communication**, 1, 317-341.

geliştirilen Risk Davranışı Belirleme Ölçeği araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen ölçek 50 kişiye pilot çalışma olarak uygulanmış ve araştırmacı tarafından geçerlilik-güvenilirliği hesaplanmıştır.

Risk Davranışı Belirleme Ölçeği'ne göre 1-6 arasındaki maddeler "algılanan fayda", 7-12 arasındaki maddeler ise "algılanan risk" bölümünü içermektedir. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar pozitif ya da negatif olarak değerlendirilmektedir:

Negatif puan: Kişinin hastalığa yönelik korkusunu kontrol ettiğinin göstergesidir. Korkusunu kontrol edebilen kişinin hastalığa ilişkin risk algısı yüksek, davranışa yönelik algılanan fayda ise düşüktür. Dolayısı ile bu kişiye korku faktörü içeren ya da risk – tehlike içeren mesajlar sunulmamalıdır. Hastalığın önlenmesine yönelik yapılması gereken davranışa ilişkin faydayı içeren mesajlar tasarlanmalıdır. Böylelikle fayda algısı yükseltilmeye çalışılmalıdır.

Pozitif puan: Kişinin hastalığın önlenmesi için yapılması gereken davranışa yönelik algısı yüksektir. Ancak hastalığa ilişkin risk algısı düşüktür. Kısacası kendisinin de potansiyel bir hasta adayı olduğunun bilincinde değildir. Dolayısı ile bu kişiye korku faktörü ya da risk-tehlike içeren mesajlar tasarlanmalıdır.

Bu araştırmada Risk Davranışı Belirleme Ölçeği üç farklı hastalığa uyarlanmıştır. Bu hastalıklar Türkiye İstatistik Kurumu'nun[232] açıklamış olduğu Türkiye'de en çok ölüme neden olan kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarıdır.

[232] TÜİK, bu yıl ilk kez ölüm nedeni istatistiklerini açıkladı. Buna göre kadınların yüzde 44'ü kalp hastalıkları, erkeklerin ise yüzde 41,2'si akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybediyor. 2009 yılında ilk defa olmak üzere, ölüm vakalarında ölüme sebebiyet veren ve ölümle ilgili tüm hastalıklar alandan derlenmekte, bu hastalıklar Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (UHS-10)'a göre kodlanmakta, ölümün altta yatan nedeni de Dünya Sağlık Örgütü kurallarına göre bulunmaktadır. Ölüme sebep olan ilk üç hastalık grubu sırası ile; % 39,9 ile dolaşım sistemi hastalıkları (Kalp-damar hastalıkları), % 20,7 ile habis urlar (Kanser), % 8,9 ile solunum sistemi hastalıklarıdır (Astım, Bronşit, Zatürre, KOAH vb.) (http://www.tuik.gov.tr)

Araştırmada kullanılan bir diğer ölçek ise; araştırmacı tarafından geliştirilen Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği'dir (2011) – Message Efficiency Diagnosis Scale (MED). Araştırmacı tarafından geliştirilen bu ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği'nde Türkiye'de en fazla ölüme neden olan hastalıklar ile ilgili farklı mesaj stratejileri kullanılmış ve bu ölçek mesajların etkinliğini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçekte kullanılan farklı mesaj stratejileri aşağıda sıralanmıştır:

- Korku faktörü içeren
- Umut veren
- Davranışa yönlendiren
- Hastalığa yol açan nedenleri içeren
- Tıbbi terminoloji içeren mesajlar.

Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği 5'li Likert (1-Çok düşük, 2-Ortanın biraz altında, 3-Orta, 4-Ortanın biraz üstünde, 5-Çok yüksek) olarak geliştirilmiştir. Ölçek öncelikli olarak 50 kişilik bir gruba pilot çalışma olarak uygulanmış ve geçerlilik-güvenilirliği araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. Yüksek derecede güvenilir bulunan ölçeklerin güvenilirlik analizleri kapsamında cronbach alfa katsayıları tablolar halinde Ek-2'de verilmiştir.

Tanımlayıcı türde bir araştırma olarak tasarlanmış bu araştırmada elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programı ile değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

4.7. BULGULAR

4.7.1. Ki – Kare Testleri

Tablo1- Eğitim Durumuna Göre Hastalıklar ile İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklar

Kaynaklar		Önlisansa kadar		Önlisans ve üzeri	
Kitap	**Evet**	7	4.0	961	82.6
	Hayır	1881	99.6	202	17.4
X^2=2248.229 sd=1 p=0.000*					
Hekim/Sağlık	**Evet**	74	3.9	1162	99.9
personeli	**Hayır**	1814	96.1	1	0.1
X^2=2751.831 sd=1 p=0.000*					
Aile	**Evet**	1881	99.6	1	0.1
bireyi/Arkadaş	**Hayır**	7	0.4	1162	99.9
X^2=3017.265 sd=1 p=0.000*					
Dergi	**Evet**	-	-	541	46.5
	Hayır	1888	100.0	622	53.5
X^2=1067.550 sd=1 p=0.000*					
Gazete	**Evet**	841	44.5	-	-
	Hayır	1047	55.5	1163	100.0
X^2=715.194 sd=1 p=0.000*					
İnternet	**Evet**	67	3.5	1163	100.0
	Hayır	1821	96.5	-	-
X^2=2782.433 sd=1 p=0.000*					
TV	**Evet**	714	37.8	-	-
	Hayır	1174	62.2	1163	100.0
X^2=574.195 sd=1 p=0.000*					
Sosyal medya	**Evet**	204	10.8	1163	100.0
	Hayır	1684	89.2	-	-
X^2=2315.227 sd=1 p=0.000*					

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı** ***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir**

Tablo1'de katılımcıların eğitim durumuna göre hastalıklar ile ilgili bilgiyi edindikleri kaynaklar karşılaştırılmıştır. Önlisans ve üzeri eğitim almış katılımcıların bilgi edindikleri kaynakların istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Önlisans ve üzeri eğitim almış katılımcıların çoğunlukla hastalıklar ile ilgili bilgiyi kitap (% 82.6), hekim/sağlık personeli (% 99.9), dergi (% 46.5), internet ve sosyal medyadan (% 100.0) edindikleri saptanmıştır. Önlisansa kadar eğitim almış katılımcıların ise çoğunlukla hastalıklar ile ilgili bilgiyi; aile bireyi/arkadaş (% 99.6) ve gazetelerden (% 44.5) edindikleri belirlenmiştir.

4.7.2. t Testleri – Risk Davranışı Belirleme Ölçeği

Tablo2- Cinsiyete Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Cinsiyet	n	X±ss	t	p
Kalp	**Kadın**	1515	2.50±11.00	-1.378	0.168
	Erkek	1536	3.05±11.08		
Kanser	**Kadın**	1515	1.99±9.63	1.749	0.080
	Erkek	1536	1.31±11.78		
Solunum yolu	**Kadın**	1515	3.24±11.14	2.415	0.016*
	Erkek	1536	2.25±11.52		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo2'de katılımcıların cinsiyete göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları ve kansere yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının ise cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo3- Doğum Yerine Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Doğum yeri	n	X±ss	t	p
Kalp	**İstanbul**	1154	-10.18±3.88	-125.556	0.000*
	İstanbul harici	1897	10.66±4.75		
Kanser	**İstanbul**	1154	-8.36±5.31	-58.053	0.000*
	İstanbul harici	1897	7.73±8.46		
Solunum yolu	**İstanbul**	1154	-8.00±4.94	-60.578	0.000*
	İstanbul harici	1897	9.28±8.89		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo3'te katılımcıların doğum yerine göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının doğum yerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo4- Hane Halkı Sayısına Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Hane halkı	n	X±ss	t	p
Kalp	**1-3 kişi**	964	-5.51±8.67	-32.755	0.000*
	4-7 kişi	2087	6.60±9.85		
Kanser	**1-3 kişi**	964	-6.66±7.94	-33.994	0.000*
	4-7 kişi	2087	5.48±9.69		
Solunum yolu	**1-3 kişi**	964	-6.89±7.12	-39.109	0.000*
	4-7 kişi	2087	7.20±10.09		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo4'te hane halkı sayısına göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hane halkı sayısına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo5- Aylık Gelire Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Aylık Gelir	n	X±ss	t	p
Kalp	**750-1500**	1942	10.03±5.77	97.178	0.000*
	1500↑	1109	-9.92±4.83		
Kanser	**750-1500**	1942	7.23±8.75	52.041	0.000*
	1500↑	1109	-8.12±5.92		
Solunum yolu	**750-1500**	1942	8.53±9.85	50.527	0.000*
	1500↑	1109	-7.38±4.74		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo5'te aylık gelire göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının aylık gelire göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo6- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Kitaplardan Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Kitap	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	968	-10.27±1.72	-75.165	0.000*
	Hayır	2083	8.84±7.82		
Kanser	**Evet**	968	-9.09±4.42	-51.206	0.000*
	Hayır	2083	6.64±9.07		
Solunum yolu	**Evet**	968	-8.25±3.86	-48.653	0.000*
	Hayır	2083	7.85±9.95		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo6'da hastalıklar ile ilgili bilgiyi kitaplardan edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan

ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi kitaplardan edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo7- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Hekim/Sağlık Personelinden Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Hekim/Sağlık personeli	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	1236	-9.61±5.04	-136.0.19	0.000*
	Hayır	1815	11.21±3.42		
Kanser	**Evet**	1236	-8.20±5.03	-63.592	0.000*
	Hayır	1815	8.36±8.16		
Solunum yolu	**Evet**	1236	-7.54±5.48	-62.417	0.000*
	Hayır	1815	9.75±8.63		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo7'de hastalıklar ile ilgili bilgiyi hekim/sağlık personelinden edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi hekim/sağlık personelinden edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo8- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Aile Bireyi/Arkadaştan Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Aile bireyi/Arkadaş	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	1882	11.17±3.36	203.734	0.000*
	Hayır	1169	-10.74±1.87		
Kanser	**Evet**	1882	8.20±8.06	67.134	0.000*
	Hayır	1169	-8.90±4.21		
Solunum yolu	**Evet**	1882	9.76±8.47	70.015	0.000*
	Hayır	1169	-8.55±3.62		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo8'de hastalıklar ile ilgili bilgiyi aile bireyi/arkadaştan edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi aile bireyi/arkadaştan edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo9- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Dergilerden Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Dergi	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	541	-10.11±1.44	-35.638	0.000*
	Hayır	2510	5.55±10.20		
Kanser	**Evet**	541	-9.18±4.20	-29.135	0.000*
	Hayır	2510	3.98±10.32		
Solunum yolu	**Evet**	541	-7.82±3.78	-26.510	0.000*
	Hayır	2510	5.02±11.13		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo9'da hastalıklar ile ilgili bilgiyi dergilerden edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi dergilerden edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo10- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Gazetelerden Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Gazete	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	841	10.78±3.67	27.626	0.000*
	Hayır	2210	-0.26±11.38		
Kanser	**Evet**	841	6.80±10.91	17.043	0.000*
	Hayır	2210	-0.31±10.05		
Solunum yolu	**Evet**	841	7.70±10.82	15.446	0.000*
	Hayır	2210	0.86±10.96		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo10'da hastalıklar ile ilgili bilgiyi gazetelerden edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi gazetelerden edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo11- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi İnternetten Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	İnternet	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	1230	-9.61±5.08	-131.759	0.000*
	Hayır	1821	11.14±3.61		
Kanser	**Evet**	1230	-7.78±6.39	-57.199	0.000*
	Hayır	1821	8.02±814		
Solunum yolu	**Evet**	1230	-7.45±5.94	-60.621	0.000*
	Hayır	1821	9.63±8.59		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo11'de hastalıklar ile ilgili bilgiyi internetten edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi internetten edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo12- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi TV'den Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	TV	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	714	12.97±4.00	32.800	0.000*
	Hayır	2337	-0.33±10.62		
Kanser	**Evet**	714	12.08±4.03	35.001	0.000*
	Hayır	2337	-1.53±10.15		
Solunum yolu	**Evet**	714	14.24±2.96	37.348	0.000*
	Hayır	2337	-0.76±10.61		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo12'de hastalıklar ile ilgili bilgiyi Tv'den edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi Tv'den edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo13- Hastalıklar ile İlgili Bilgiyi Sosyal Medyadan Edinmeye Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Sosyal Medya	n	X±ss	t	p
Kalp	**Evet**	1367	-7.64±7.61	-89.353	0.000*
	Hayır	1684	11.23±3.74		
Kanser	**Evet**	1367	-6.60±7.02	-52.636	0.000*
	Hayır	1684	8.34±8.38		
Solunum yolu	**Evet**	1367	-5.70±7.70	-50.037	0.000*
	Hayır	1684	9.60±8.93		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo13'te hastalıklar ile ilgili bilgiyi sosyal medyadan edinenler ile edinmeyenlere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının hastalıklar ile ilgili bilgiyi sosyal medyadan edinenler ile edinmeyenler arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo14- Büyünen Yere Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Büyünen yer	n	X±ss	t	p
Kalp	**Köy-kasaba**	1543	11.35±3.89	70.123	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	-5.99±8.88		
Kanser	**Köy-kasaba**	1543	7.92±8.63	40.237	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	-4.76±8.79		
Solunum yolu	**Köy-kasaba**	1543	9.29±9.27	39.761	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	-3.95±9.13		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo14'te katılımcıların büyüdükleri yere göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu

hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının katılımcıların büyüdükleri yere göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05).

Tablo15- Hastalık Durumuna Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Hastalık	n	X±ss	t	p
Kalp	**Kalp hastalığı var**	1096	6.23±9.48	13.311	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	0.84±11.37		
Kanser	**Kanser hastalığı var**	823	1.80±12.12	0.481	0.631
	Kanser hastalığı yok	2228	1.59±10.23		
Solunum yolu	**Solunum yolu hastalığı var**	1048	4.66±12.08	6.815	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	1.74±10.80		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo15'te katılımcıların kendilerinde ya da yakınlarında konu ile ilgili bir hastalığı olma durumuna göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Kendisinde ya da yakınında kanser hastalığı olan katılımcıların risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05). Kendisinde ya da yakınında kalp ya da solunum yolu hastalığı olan katılımcıların risk davranışı belirleme puan ortalamasının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05).

Tablo16- Sağlık Davranışına Göre Risk Davranışı Belirleme

Konu	Davranış	n	X±ss	t	p
Kalp	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	-8.30±6.50	-50.904	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	7.82±8.75		
Kanser	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	-2.33±10.88	-21.847	0.000*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	5.58±9.09		
Solunum yolu	**Sigara kullanıyor**	1736	1.42±10.74	-7.476	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	4.49±11.87		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo16'da katılımcıların gerçekleştirdiği sağlık davranışına göre kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Fiziksel aktivite yapanlar ile fiziksel aktivite yapmayanların kalp hastalıkları konusunda risk davranışı belirleme puan ortalamasının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlıklı beslenmeye özen gösteren katılımcılar ile sağlıklı beslenmeye özen göstermeyen katılımcıların kansere yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara kullanan ve sigara kullanmayan katılımcıların solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$)

4.7.3. Anova Testleri – Risk Davranışı Belirleme Ölçeği

Tablo17- Eğitim Durumuna Göre Kalp Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	-0.56	0.14	0.002*	8015.776
	Lise	2.80	0.22	0.000*	
	Önlisans	21.44	0.43	0.000*	
	Lisans	21.88	0.14	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	22.15	0.26	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	3.37	0.21	0.000*	
	Önlisans	22.00	0.43	0.000*	
	Lisans	22.44	0.13	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	22.72	0.25	0.000*	
Lise	**Önlisans**	18.63	0.46	0.000*	
	Lisans	19.07	0.21	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	19.34	0.30	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	0.43	0.43	0.911	
	Yüksek lisans/Doktora	0.71	0.48	0.679	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	0.27	0.25	0.896	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 17'de eğitim durumuna göre kalp hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Önlisans düzeyine kadar tüm eğitim durumlarına göre kalp hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Önlisans ve üzeri eğitim almış katılımcıların eğitim durumuna göre kalp hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo18- Eğitim Durumuna Göre Kansere Yönelik Risk Davranışı Belirleme

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	-6.61	0.31	0.000*	1211.241
	Lise	-8.57	0.47	0.000*	
	Önlisans	11.80	0.92	0.000*	
	Lisans	12.41	0.31	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	15.34	0.56	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	-1.95	0.45	0.000*	
	Önlisans	18.42	0.91	0.000*	
	Lisans	19.02	0.28	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	21.96	0.54	0.000*	
Lise	**Önlisans**	20.37	0.98	0.000*	
	Lisans	20.98	0.45	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	23.92	0.65	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	0.60	0.91	0.985	
	Yüksek lisans/Doktora	3.54	1.02	0.008*	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	2.93	0.54	0.000*	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 18'de eğitim durumuna göre kansere yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Önlisans düzeyine kadar tüm eğitim durumlarına göre kansere yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Önlisans ve lisans eğitimi almış katılımcıların eğitim durumuna göre kansere yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Önlisans ile yüksek lisans/doktora ya da lisans ile yüksek lisans/doktora eğitimi almış katılımcılar arasında kansere yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo19- Eğitim Durumuna Göre Solunum Yolu Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	-4.63	0.33	0.000*	1121.112
	Lise	-5.91	0.51	0.000*	
	Önlisans	14.37	0.99	0.000*	
	Lisans	15.46	0.33	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	14.59	0.60	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	-1.27	0.49	0.102	
	Önlisans	19.00	0.98	0.000*	
	Lisans	20.10	0.30	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	19.22	0.59	0.000*	
Lise	**Önlisans**	20.28	1.06	0.000*	
	Lisans	21.38	0.49	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	20.50	0.70	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	1.09	0.98	0.876	
	Yüksek lisans/Doktora	0.22	1.10	1.000	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	-0.87	0.59	0.683	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 19'da eğitim durumuna göre solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. İlköğretim ile lise ve önlisans ile lisans eğitimi almış katılımcıların solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Solunum yolu hastalıklarına yönelik risk davranışı belirleme puan ortalamasının diğer eğitim durumları arasında istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

4.7.4. t Testleri – Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği

Tablo20- Cinsiyete Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Cinsiyet	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Kadın**	1515	11.18±4.40	4.351	0.000*
	Erkek	1536	10.42±5.21		
Umutlandırıcı	**Kadın**	1515	10.45±4.54	0.626	0.531
	Erkek	1536	10.35±3.84		
Yönlendirici	**Kadın**	1515	11.25±3.23	7.336	0.000*
	Erkek	1536	10.40±3.19		
Nedene bağlı	**Kadın**	1515	9.26±4.78	4.630	0.000*
	Erkek	1536	8.47±4.58		
Tıbbi terminoloji	**Kadın**	1515	4.07±1.76	-1.873	0.061
	Erkek	1536	4.20±2.26		
Toplam skor	**Kadın**	1515	46.22±6.41	8.830	0.000*
	Erkek	1536	43.86±8.21		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 20'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler cinsiyete göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Tablo 44'e bakıldığında korku faktörü içeren mesajların cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların korku faktörü içeren mesajlardan etkilenme düzeyi erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Kadınların sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan erkeklere oranla daha fazla etkilendiği saptanmıştır ($p<0.05$). Elde edilen verilere bakıldığında; hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği mesajlardan etkilenme düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadınların nedene yönelik mesajlardan erkeklere oranla daha fazla etkilendikleri görülmüştür.

Tablo21- Doğum Yerine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Doğum yeri	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**İstanbul**	1154	5.54±2.31	-88.155	0.000*
	İstanbul harici	1897	13.99±2.71		
Umutlandırıcı	**İstanbul**	1154	6.72±2.13	-51.536	0.000*
	İstanbul harici	1897	12.64±3.52		
Yönlendirici	**İstanbul**	1154	8.23±1.71	-43.868	0.000*
	İstanbul harici	1897	12.40±2.93		
Nedene bağlı	**İstanbul**	1154	14.40±1.72	128.798	0.000*
	İstanbul harici	1897	5.49±1.92		
Tıbbi terminoloji	**İstanbul**	1154	5.89±2.31	50.349	0.000*
	İstanbul harici	1897	3.07±0.59		
Toplam skor	**İstanbul**	1154	40.80±4.64	-27.233	0.000*
	İstanbul harici	1897	47.61±7.68		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 21'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler doğum yerine göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin doğum yerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). İstanbul haricinde bir şehirde dünyaya gelmiş katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). İstanbul'da dünyaya gelmiş katılımcıların ise; hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo22- Hane Halkı Sayısına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Hane halkı sayısı	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**1-3 kişi**	964	7.63±4.36	-27.420	0.000*
	4-7 kişi	2087	12.26±4.31		
Umutlandırıcı	**1-3 kişi**	964	7.56±3.21	-28.571	0.000*
	4-7 kişi	2087	11.72±3.95		
Yönlendirici	**1-3 kişi**	964	9.39±2.71	-17.400	0.000*
	4-7 kişi	2087	11.48±3.25		
Nedene bağlı	**1-3 kişi**	964	12.35±4.18	32.204	0.000*
	4-7 kişi	2087	7.25±4.00		
Tıbbi terminoloji	**1-3 kişi**	964	5.21±2.51	21.168	0.000*
	4-7 kişi	2087	3.64±1.52		
Toplam skor	**1-3 kişi**	964	42.14±6.53	-15.075	0.000*
	4-7 kişi	2087	46.37±7.49		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 22'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hane halkı sayısına göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin hane halkı sayısına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hane halkı sayısı 1 – 3 arasında değişen katılımcıların hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Hane halkı sayısı 4 ve üzerinde olan katılımcıların ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo23- Aylık Gelir Miktarına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Aylık gelir	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**750-1500 TL**	1942	13.55±3.07	63.469	0.000*
	1500 TL ↑	1109	5.96±3.34		
Umutlandırıcı	**750-1500 TL**	1942	12.12±4.03	35.519	0.000*
	1500 TL ↑	1109	7.39±2.43		
Yönlendirici	**750-1500 TL**	1942	11.91±3.20	27.335	0.000*
	1500 TL ↑	1109	8.91±2.31		
Nedene bağlı	**750-1500 TL**	1942	6.01±2.83	-74.697	0.000*
	1500 TL ↑	1109	13.86±2.72		
Tıbbi terminoloji	**750-1500 TL**	1942	3.14±0.51	-47.131	0.000*
	1500 TL ↑	1109	5.88±2.46		
Toplam skor	**750-1500 TL**	1942	46.75±8.14	17.614	0.000*
	1500 TL ↑	1109	42.03±4.80		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 23'te mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler aylık gelir miktarına göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin aylık gelir miktarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Aylık geliri 750 – 1500 TL arasında değişen katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aylık geliri 1500 TL'nin üzerinde olan katılımcıların ise hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo24- Kaynak Olarak Kitap Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Kitap	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	968	5.97±2.08	-51.077	0.000*
	Hayır	2083	13.03±4.05		
Umutlandırıcı	**Evet**	968	6.55±2.10	-43.995	0.000*
	Hayır	2083	12.19±3.71		
Yönlendirici	**Evet**	968	8.32±1.74	-34.121	0.000*
	Hayır	2083	11.98±3.12		
Nedene bağlı	**Evet**	968	14.50±1.42	78.245	0.000*
	Hayır	2083	6.24±3.13		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	968	5.69±2.18	33.835	0.000*
	Hayır	2083	3.41±1.47		
Toplam skor	**Evet**	968	41.05±4.41	-21.534	0.000*
	Hayır	2083	46.89±7.86		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 24'te mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi kitaplardan edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak kitap tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi kitaplardan edinen katılımcıların hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Kaynak olarak kitabı tercih etmeyen katılımcıların ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo25- Kaynak Olarak Hekim/Sağlık Personeli Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Hekim/Sağlık personeli	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	1236	5.98±3.04	-79.477	0.000*
	Hayır	1815	14.07±2.55		
Umutlandırıcı	**Evet**	1236	7.19±2.69	-44.716	0.000*
	Hayır	1815	12.5±3.60		
Yönlendirici	**Evet**	1236	8.63±2.17	-37.096	0.000*
	Hayır	1815	12.31±2.99		
Nedene bağlı	**Evet**	1236	14.12±2.32	131.867	0.000*
	Hayır	1815	5.28±1.36		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	1236	5.81±2.33	51.376	0.000*
	Hayır	1815	3.00±0.00		
Toplam skor	**Evet**	1236	41.75±4.91	-21.538	0.000*
	Hayır	1815	47.27±8.06		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 25'te mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi hekim/sağlık personelinden edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak hekim/sağlık personeli tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi hekim/sağlık personelinden edinen katılımcıların hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Kaynak olarak hekim/sağlık personelini tercih etmeyen katılımcıların ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo26- Kaynak Olarak Aile Bireyi/Arkadaş Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Aile bireyi/Arkadaş	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	1882	14.11±2.51	96.746	0.000*
	Hayır	1169	5.46±2.20		
Umutlandırıcı	**Evet**	1882	12.67±3.57	51.889	0.000*
	Hayır	1169	6.75±2.00		
Yönlendirici	**Evet**	1882	12.41±2.98	43.771	0.000*
	Hayır	1169	8.26±1.59		
Nedene bağlı	**Evet**	1882	5.31±1.34	-186.798	0.000*
	Hayır	1169	14.58±1.31		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	1882	3.00±0.00	-56.189	0.000*
	Hayır	1169	5.97±2.29		
Toplam skor	**Evet**	1882	47.51±8.01	25.639	0.000*
	Hayır	1169	41.04±4.05		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 26'da mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi aile bireyi/arkadaştan edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak aile bireyi/arkadaş tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kaynak olarak aile bireyi/arkadaşı tercih eden katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Kaynak olarak aile bireyi/arkadaşı tercih etmeyen katılımcıların ise; hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo27- Kaynak Olarak Dergi Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Dergi	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	541	6.22±2.16	-26.940	0.000*
	Hayır	2510	11.78±4.68		
Umutlandırıcı	**Evet**	541	6.46±2.06	-26.627	0.000*
	Hayır	2510	11.25±4.06		
Yönlendirici	**Evet**	541	8.60±1.99	-18.464	0.000*
	Hayır	2510	11.30±3.26		
Nedene bağlı	**Evet**	541	14.26±1.29	34.772	0.000*
	Hayır	2510	7.70±4.34		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	541	5.36±2.21	16.082	0.000*
	Hayır	2510	3.87±1.88		
Toplam skor	**Evet**	541	40.93±4.26	-14.581	0.000*
	Hayır	2510	45.92±7.71		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 27'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi dergileren edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak dergi tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi dergilerden edinen katılımcıların hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Kaynak olarak dergileri tercih etmeyen katılımcıları ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo28- Kaynak Olarak Gazete Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Gazete	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	841	13.65±2.99	21.615	0.000*
	Hayır	2210	9.71±4.96		
Umutlandırıcı	**Evet**	841	11.66±3.93	10.360	0.000*
	Hayır	2210	9.92±4.21		
Yönlendirici	**Evet**	841	11.17±2.96	3.684	0.000*
	Hayır	2210	10.69±3.33		
Nedene bağlı	**Evet**	841	5.15±1.48	-30.847	0.000*
	Hayır	2210	10.28±4.73		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	841	3.00±0.00	-20.414	0.000*
	Hayır	2210	4.57±2.23		
Toplam skor	**Evet**	841	44.65±8.52	-1.779	0.075
	Hayır	2210	45.18±7.02		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 28'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi gazetelerden edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak gazete tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi gazetelerden edinen katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Kaynak olarak gazeteleri tercih etmeyen katılımcıların ise; hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo29- Kaynak Olarak İnternet Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	İnternet	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	1230	5.49±2.05	-114.336	0.000*
	Hayır	1821	14.38±2.13		
Umutlandırıcı	**Evet**	1230	6.49±2.03	-65.335	0.000*
	Hayır	1821	13.04±3.09		
Yönlendirici	**Evet**	1230	8.04±1.64	-54.614	0.000*
	Hayır	1821	12.70±2.66		
Nedene bağlı	**Evet**	1230	14.28±1.78	164.270	0.000*
	Hayır	1821	5.20±1.27		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	1230	5.83±2.33	51.771	0.000*
	Hayır	1821	3.00±0.00		
Toplam skor	**Evet**	1230	40.16±5.17	-35.147	0.000*
	Hayır	1821	48.33±6.95		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 29'da mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi internetten edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak internet tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi internetten edinen katılımcıların hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Kaynak olarak interneti tercih etmeyen katılımcıların ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo30- Kaynak Olarak TV Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	TV	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	714	15.00±0.00	30.198	0.000*
	Hayır	2337	9.51±4.85		
Umutlandırıcı	**Evet**	714	14.41±0.79	34.171	0.000*
	Hayır	2337	9.18±4.06		
Yönlendirici	**Evet**	714	13.54±1.42	28.880	0.000*
	Hayır	2337	9.99±3.19		
Nedene bağlı	**Evet**	714	4.84±1.07	-29.606	0.000*
	Hayır	2337	10.09±4.69		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	714	3.00±0.00	-18.050	0.000*
	Hayır	2337	4.48±2.20		
Toplam skor	**Evet**	714	50.80±2.62	26.074	0.000*
	Hayır	2337	43.27±7.58		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 30'da mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi TV'den edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak TV tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi TV'den edinen katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Kaynak olarak TV'yi tercih etmeyen katılımcıların ise; hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo31- Kaynak Olarak Sosyal Medya Tercihine Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Sosyal medya	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Evet**	1367	6.44±3.45	-76.229	0.000*
	Hayır	1684	14.33±2.21		
Umutlandırıcı	**Evet**	1367	7.34±3.20	-47.841	0.000*
	Hayır	1684	12.88±3.16		
Yönlendirici	**Evet**	1367	8.74±2.60	-39.064	0.000*
	Hayır	1684	12.51±2.68		
Nedene bağlı	**Evet**	1367	13.45±3.00	102.258	0.000*
	Hayır	1684	5.14±1.29		
Tıbbi terminoloji	**Evet**	1367	5.54±2.37	44.083	0.000*
	Hayır	1684	3.00±0.00		
Toplam skor	**Evet**	1367	41.54±6.43	-25.653	0.000*
	Hayır	1684	47.87±7.03		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 31'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler hastalıklar ile ilgili bilgiyi sosyal medyadan edinmeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin kaynak olarak sosyal medya tercihine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalıklar ile ilgili bilgiyi sosyal medyadan edinen katılımcıların hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Kaynak olarak sosyal medyayı tercih etmeyenlerin ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo32- Kalp Hastalığı Olup Olmamasına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Hastalık	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Kalp hastalığı var**	1096	13.29±3.04	23.122	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	9.4±5.09		
Umutlandırıcı	**Kalp hastalığı var**	1096	12.35±3.01	20.405	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	9.31±4.38		
Yönlendirici	**Kalp hastalığı var**	1096	12.77±2.11	27.771	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	9.73±3.25		
Nedene bağlı	**Kalp hastalığı var**	1096	7.32±3.61	-14.013	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	9.73±5.01		
Tıbbi terminoloji	**Kalp hastalığı var**	1096	3.72±1.96	-8.513	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	4.37±2.03		
Toplam skor	**Kalp hastalığı var**	1096	49.47±3.08	27.411	0.000*
	Kalp hastalığı yok	1955	42.55±8.03		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 32'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler kendisi ya da bir yakınında kalp hastalığı olup olmamaya göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin hastalık durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kalp hastalığı olan katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Kalp hastalığı olmayan katılımcıların ise; hastalığa yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo33- Kanser Hastalığı Olup Olmamaya Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Hastalık	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Kanser hastalığı var**	823	10.77±4.67	-0.159	0.873
	Kanser hastalığı yok	2228	10.80±4.90		
Umutlandırıcı	**Kanser hastalığı var**	823	10.92±3.67	4.122	0.000*
	Kanser hastalığı yok	2228	10.21±4.37		
Yönlendirici	**Kanser hastalığı var**	823	11.38±2.55	5.842	0.000*
	Kanser hastalığı yok	2228	10.61±3.44		
Nedene bağlı	**Kanser hastalığı var**	823	9.55±4.46	4.958	0.000*
	Kanser hastalığı yok	2228	8.61±4.76		
Tıbbi terminoloji	**Kanser hastalığı var**	823	4.94±2.81	13.716	0.000*
	Kanser hastalığı yok	2228	3.84±1.55		
Toplam skor	**Kanser hastalığı var**	823	47.59±3.95	11.721	0.000*
	Kanser hastalığı yok	2228	44.09±8.20		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 33'te mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler kendisi ya da bir yakınında kanser hastalığı olup olmamaya göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin hastalık durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kanser olan katılımcıların umut veren, sağlık davranışına yönlendiren, hastalığa yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Korku faktörü içeren mesajlardan etkilenme düzeyinin ise kanser hastalığı olup olmamasına göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo34- Solunum Yolu Hastalığı Olup Olmamaya Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Hastalık	n	X±ss	t	p
Korkutucu	Solunum yolu hastalığı var	1048	13.71±2.66	26.725	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	9.27±5.01		
Umutlandırıcı	Solunum yolu hastalığı var	1048	11.87±3.15	14.371	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	9.64±4.47		
Yönlendirici	Solunum yolu hastalığı var	1048	12.35±1.88	20.042	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	10.02±3.51		
Nedene bağlı	Solunum yolu hastalığı var	1048	6.91±4.05	-17.438	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	9.89±4.69		
Tıbbi terminoloji	Solunum yolu hastalığı var	1048	3.12±0.49	-21.332	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	4.67±2.31		
Toplam skor	Solunum yolu hastalığı var	1048	47.98±3.29	16.418	0.000*
	Solunum yolu hastalığı yok	2003	43.50±8.50		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 34'te mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler kendisi ya da bir yakınında solunum yolu hastalığı olup olmamaya göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin hastalık durumuna göre

istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Solunum yolu hastalığı olan katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Solunum hastalığı olmayan katılımcıların ise; hastalığa yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo35- Fiziksel Aktivite Davranışına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Davranış	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	7.01±3.83	-34.274	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	12.52±4.23		
Umutlandırıcı	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	7.72±2.72	-26.366	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	11.63±4.19		
Yönlendirici	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	9.07±1.94	-21.589	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	11.62±3.40		
Nedene bağlı	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	13.12±3.50	42.692	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	6.92±3.81		
Tıbbi terminoloji	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	6.06±2.63	46.024	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	3.26±0.62		
Toplam skor	**Fiziksel aktivite yapıyor**	955	43.00±4.34	-10.322	0.000*
	Fiziksel aktivite yapmıyor	2096	45.96±8.36		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 35'te mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler fiziksel aktivite yapıp yapmamaya göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin davranışı gerçekleştirmeye göre istatistiksel olarak

farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Fiziksel aktivite yapan katılımcıların hastalığa yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo36- Sağlıklı Beslenme Davranışına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Davranış	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	9.49±4.93	-15.374	0.000*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	12.08±4.37		
Umutlandırıcı	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	9.75±4.02	-8.660	0.000*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	11.05±4.29		
Yönlendirici	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	10.41±2.73	-7.044	0.000*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	11.23±3.63		
Nedene bağlı	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	10.63±4.69	22.301	0.000*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	7.11±4.00		
Tıbbi terminoloji	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	5.01±2.52	26.277	0.000*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	3.27±0.61		
Toplam skor	**Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor**	1516	45.31±5.68	2.012	0.044*
	Sağlıklı beslenmeye dikkat etmiyor	1535	44.77±8.88		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 36'da mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler sağlıklı beslenip beslenmemeye göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin davranışı gerçekleştirmeye göre istatistiksel olarak

farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05). Sağlıklı beslenmeye özen gösteren katılımcıların hastalığa yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür (p<0.05). Sağlıklı beslenmeye özen göstermeyen katılımcıların ise; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo37- Sigara Kullanımı Davranışına Göre Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Mesaj stratejisi	Davranış	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Sigara kullanıyor**	1736	9.92±4.78	-11.751	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	11.95±4.67		
Umutlandırıcı	**Sigara kullanıyor**	1736	9.23±4.43	-18.655	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	11.95±3.31		
Yönlendirici	**Sigara kullanıyor**	1736	10.45±3.50	-7.224	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	11.30±2.80		
Nedene bağlı	**Sigara kullanıyor**	1736	9.85±4.60	13.753	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	7.56±4.49		
Tıbbi terminoloji	**Sigara kullanıyor**	1736	4.31±2.16	5.349	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	3.91±1.82		
Toplam skor	**Sigara kullanıyor**	1736	43.78±8.57	-10.878	0.000*
	Sigara kullanmıyor	1315	46.69±5.24		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 37'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin davranışı gerçekleştirmeye göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05). Sigara kullanan katılımcıların hastalığa yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür (p<0.05). Sigara kullanmayan katılımcıların ise; korku faktörü içeren,

umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo38- Büyünen Yere Mesaj Etkinliğini Belirleyen Stratejiler

Konu	Büyünen yer	n	X±ss	t	p
Korkutucu	**Köy-kasaba**	1543	15.00±0.00	101.337	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	6.50±3.29		
Umutlandırıcı	**Köy-kasaba**	1543	13.79±1.08	77.382	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	6.94±3.30		
Yönlendirici	**Köy-kasaba**	1543	13.20±1.50	60.810	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	8.39±2.70		
Nedene bağlı	**Köy-kasaba**	1543	4.87±1.01	-92.298	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	12.94±3.27		
Tıbbi terminoloji	**Köy-kasaba**	1543	3.00±0.00	-38.168	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	5.30±2.37		
Toplam skor	**Köy-kasaba**	1543	49.87±2.51	47.832	0.000*
	Merkez-Büyükşehir	1508	40.09±7.61		

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 38'de mesaj etkinliğini belirleyen stratejiler 18 yaşına kadar büyünen yere göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; mesaj stratejilerinin büyünen yere göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). 18 yaşına kadar köy ya da kasabada büyümüş olan katılımcıların korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). 18 yaşına kadar merkez ya da büyükşehirde büyümüş olan katılımcıların ise hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajlardan daha yüksek düzeyde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$).

4.7.5. Anova Testleri – Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği

Tablo39- Korku Faktörü İçeren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	0.00	0.69	1.000	6702.266
	Lise	7.26	0.10	0.000*	
	Önlisans	9.89	0.20	0.000*	
	Lisans	9.77	0.06	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	8.27	0.12	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	7.26	0.10	0.000*	
	Önlisans	9.89	0.20	0.000*	
	Lisans	9.77	0.06	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	8.27	0.12	0.000*	
Lise	**Önlisans**	2.63	0.22	0.000*	
	Lisans	2.50	0.10	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	1.00	0.14	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	-0.12	0.20	0.991	
	Yüksek lisans/Doktora	-1.62	0.23	0.000*	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	-1.50	0.12	0.000*	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 39'da korku faktörü içeren mesajlardan etkilenme düzeyi eğitim durumuna göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; korku faktörü içeren mesajlardan etkilenme düzeyinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Okuryazar ve ilköğretim mezunlarının, önlisans ve lisans mezunlarının korku faktörü içeren mesajlardan etkilenme düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo40- Umut Veren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	0.90	0.80	0.000*	3556.553
	Lise	10.30	0.12	0.000*	
	Önlisans	8.11	0.23	0.000*	
	Lisans	7.99	0.08	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	5.68	0.14	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	9.39	0.11	0.000*	
	Önlisans	7.21	0.23	0.000*	
	Lisans	7.09	0.07	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	4.77	0.14	0.000*	
Lise	**Önlisans**	-2.18	0.25	0.000*	
	Lisans	-2.30	0.11	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-4.62	0.16	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	-0.11	0.23	0.996	
	Yüksek lisans/Doktora	-2.43	0.26	0.000*	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	-2.31	0.14	0.000*	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 40'da umut veren mesajlardan etkilenme düzeyi eğitim durumuna göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; umut veren mesajlardan etkilenme düzeyinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Önlisans ve lisans mezunlarının umut veren mesajlardan etkilenme düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo41- Davranışa Yönlendiren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	0.11	0.08	0.735	1733.243
	Lise	7.47	0.12	0.000*	
	Önlisans	5.29	0.24	0.000*	
	Lisans	5.12	0.08	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	5.43	0.14	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	7.36	0.12	0.000*	
	Önlisans	5.17	0.24	0.000*	
	Lisans	5.00	0.07	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	5.31	0.14	0.000*	
Lise	**Önlisans**	-2.18	0.26	0.000*	
	Lisans	-2.35	0.12	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-2.04	0.17	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	-0.16	0.24	0.983	
	Yüksek lisans/Doktora	0.14	0.27	0.995	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	0.31	0.14	0.272	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 41'de davranışa yönlendiren mesajlardan etkilenme düzeyi eğitim durumuna göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; davranışa yönlendiren mesajlardan etkilenme düzeyinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Önlisans ve lisans, önlisans ve yüksek lisans/doktora, lisans ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların davranışa yönlendiren mesajlardan etkilenme düzeyinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo42- Hastalığa Yol Açan Nedenlerin Verildiği Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	0.33	0.04	0.000*	
	Lise	-2.35	0.06	0.000*	
	Önlisans	-9.66	0.12	0.000*	
	Lisans	-9.80	0.04	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-7.13	0.07	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	-2.68	0.06	0.000*	
	Önlisans	-10.00	0.12	0.000*	
	Lisans	-10.14	0.03	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-7.46	0.07	0.000*	17487.720
Lise	**Önlisans**	-7.31	0.13	0.000*	
	Lisans	-7.45	0.06	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-4.78	0.90	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	-0.14	0.12	0.869	
	Yüksek lisans/Doktora	2.53	0.14	0.000*	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	2.67	0.07	0.000*	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 42'de hastalığa yol açan nedenlerin verildiği mesajlardan etkilenme düzeyi eğitim durumuna göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; hastalığa yol açan nedenlerin verildiği mesajlardan etkilenme düzeyinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Önlisans ve lisans mezunu katılımcıların hastalığa yol açan nedenlerin

verildiği mesajlardan etkilenme düzeyinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği görülmüştür (p>0.05).

Tablo43- Tıbbi Terminoloji İçeren Mesajlardan Etkilenme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Ortalamalar farkı	Std. Hata	p	F
Okuryazar	**İlköğretim**	0.00	0.06	1.000	
	Lise	0.00	0.09	1.000	
	Önlisans	-2.20	0.18	0.000*	
	Lisans	-2.62	0.06	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-5.61	0.11	0.000*	
İlköğretim	**Lise**	0.00	0.09	1.000	
	Önlisans	-2.20	0.18	0.000*	
	Lisans	-2.62	0.05	0.000*	941.268
	Yüksek lisans/Doktora	-5.61	0.11	0.000*	
Lise	**Önlisans**	-2.20	0.20	0.000*	
	Lisans	-2.62	0.09	0.000*	
	Yüksek lisans/Doktora	-5.61	0.13	0.000*	
Önlisans	**Lisans**	-0.42	0.18	0.203	
	Yüksek lisans/Doktora	-3.41	0.20	0.000*	
Lisans	**Yüksek lisans/Doktora**	-2.98	0.11	0.000*	

***p<0.05= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 43'te tıbbi terminoloji içeren mesajlardan etkilenme düzeyi eğitim durumuna göre istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere bakıldığında; tıbbi terminoloji içeren mesajlardan etkilenme düzeyinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05). Okuryazar ve ilköğretim, okuryazar ve lise, ilköğretim ve lise, önlisans ve lisans mezunu katılımcıların tıbbi terminoloji içeren mesajlardan etkilenme düzeyinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği görülmüştür (p>0.05).

4.7.6. Korelasyon Testleri

Tablo44- Kalp, Kanser ve Solunum Yolu Hastalığında Algılanan Fayda Düzeyi İlişkisi

		Kalp	Kanser	Solunum Yolu
Kalp	**r**	1	0.549**	0.411**
	p	-	0.000	0.000
	n	3051	3051	3051
Kanser	**r**	0.549**	1	0.716**
	p	0.000	-	0.000
	n	3051	3051	3051
Solunum Yolu	**r**	0.411**	0.716**	1
	p	0.000	0.000	-
	n	3051	3051	3051

****p<0.01= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 44'te kalp, kanser ve solunum yolu hastalığında algılanan fayda düzeyi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. Kalp, kanser ve solunum yolu hastalığında algılanan fayda düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Dolayısı ile bir hastalığı önlemek için yapılması gereken davranışa yönelik algılanan fayda arttıkça diğer hastalıkları önlemeye yönelik yapılması gereken davranışa yönelik algılanan faydanın da arttığı belirlenmiştir.

Tablo45- Kalp, Kanser ve Solunum Yolu Hastalığında Algılanan Risk-Tehdit Düzeyi İlişkisi

		Kalp	Kanser	Solunum Yolu
Kalp	**r**	1	0.939**	0.951**
	p	-	0.000	0.000
	n	3051	3051	3051
Kanser	**r**	0.939**	1	0.933**
	p	0.000	-	0.000
	n	3051	3051	3051
Solunum Yolu	**r**	0.951**	0.933**	1
	p	0.000	0.000	-
	n	3051	3051	3051

****p<0.01= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 45'te kalp, kanser ve solunum yolu hastalığında algılanan risk-tehdit düzeyi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. Kalp, kanser ve solunum yolu hastalığında algılanan risk-tehdit düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Dolayısı ile bir hastalığa ilişkin algılanan risk-tehdit arttıkça diğer hastalıklara ilişkin algılanan risk-tehdit düzeyinin de arttığı belirlenmiştir.

Tablo46- Kalp, Kanser ve Solunum Yolu Hastalığında Algılanan Risk-Tehdit ve Algılanan Fayda Düzeyi İlişkisi

		Kalp (Fayda)	Kanser (Fayda)	Solunum Yolu (Fayda)
Kalp (Risk)	**r**	-0.780**	-0.702**	-0.756**
	p	0.000	0.000	0.000
	n	3051	3051	3051
Kanser (Risk)	**r**	-0.686**	-0.798**	-0.856**
	p	0.000	0.000	0.000
	n	3051	3051	3051
Solunum	**r**	-0.723**	-0.809**	-0.771**
Yolu (Risk)	**p**	0.000	0.000	0.000
	n	3051	3051	3051

****p<0.01= İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 46'da kalp, kanser ve solunum yolu hastalığında algılanan risk-tehdit ve algılanan fayda düzeyi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. Kalp, kanser ve solunum yolu hastalığında algılanan risk-tehdit düzeyi ve algılanan fayda arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Dolayısı ile bir hastalığa ilişkin algılanan risk-tehdit arttıkça hastalıklara ilişkin algılanan fayda düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Aynı şekilde bir hastalığı önlemeye yönelik yapılması gereken davranışa ilişkin algılanan fayda düzeyi arttıkça, algılanan risk düzeyinin azaldığı görülmüştür.

SONUÇ

Sağlık; evrensel bir olgudur ve temel bir insan hakkıdır. Fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel olmak üzere tüm faktörler ve insanın tüm bu faktörler ile uyum içinde yaşaması, bireyin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Kültürel değerlerin davranışları yönlendirdiği gerçeğinden hareket ile bazı kültürel faktörlerin de sağlık davranışlarını ve sağlık düzeyini etkilediği söylenebilir. Ekonomik durum, aile yapısı, evlilik biçimleri, beslenme alışkanlıkları, meslekler, çalışma koşulları, madde kullanımı alışkanlığı gibi bazı kültürel faktörler hastalıkları ve sağlık düzeyini etkilemektedir. Kültürel özellikler sağlık düzeyi ve hastalığın dinamik değişkenleridir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlıklı yaşam; gün geçtikçe önemini arttıran konulardan biri olmuştur. En sık görülen, çok ölüme neden olan ve tedavisi güç hastalıklar toplum sağlığı açısından önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Türkiye'de sırası ile; kalp hastalıkları, kanser ve solunum yolu hastalıkları en fazla ölüme neden olan hastalıklardır. Bu nedenle adı geçen hastalıklar toplum sağlığı açısından düşünüldüğünde önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu hastalıkları önlemek amacı ile sağlığın geliştirilmesi kavramı ön plana çıkmış ve bu yönde uygulamalar yapılmıştır. Bu uygulamaları topluma yaymaya yönelik çalışmaların tümü sağlık iletişiminin bir parçasıdır.

Sağlık iletişimi; farklı düzeylerde gerçekleşebilmektedir. Kişilerarası iletişim boyutunda sağlık personeli-hasta iletişimi, sağlık kurumlarının hedef kitlelerine yönelik olan iletişim uygulamaları ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik gerçekleştirilen kampanyalar sağlık iletişiminin gerçekleştirildiği düzeylerdir. Daha geniş kitlelere ulaşabilmesi nedeni ile iletişim kampanyaları sağlık iletişiminin önemli bir uygulamasıdır. Kampanyalar ile amaçlanan; bireylere ve topluma sağlıklı yaşam adına yapılması gereken davranışları benimsetmek, sağlık hizmetlerini amaca uygun kullanmaya teşvik etmek ve bireysel sağlıklarını iyileştirmektir. Bu nedenle

sağlık iletişimi kampanyalarında bireyin konuya yönelik tutumunu etkilemek ve ardından davranışını değiştirmek birincil amaçtır. Tüm bu amaçlar doğrultusunda sağlık iletişimi; sağlık hizmetlerinin tanıtılması, doğru sağlık enformasyonunun yayılması, sağlık ile ilgili tutumların değiştirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimlerinin oluşmasına yönelik sağlık davranışının geliştirilmesi açısından temel bir süreç olarak değerlendirilebilir.

Gerek kamu gerek ise özel kurumların sağlığı geliştirmeye yönelik uyguladıkları kampanyaların hedef kitle üzerinde arzu edilen etkiyi oluşturmadığı durumlar ile karşılaşmak mümkündür. Bunun nedeni; hedef kitlenin net olarak tanımlanmamış ya da hedef kitlenin özelliklerinin kapsamlı araştırılmamış olmasıdır. Bu nedenle sağlık iletişimi kampanyalarında hedef kitlenin özelliklerine yönelik tasarlanmış mesajlar tercih edilmelidir. Bir sağlık iletişimi kampanyasında öncelikli olarak bireyin dikkatini çeken kampanyada sunulan mesajdır. Mesajın dikkatini çekmesi halinde bireyin kampanyaya yönelik ilgisi artar. Bu nedenle ekonomik durum, aile yapısı, evlilik biçimi, beslenme alışkanlığı, meslekler, çalışma koşulu, madde kullanımı alışkanlığı gibi kültürel faktörler sağlık ve hastalığı etkilediği için kültürel değerler farklılaştıkça sağlık iletişiminde mesaj tasarlamada hedef kitleye yönelik farklı mesaj stratejileri uygulamak gerekmektedir.

Kültürel düzey iyileştikçe önemli kabul edilen hastalıklara ilişkin bireyin risk algısının arttığı saptanmıştır. Dolayısı ile bireyin hastalıklara yönelik farkındalığı da yüksektir. Birey kendisinin potansiyel bir hasta olduğunun bilincindedir.

Hastalıklar ile ilgili haber ya da enformasyon edinilen kaynağın da kültürel özelliklere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Sağlık açısından olumlu kültürel özelliklere sahip olan bireyin hastalıklar ile ilgili enformasyon ya da haberi edindiği kaynaklar; sağlık dergileri, kitaplar, internet, sosyal medya ve sağlık personeli olarak sıralanabilir. Sağlık açısından olumsuz kültürel özelliklere sahip birey ise hastalıklar ile bilgi ya da haberi edindikleri kaynaklar ise; televizyon, gazete ve arkadaş ya da aile bireyidir.

Kültürel özelliklerin etkili olduğu bir diğer faktör ise mesajlardan etkilenme düzeyidir. Sağlık açısından olumlu kültürel özelliklere sahip olan birey hastalıklara yol açan nedenlerin verildiği ve tıbbi terminoloji içeren mesajları daha ikna edici bulmaktadır. Sağlık açısından olumsuz kültürel özelliklere sahip birey ise; korku faktörü içeren, sağlık davranışına yönlendiren ve umut veren mesajları daha ikna edici bulmaktadır.

Cinsiyet, hastalık geçmişi ve sağlık davranışı alışkanlıkları mesajdan etkilenme düzeyinin önemli belirleyicilerindendir. Kadınlar korku faktörü içeren, sağlık davranışına yönlendiren ve hastalığa yol açan nedenlerin verildiği mesajları daha ikna edici bulmakta ve etkilenme düzeyleri artmaktadır. Kendisi ya da bir yakınında mesajda bahsedilen hastalığa sahip birey; korku faktörü içeren, umut veren ve sağlık davranışına yönlendiren sağlık mesajlarından etkilenmektedir. Mesajda bahsedilen davranışı gerçekleştiren bireyin de korku faktörü içeren ve sağlık davranışına yönlendiren mesajlardan etkilenmediği belirlenmiştir. Örneğin fiziksel aktiviteye yönlendiren bir mesaj fiziksel aktivite yapma alışkanlığına sahip bireyi etkilememektedir.

Sağlık açısından olumlu kültürel özelliklere sahip olan birey; hastalığa yönelik korkusunu kontrol edebilmektedir. Korkusunu kontrol edebilen kişinin hastalığa ilişkin risk algısı yüksek, sağlık davranışına yönelik algılanan faydası ise düşüktür. Dolayısı ile bu kişiye korku faktörü içeren ya da risk – tehlike içeren mesajlar sunulmamalıdır. Hastalığın önlenmesine yönelik yapılması gereken davranışa ilişkin faydayı içeren mesajlar tasarlanmalıdır. Böylelikle fayda algısı yükseltilmeye çalışılmalıdır.

Sağlık açısından olumsuz kültürel özelliklere sahip bireyin hastalığın önlenmesi için yapılması gereken davranışa yönelik algısı yüksektir. Ancak hastalığa ilişkin risk algısı düşüktür. Kısacası kendisinin de potansiyel bir hasta olduğunun bilincinde değildir. Dolayısı ile bireye risk-tehlike içeren mesajlar tasarlanmalıdır.

Özet ile araştırmada elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde sağlık iletişiminde mesaj tasarlamada etkinliği sağlamak adına kültürel faktörleri dikkate almak gerekmektedir. Bu sonuçlar sağlık iletişiminde gerek kampanyalar gerek ise sağlık personeli – hasta iletişimi gibi tüm iletişim faaliyetleri için uygulanabilir özelliktedir. Geniş kitlelere yönelik planlanan bir sağlık iletişimi kampanyasında hedef kitlenin kültürel özellikleri kapsamlıca araştırılmalı ve elde edilen veriler temel alınarak mesaj tasarlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Abraham C, Sheeran P. **Understanding and Changing Health Behaviour: from Health Beliefs to Self-regulation**. Paul Norman, Charles Abraham, Mark Conner (eds). Harwood Academic Publishers, 2000.

Adler NJ, Gundersen A. **International Dimensions of Organizational Behavior**, USA:PWS-Kent Publishing, 1991.

Andreasen AR. **Challanges for the Science and Practice of Social Marketing:Theoretical and Practical Perspectives**, New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates, 1997.

Aslan C. **Sosyolojiye Giriş**, Karahan Kitabevi, Eylül 2005.

Atkin C, Arkin EB. Issues and Initiatives in Communicating Health Information. Atkin, C. and Wallack, L. (eds). **Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts**. Newbury Park, California:Sage, 1990.

Austin EW. Reaching Young Audiences: Developmental Considerations in Designing Health Messages. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott (eds). **Designing Health Messages:Approaches from Communication Theory and Public Health Practice**. USA:Sage Publications, Inc. 1995.

Aycan Z. **Türkiye'de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları**. Ankara:Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1. Baskı, 2000.

Babrow AS, Mattson M. Theorizing about Health Communication. T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, R. Parrott (eds), **Handbook of Health Communication**. Hillsdale, NJ:Erlbaum, 2003.

Backer TE, Rogers EM, Sopory P. **Designing Health Communication Campaigns:What Works?** USA: Sage Publications, Inc. 1992.

Baltaş Z. **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**. İstanbul: Remzi Yayınları, 2000.

Bandura A. **Self-efficacy: The Exercise of Control**. New York:Freeman, 1997.

Barnes MD, Neiger BL, Thackeray R. **Health Communication, Community Health Education Methods: A Practical Guide**. Robert J. Bensley, Jodi Brookins Fisher (eds). Second Edition, Sadbury:Jones&Bartlett, 2003.

Belek İ. **Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik**. İstanbul: Der Yayınları, 1993.

Berry D. **Health Communication: Theory and Practice**, England:Open University Press, 2007.

Bivins TH. **Public Relations Writing:The Essentials of Style and Format**. Lincolnwood, Illinois USA: NTC Contemporary Publishing Group, 1999.

Brody EW, Lattimore DL. **Public Relations Writing**. NY:Praeger, 1990.

Cirhinlioğlu Z. **Sağlık Sosyolojisi**. Ankara: Nobel Yayınları, 2002.

Cohen J, Areni C. Affect and Consumer Behaviour. **Handbook of Consumer Behaviour**, T.S. Robertson ve H.H. Kassarjian (eds), Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall, 1991.

Cutlip SM, Center AH, Broom GM. **Effective Public Relations**. New Jersey:Prentice Hall, 2000.

Derzon JH, Lipsey MW. A Meta-analysis of the Effectiveness of Mass-communication for Changing Substance-use Knowledge, Attitudes and Behavior. Ingår i W. D. Crano & M. Burgoon (eds). **Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research**. Matwah, NJ:Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002.

Dimbleby R, Burton G. **More Than Words: An Introduction to Communication**, Routledge, 1998.

Dines A, Cribb A. **Health Promotion:Concepts and Practice**. Oxford:Blackwell Science, 1993.

Donohew L, Ray EB. "Introduction:Systems Perspectives on Health Communication", **Communication and Health:Systems and Applications**. New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates 1990.

Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. **Health Promotion: Models and Values**. Oxford:Oxford University Pres, 1996.

Erdoğan İ. **Kültürün Yönetim Fonksiyonlarının Uygulamasına Etkisi ve Faktör Doğruluk Yöntemi ile Bir Araştırma**, İstanbul:İstanbul Teknik Üniversitesi Yayını, 1975.

Ergun D. **Kimlikler Kıskacında Ulusal Kişilik**, Ankara:İmge Kitabevi, 2000.

Ergun D. **Türk Bireyi Kuramına Giriş**, İstanbul:Gerçek Yayınları, 1991.

Flay BR, Burton D. Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns. Charles Atkin, Lawrence Wallack (eds).**Mass Communication and Public Health:Complexities and Conflicts**. USA:Sage Publications, 1990.

Giddens A. **Sociology**, Cambridge:Polity Press, 2000.

Giddens A. **Modernliğin Sonuçları**, İstanbul:Ayrıntı Yayınları, 1998.

Giritli İ, Güngör HA. **Günümüzde İnsan Hakları**. İstanbul: Der Yayınları, 2002.

Greenbaum TL. **The Handbook for Focus Group Research**. USA:Sage Publications, 1998.

Güvenç B. **İnsan ve Kültür**, İstanbul:Remzi Kitabevi, 2002.

Harari P, Legge K. **Psychology and Health**. Oxford:Heinemann Educational Publishers, 2001.

Haviland WA. **Kültürel Antropoloji**, İstanbul:Kaktüs Yayınları, 2002.

Hofstede G. **Cultures Consequences: International Differences in Work Related Values**, CA:Sage Publishing, 1984.

Hofstede G. **Cultures Consequences:Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**, CA:Sage Publishing, 2001.

Hofstede G. **Cultures and Organizations: Software of the Mind**, London:McGraw-Hill UK, 1991.

Hurtley P. **Interpersonal Communication**. 2nd edition, London:Routledge, 1999.

İçli G. **Sosyolojiye Giriş**, Anı Yayıncılık, Eylül 2002.

İpşiroğlu N. **Çağdaş Kültürümüz: Olgular-Sorunlar**, ÇYDD Yayını, No:2, İstanbul:Cem Yayınevi, 1991.

Jones K, Tilford S. **Health Promotion:Effectiveness, Efficiency and Equity**. Cheltenham:Nelson Thornes, 2001.

Kaplowitz SA, Fink EL. Message Discrepancy and Persuasion. George A. Barnett, Franklin J. Boster (eds). **Progress in Communication Sciences**. USA:Ablex Publishing, 1997.

Kar SB, Alcalay R, Alex S. "The Evaluation of Health Communication in the United States", Snehendu B. Kar, Rina Alcalay ve Shana Alex (eds). **Health Communication:A Multicultural Perspective**. USA:Sage Publications, 2001.

Kartari A. **Farklılıklarla Yaşamak/Kültürler arası İletişim**, Ankara:Ürün Yayınları, 2001.

Kasır HA. **Kültür Bilinci**, İstanbul:Denge Yayınları, 1993.

Klingemann H. **Public Information Campaigns and Opinion Research:A Handbook for the Student and Practitioner**, Sage Publications,Inc, 2002.

Kluckhohn C. **Universal Categories of Culture**, Chicago:University of Chicago Pres, 1962.

Kongar E. **Kültür Üzerine**, İstanbul:Remzi Kitabevi, 1983.

Kotler P, Armstrong G. **Principles of Marketing**, (12th edn), New Jersey, Pearson Education, 2008.

Kreps GL, et al. The History and Developments of the Field of Health Communication. **Health Communication Research:a Guide to Developments and Directions**. Westport, Conn:Greenwood Press, Gary L. Kreps, J.L. Query, E.W. Bonaguro. The Interdisciplinary Study of Health Communication and its Relationship to Communication Science, L. Lederman (ed). Beyond These Walls:Readings in Health Communication, Los Angeles:Roxbury, 1998.

Kreps GL. Communication and Health Education. Eileen Berlin Ray ve Lewis Donohew (eds). **Communication and Health:Systems and Applications**. New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates, 1990.

Larson CU. **Persuasion:Reception and Responsibility**. USA:Cengage Learning, 2010.

Last JM. **Public Health and Human Ecology**. New Jersey:Prentice Hall, 1987.

Layiç Ş. **Beden Dili**. İstanbul:Yakamoz Yayınları, 2007.

McCombie S, Hornik RC, Anarfi JK. Effects of a Mass Media Campaign to Prevent AIDS among Young People in Ghana. Robert C. Hornik (ed). **Public Health Communication Evidence for Behavior Change**. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 2008.

Macdonald G, Robin Bunton R. Health Promotion:Discipline or Disciplines? Robin Bunton, Gordon Macdonald (eds). **Health Promotion:Disciplines and Diversity**, London:Routledge, 1992.

Malinowski B. **İnsan ve Kültür**, Çev:M. Fatih Gümüş, Ankara:Verso Yayınları, 1990.

Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. **Health and Human Rights**. London: Routledge, 1999.

Martin PG, Ray EB, Sharf BF. **Communicating Health:Personal, Cultural and Political Complexities**. California:Wadsworth Publishing, 2002.

Moriarty S, Mitchell ND, Wells WD. **Advertising:Principles and Practices**. New Jersey:Prentice Hall, 2008.

Murdock GP. **Culture and Society**, USA:University of Pittsburgh Press, 1969.

Mutlu E. **İletişim Sözlüğü**, Ankara:Bilim ve Sanat Yayınları, 1998.

Naidoo J, Wills J. **Health Promotion: Foundations for Practice**. London: Balliere Tindall, 2000.

Newsom D, Haynes J. **Public Relations Writing: Form&Style**. CA:Wadsworth, 2008.

Noar SM, Palmgreen P, Zimmerman RS. **Reflections on Evaluating Health Communication Campaigns Communication Methods and Measures**, Routledge, 2009.

Okay A. **Sağlık İletişimi**. İstanbul:MediaCat Yayınları, 2009.

O'keefe DJ. **Persuasion. Theory and Research**. USA:Sage Publications, 2002.

Ozankaya Ö. **Toplumbilime Giriş**, Ankara:S Yayınları, 1982.

Pfau M. Designing Messages for Behavioral Inoculation. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott (eds). **Designing Health Messages:Approaches from Communication Theory and Public Health Practice**. USA:Sage Publications, Inc. 1995.

Paisley WJ. Public Communication Campaigns:The American Experience. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001.

Phatak AV. **Uluslar arası Yönetim**, Çev:Atilla Baransel, Jön Ajans, 2000.

Perloff RM. **The Dynamics of Persuasion:Communication and Attitudes in the 21st Century**. NY:Routledge, 2010.

Rice RE, Atkin CK. Communication Campaigns:Theory, Design, Implementation and Evaluation. Jennings Bryant, Dolf Zillmann (eds). **Media Effects:Advances in Theory and Research**. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 2002.

Robbins SP. **Örgütsel Davranışın Temelleri**, Çev:Sevgi Ayşe Öztürk, Eskişehir:ETAM, 1994.

Robert C. Hornik (ed). **Public Health Communication Evidence for Behavior Change**. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 2008.

Rogers EM. **Diffusion of Innovations**. NY:Free Press Simon&Schuster, Inc, 2003.

Rogers EM, J. Storey D. Communication Campaigns. C.R. Berger, S. H. Chafee (eds). **Handbook of Communication Science**. London:Sage Publications, Inc, 1987.

Rollnick S, Mason P, Butler C. **Health Bheaviour Change**. Churchill Livingstone Publishers, 2000.

Roloff ME, Miller GR. **Persuasion:New Directions in Theory and Research**. USA:Sage Publications, 1980.

Ronald E. Rice RE, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001.

Sargut AS. **Kültürler arası Farklılaşma ve Yönetim**, Ankara:İmge Kitabevi, 2.baskı, 2001.

Schiavo R. **Health Communication: From Theory to Practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.

Schober O. **Beden Dili "Davranış Anahtarı"**. Çev:Süeda Özbent, İstanbul:Arion Yayınları, 2000.

Slater MD. Choosing Audience Segmentation Strategies and Methods for Health Communication. Edward Maibach, Roxanne Louiselle Parrott (eds). **Designing Health Messages:Approaches from Communication Theory and Public Health Practice**. USA:Sage Publications, Inc. 1995.

Smith RD. **Strategic Planning for Public Relations**. NY:Routledge, 2009.

Snyder LB. How Effective are Mediated Health Campaigns. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001.

Snyder LB, Hamilton MA. Meta-analysis of U.S. Health Campaign Effects on Behavior: Emphasize Enforcement, Exposure, and New Information, and Beware the Secular Trend. R. Hornik (ed*).* **Public Health Communication: Evidence for Behavior Change**. Hillsdale, NJ:Lawrence Earlbaum Associates, 2002.

Salmon CT, Murray-Johnson L. Communication Campaign Effectiveness: Some Critical Distinctions." In R. Rice and C.K. Atkin (eds) **Public Communication Campaigns**. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

Stacks DW. **Primer of Public Relations Research**. USA:The Guilford Press, 2011.

Şener DA (Haz). **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Uluslararası İnsan Hakları Bildirgeleri**. İstanbul: Kare Yayınları, Haziran-2002.

Tabak RS. **Sağlık Eğitimi**. Ankara: Somgür Yayınları, 2000.

Thomas RK. **Health Communication**. New York:Springer, 2006.

Tosun K. **Yönetim İşletme Politikası**, İstanbul:Yön Ajans, 1991.

Treadwell D, Treadwell JB. **Public Relations Writing:Principles in Practice**. USA:Sage Publications, 2005.

Triandis H. Cross-Cultural Perspectives on Personality. Ed.R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs, **Handbook of Personality Psychology**, San Diego:Academic Pres, 1995.

Tucker K, Dorelian D, Rouner DR. **Public Relations Writing, A Behavioral Issues Driven Approach**, NJ:Prentice-Hall, 1996.

Türkdoğan O. **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, 1991.

Uygur N. **Kültür Kavramı**, İstanbul:Remzi Kitabevi, 1984.

Valente TW. Evaluating Communication Campaigns. Ronald E. Rice, Charles K. Atkin (eds). **Public Communication Campaigns**. USA:Sage Publications, 2001.

Velicangil S. **Hekimler Dişhekimleri Eczacılar ve Sağlık Mühendisleri İçin Koruyucu ve Sosyal Tıp**. İstanbul: Sermet Matbaası, 1975.

Wallack L. Media Advocacy:A Strategy for Empowering People and Communities, **Health Promotion:An Anthology**. USA:Pan American Health Organization Scientific Publication, 1996.

Weinstein ND, Sandman PM. The Precaution Adoption Process Model and its Application. **Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research Strategies for Improving Public Health**. Ralph J. Diclemente, Richard A. Crosby, Michelle C. Kegler (eds). San Francisco:Jossey Bass, 2002.

Windahl S, McQuail D. **İletişim Modelleri**. Çev:Konca Yumlu, İmge Kitabevi Yayınları, 2005.

Witte K, Meyer G, Martell D. **Effective Health Risk Messages**. USA:Sage Publications, 2001.

Yüksel E. **Medyanın Gündem Belirleme Gücü**. Konya:Çizgi Kitabevi Yayınları, 2001.

Süreli Yayınlar

Ajzen I, Fishbein M. Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. **Psychological Bulletin**. 84 (5), 1977.

Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentive Perspective. **Annual Review of Psychology**, (52), 2001.

Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. On Self-Regulation of a Health Threat:Cognitions, Coping and Emotions among Women Undergoing Treatment for Fertility. **Cognitive Therapy and Research**, 28(5), 2004.

Bernhardt J. "Communication at the Core of Effective Public Health", **American Journal of Public Health**, 94(12), 2004.

Breckler SJ. Empirical Validation of Affect, Behavior and Cognition as Distinct Components of Attitude. **Journal of Personality and Social Psychology**. 47 (6), 1984.

Cole MS, Harris SG, Feild HS. Stages of Learning Motivation:Development and Validation of a Measure. **Journal of Applied Social Psychology**, 34 (7), 2004.

Donohew L, Palmgreen P, Duncan J. An Activation Model of Information Exposure. **Communication Monographs**, (47), 1980.

Dutta-Bergman MJ. Theory and Practice in Health Communication Campaigns:A Critical Interrogation. **Journal of Health Communication**. 18 (2), 2005.

Erbaydar T. Sağlık; Kimin İçin? **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2002.

Godin G, Kok G. The Theory of Planned Behaviour: A Review of its Applications to Health Related Behaviours. **American Journal of Health Promotion**, (11), 1996.

Güçlü N. Örgüt Kültürü. **Kırgızistan Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, (6), 2003.

Güler Ç, Vaizoğlu S. Toplum Sağlığı Eğitimi: Sağlık İçin Eğitim. **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S.39, Mayıs-Haziran 2001.

Hardeman W, Johnston M, Johnston DW, Bonetti D, Wareham NJ, Kinmonth AL. Application of the Theory of Planned Behaviours in Behaviour Change Interventions: A Systematic Review, **Psychology and Health**, 17(2), 2002.

Higginbottom A. Heart Health-associated Health Beliefs and Behaviors of Adolescsent of African and African Caribbean Descent in Two Cities in the Kingdom. **Journal of Advanced Nursing**, (31), 2000.

Kopfman JE, Smith SW. Understanding the Audiences of a Health Communication Campaign:A Discriminant Analysis of Potential Organ Donors Based on Intent to Donate. **Journal of Applied Communication Research**. 24 (1), 1996.

Kothandapani V. Validation of Feeling, Belief and Intention to Act as Three Components of Attitude and Their Contribution to Prediction of Contraceptive Behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**. 19 (3), 1971.

Kreuter MW, McClure SM. The Role of Culture in Health Communication. **Annual Review of Public Health**. April 2004.

Kumcuoğlu E. Türkiye'nin Sağlık Sorunları Üzerine. **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001.

Maibach E, Holtgrave DR. Advances in Public Health Communication. **Annual Review of Public Health**, no:6, 1995.

Meekers D, Agha S, Klein M. The Impact of Condom Use of the "%100 Genue Social Marketing Program in Cameroon. **Journal of Adolescent Health**, 36(6), 530.e1-530.e12, 2005.

Nisbett RE, Wilson TD. The Halo Effect:Evidence for unconscious alteration of judgments. **Journal of Personality and Social Psychology American Psychological Association** 35 (4), 1977.

Noar SM, A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns:Where Do We Go from Here? **Journal of Health Communication**, (21),2006.

Ostrom TM. The Relationship Between the Affective, Behavioral and Cognitive Components of Attitude. **Journal of Experimental Social Psychology**. 5 (1), 1969.

Özen S. Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri. **Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını**, (4), 1993.

Öztek Z. Sağlıkta Kavramlar. **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001.

Öztek Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001.

Prochaska JM, Prochaska JO, Levesque DA. A Transtheoretical Approach to Changing Organizations. **Administration and Policy in Mental Health**, 28(4), 2001.

Ratzan SC. Preface. **Journal of Health Communication**, Supplemental Issue, 1998.

Rippetoe PA, Rogers RW. Effects of Components of Protection Motivation Theory on Adaptive and Maladaptive Coping with a Health Threat, **Journal of Personality and Social Psychology**, (52), 1987.

Rogers RW. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change, **Journal of Psychology**, (91), 1975.

Rogers RW, Maddux JE. Protection Motivation Theory and Self-efficacy: A revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change, **Journal of Experimental Social Psychology**, (19), 1983.

Rothschild M. An Historic Perspective of Social Marketing. **Journal of Health Communication**, 2(Oct-Dec), 1997.

Ryan MP. Physical Activity Levels in Young Adult Hispanics and Whites: Social Cognitive Theory Determinants. **Psychology and Health**, 20(6), 2005.

Salant T, Lauderdale DS. "Measuring Culture:A Critical Review of Accultration and Health in Asian Immigrant Populations", **Social Science&Medicine**, (57) 1, 2003.

Schwartz SH. Universals in the Content and Structure of Values: Theory and empirical tests in 20 countries, M. Zanna (ed), **Advances in experimental social psychology,** New York: Academic Press, 1992.

Sniehotta FF. Towards a Theory of Intentional Behaviour Change: Plans, Planning and Self-regulation, **British Journal of Health Psychology**, (14), 2009.

Snyder LB. Health Communication Campaigns and their Impact on Behavior. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. 39 (2), 2007.

Uz MH, Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler. **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, S:39, Mayıs-Haziran 2001.

Witte K. Preventing AIDS Through Persuasive Communications: A Framework for Constructing Effective, Culturally-specific, Preventive Health Messages. **Intercultural Community Annual**, (16), 1992.

Witte K, Cameron K, McKeon J, & Berkowitz J. Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale. **Journal of Health Communication**, (1), 1996.

Witte K. Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). **Communication Monographs**, (61), 1994.

Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. **Health Education & Behavior**. (27), 2000.

Wolburg JM. The Risky Business of Binge Drinking among College Students:Using Risk Models for PSA's and Anti-Drinking Campaigns. **Journal of Advertising**, 30(4), 2001.

İnternet Kaynakları

DSÖ Anayasası, 1947. http://www.who.int.

Abroms L, Maibach E. The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behaviour, **Annual Review of Public Health**, 2008. http://arjournals.annualreviews.org/eprint/62aIzq67kfwRyWgv84VR/full/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090824

Cline R., American Public Health Association (APHA) **Health Communication Working Group Brochure**, 2003. http://www.healthcommunication.net/APHA/APHA.html. Retrieved on January 2010.

Türkiye İstatistik Kurumu şehirlere göre göç oranları, 2011. http://www.tuik.gov.tr

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. **Healthy People 2010**. Volumes 1 and 2, Chapt. 11, p 11-20. http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm

Weinreich NK. **What is Social Marketing?** Weinreich Communications, 1999, http://members.aol/weinreich/articles.html.

EK1- UYGULANAN ANKET FORMU

Bu araştırma; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Ayla Okay danışmanlığında yürütülmekte olan Banu Kumbasar'a ait "SAĞLIK İLETİŞİMİNDE MESAJ TASARLAMADA KÜLTÜREL FAKTÖRLERİN ROLÜ" konulu doktora tezine yönelik bir araştırmadır. Göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

Prof.Dr. Ayla Okay
&
Banu Kumbasar

Yaşınız :

Cinsiyetiniz : a)Kadın b)Erkek

Eğitim durumunuz :
a)Okur yazar b)İlköğretim c)Lise
d)Önlisans e)Lisans/Üniversite f)Yüksek lisans/Doktora

Medeni durumunuz :
a)Bekar b)Evli c)Dul d)Boşanmış

Mesleğiniz :
a)Öğrenci b)İşçi c)Memur d)Esnaf
e)Serbest meslek f)Yönetici g)Diğer h)Meslek sahibi değilim

Çalışma durumunuz:
a)İşsiz b)Geçici işlerde çalışıyorum
c)Yarı zamanlı çalışıyorum d)Tam zamanlı çalışıyorum

Doğum yeriniz : a)İstanbul b)İstanbul harici bir şehir

Doğum yeriniz : a)Köy b)Kasaba
c)Merkez d)Büyük şehir

18 yaşına kadar büyüdüğünüz yer :
a)Köy b)Kasaba c)Merkez d)Büyük şehir

Kaç yıldır İstanbul'da yaşıyorsunuz?

Hane halkı sayısı:

Aylık geliriniz (TL):

Hastalıklar ile ilgili haber ya da bilgiyi edindiğiniz kaynak ya da kaynaklar hangileridir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

a)Kitap	b)Broşür – el ilanı	c)Hekim – Sağlık personeli
d)Aile bireyi – arkadaş	e)Dergi	f)Gazete
g)İnternet	h)Televizyon	i)Sosyal medya
j)Sağlık danışma hattı	k)Diğer	

Sigara kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır

Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır

Sağlıklı beslenmeye gayret ediyor musunuz?
a)Evet b)Hayır

Kendinizde ya da bir yakınınızda kalp hastalığı var mı?
a)Evet b)Hayır

Kendinizde ya da bir yakınınızda kanser hastalığı var mı?
a)Evet b)Hayır

Kendinizde ya da bir yakınınızda herhangi bir solunum yolu hastalığı var mı?
a)Evet b)Hayır

Aşağıdaki tabloda her satır için size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum **2-Katılmıyorum** **3-Kararsızım**
4-Katılıyorum **5-Kesinlikle katılıyorum**

	1	2	3	4	5
Fiziksel aktivite kalp hastalıklarının önlenmesinde etkilidir					
Fiziksel aktivite kalp hastalıklarının önlenmesinde iyi sonuç verir					
Eğer fiziksel aktivite yaparsam, kalp hastalıklarına yakalanma riskim azalır					
Kalp hastalıklarını önlemek için fiziksel aktivite yapabilirim					
Kalp hastalıklarını önlemek için fiziksel aktivite yapacak irade ve zamana sahibim					
Kalp hastalıklarını önlemek için kolaylıkla fiziksel aktivite yapabilirim					
Kalp hastalıkları zor ve ağırdır					
Kalp hastalıklarının olumsuz sonuçları vardır					
Kalp hastalıkları son derece zarar vericidir					
Kalp hastalığına yakalanmam olasıdır					
Kalp hastalıklarına yakalanma riskim var					
Kalp hastalıklarına yakalanmam mümkündür					

Aşağıdaki tabloda her satır için size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum **2-Katılmıyorum** **3-Kararsızım**
4-Katılıyorum **5-Kesinlikle katılıyorum**

	1	2	3	4	5
Sağlıklı beslenme kanserin önlenmesinde etkilidir					
Sağlıklı beslenme kanserin önlenmesinde iyi sonuç verir					
Eğer sağlıklı beslenirsem, kansere yakalanma riskim azalır					
Kanseri önlemek için sağlıklı beslenebilirim					
Kanseri önlemek için sağlıklı beslenecek irade ve zamana sahibim					
Kanseri önlemek için kolaylıkla sağlıklı beslenebilirim					
Kanser zor ve ağır bir hastalıktır					
Kanserin olumsuz sonuçları vardır					
Kanser son derece zarar vericidir					
Kansere yakalanmam olasıdır					
Kansere yakalanma riskim var					
Kansere yakalanmam mümkündür					

Aşağıdaki tabloda her satır için size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum 2-Katılmıyorum 3-Kararsızım
4-Katılıyorum 5-Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5
Sigara dumanlı ortamlardan uzak durmak solunum yolu hastalıklarının önlenmesinde etkilidir					
Sigara dumanlı ortamlardan uzak durmak solunum yolu hastalıklarının önlenmesinde iyi sonuç verir					
Eğer sigara dumanlı ortamlardan uzak durursam, solunum yolu hastalıklarına yakalanma riskim azalır					
Solunum yolu hastalıklarını önlemek için sigara dumanlı ortamlardan uzak durabilirim					
Solunum yolu hastalıklarını önlemek için sigara dumanlı ortamlardan uzak duracak irade ve zamana sahibim					
Solunum yolu hastalıklarını önlemek için kolaylıkla sigara dumanlı ortamlardan uzak durabilirim					
Solunum yolu hastalıkları zor ve ağırdır					
Solunum yolu hastalıklarının olumsuz sonuçları vardır					
Solunum yolu hastalıkları son derece zarar vericidir					
Solunum yolu hastalıklarına yakalanmam olasıdır					
Solunum yolu hastalıklarına yakalanma riskim var					
Solunum yolu hastalıklarına yakalanmam mümkündür					

Aşağıdaki tabloda verilen mesajların sizi etkileme derecelerini işaretleyiniz.

1-Çok düşük 2-Ortanın biraz altında 3-Orta
4-Ortanın biraz üstünde 5-Çok yüksek

	1	2	3	4	5
Kalp hastalıklarından 25 milyon kişi ölecek					
Kanser ölüm nedeni					
Solunum yolu hastalıklarından her yıl 130 bin kişi ölüyor					
Kalp hastalıkları tarih oluyor					
Kanserin tedavisinde yeni umut					
Solunum yolu hastalıklarını önlemek elimizde					
Kalbinizi korumak için stresten uzak durun					
Sağlıklı beslenerek kanseri önleyin					
Sigarasız yaşam ile solunum yolu hastalıklarından uzak durun					
Sigara kalp hastalıklarına neden oluyor					
Stres kansere yol açıyor					
Hava kirliliği en önemli solunum yolu hastalığı nedenlerinden					
Kalp hastalarının %75'i aterosklerotik koroner arter hastalıklarıdır					
Onkogenleri oluşturan mutasyonlar, karsinojen maddelerin, virüslerin ve X ışınlarının etkisiyle meydana gelir					
Bakteriler sinüzit, lenfadenit, pnömoni gibi komplikasyonlara neden olabilirler					

EK 2- RİSK DAVRANIŞI BELİRLEME ÖLÇEĞİ VE MESAJ ETKİNLİĞİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Araştırmada kullanılan Risk Davranışı Belirleme Ölçeği ve Mesaj Etkinliği Belirleme Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır ($0.80 \leq \alpha < 1.00$ = Yüksek derecede güvenilir bir ölçektir).

Aşağıda araştırmacı tarafından yapılan güvenilirlik analizleri tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo47- Ölçeklerin Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek	Cronbach Alfa
Risk Davranışı Belirleme-Kalp Hastalıkları (Algılanan Fayda)	0.915***
Risk Davranışı Belirleme-Kalp Hastalıkları (Algılanan Risk)	0.957***
Risk Davranışı Belirleme-Kanser (Algılanan Fayda)	0.879***
Risk Davranışı Belirleme-Kanser (Algılanan Risk)	0.930***
Risk Davranışı Belirleme-Solunum Yolu Hastalıkları (Algılanan Fayda)	0.880***
Risk Davranışı Belirleme-Solunum Yolu Hastalıkları (Algılanan Risk)	0.960***
Mesaj Etkinliğini Belirleme (Korku Faktörü İçeren Mesajlar)	0.991***
Mesaj Etkinliğini Belirleme (Umut Veren Mesajlar)	0.978***
Mesaj Etkinliğini Belirleme (Davranışa Yönlendiren Mesajlar)	0.927***
Mesaj Etkinliğini Belirleme (Hastalık Nedenlerini İçeren Mesajlar)	0.987***
Mesaj Etkinliğini Belirleme (Tıbbi Terminoloji İçeren Mesajlar)	0.959***

*****: ($0.80 \leq \alpha < 1.00$ = Yüksek derecede güvenilir bir ölçektir)**

Tablo48- Kalp Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Fayda)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde1	50	4.06±0.86	0.783	0.900
Madde2	50	3.86±0.98	0.717	0.906
Madde3	50	3.80±1.01	0.741	0.903
Madde4	50	4.12±0.93	0.804	0.896
Madde5	50	3.70±1.34	0.926	0.877
Madde6	50	3.90±1.07	0.657	0.915

Cronbach Alfa: 0.915 Std. Alfa: 0.918

Tablo49- Kalp Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Risk)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde7	50	3.86±1.03	0.867	0.951
Madde8	50	3.60±1.34	0.812	0.957
Madde9	50	3.60±1.06	0.906	0.946
Madde10	50	3.40±1.27	0.849	0.952
Madde11	50	3.48±1.29	0.883	0.948
Madde12	50	3.34±1.22	0.920	0.943

Cronbach Alfa: 0.957 Std. Alfa: 0.960

Tablo50- Kansere Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Fayda)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde1	50	3.76±0.84	0.809	0.840
Madde2	50	3.74±1.06	0.703	0.857
Madde3	50	3.58±0.97	0.599	0.873
Madde4	50	3.70±0.86	0.652	0.864
Madde5	50	3.76±0.91	0.598	0.872
Madde6	50	3.80±0.90	0.786	0.841

Cronbach Alfa: 0.879 **Std. Alfa: 0.882**

Tablo51- Kansere Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Risk)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde7	50	3.76±1.09	0.575	0.922
Madde8	50	3.30±1.12	0.907	0.905
Madde9	50	3.18±1.35	0.904	0.902
Madde10	50	3.56±1.29	0.739	0.925
Madde11	50	3.24±1.39	0.893	0.904
Madde12	50	3.26±1.32	0.776	0.920

Cronbach Alfa: 0.930 **Std. Alfa: 0.930**

Tablo52- Solunum Yolu Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Fayda)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde1	50	4.08±1.04	0.652	0.866
Madde2	50	4.12±0.82	0.758	0.852
Madde3	50	3.92±0.98	0.784	0.844
Madde4	50	3.94±1.18	0.861	0.828
Madde5	50	3.98±0.91	0.512	0.876
Madde6	50	3.86±0.96	0.602	0.874

Cronbach Alfa: 0.880 **Std. Alfa: 0.881**

Tablo53- Solunum Yolu Hastalıklarına Yönelik Risk Davranışı Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Algılanan Risk)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde7	50	3.60±1.16	0.773	0.953
Madde8	50	3.62±1.30	0.894	0.950
Madde9	50	3.46±1.23	0.921	0.948
Madde10	50	3.50±1.26	0.886	0.951
Madde11	50	3.38±1.42	0.907	0.949
Madde12	50	3.18±1.45	0.874	0.953

Cronbach Alfa: 0.960 **Std. Alfa: 0.961**

Tablo54- Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Korku Faktörü İçeren Mesajlar)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde1	50	3.84±1.55	0.970	0.990
Madde2	50	3.74±1.60	0.980	0.987
Madde3	50	3.68±1.68	0.994	0.978

Cronbach Alfa: 0.991 Std. Alfa: 0.992

Tablo55- Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Umut Veren Mesajlar)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde4	50	3.58±1.27	0.957	0.972
Madde5	50	3.74±1.50	0.946	0.974
Madde6	50	3.54±1.51	0.972	0.954

Cronbach Alfa: 0.978 Std. Alfa: 0.981

Tablo56- Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Davranışa Yönlendiren Mesajlar)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde7	50	3.68±1.20	0.857	0.890
Madde8	50	3.74±1.36	0.832	0.929
Madde9	50	3.88±1.00	0.911	0.872

Cronbach Alfa: 0.927 Std. Alfa: 0.938

Tablo57- Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Hastalık Nedenlerini İçeren Mesajlar)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde10	50	2.80±1.60	0.973	0.979
Madde11	50	2.72±1.62	0.963	0.986
Madde12	50	2.82±1.58	0.977	0.977

Cronbach Alfa: 0.987 Std. Alfa: 0.987

Tablo58- Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği Güvenilirliği (Tıbbi Terminoloji İçeren Mesajlar)

	n	X±ss	Soru-Bütün Korelasyonu	Madde silindiğinde elde edilecek Cronbach Alfa değeri
Madde13	50	1.42±0.70	0.919	0.937
Madde14	50	1.36±0.69	0.952	0.911
Madde15	50	1.24±0.65	0.874	0.950

Cronbach Alfa: 0.959 Std. Alfa: 0.960

EK3- ARAŞTIRMADA ELDE EDİLEN BULGULARA İLİŞKİN DAĞILIM VE ORTALAMALAR

Tablo59- Cinsiyete Göre Dağılımlar

Cinsiyet	n	%
Kadın	1515	49.7
Erkek	1536	50.3
Toplam	**3051**	**100.0**

Araştırmaya 3051 katılımcı dahil olmuştur. Tablo59'da katılımcıların cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Katılımcıların % 49.7'nin kadın, % 50.3'nün ise erkek olduğu saptanmıştır.

Tablo60- Eğitim Durumuna Göre Dağılımlar

Eğitim Durumu	n	%
Okuryazar	696	22.8
İlköğretim	963	31.6
Lise	229	7.5
Önlisans	49	1.6
Lisans	965	31.6
Yükseklisans/Doktora	149	4.9
Toplam	**3051**	**100.0**

Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımları Tablo60'ta verilmiştir. Katılımcıların % 22.8'nin hiç eğitim almamış sadece okuryazar oldukları belirlenmiştir. Eğitim alan katılımcılara bakıldığında ise; % 31.6'nın ilköğretim, % 7.5'nin lise, % 1.6'nın önlisans, % 31.6'nın lisans ve % 4.9'nun yüksek lisans ya da doktora mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo61- Medeni Duruma Göre Dağılımlar

Medeni Durum	n	%
Bekar	686	22.5
Evli	1606	52.6
Dul	280	9.2
Boşanmış	479	15.7
Toplam	**3051**	**100.0**

Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımları Tablo61'de verilmiştir. Katılımcıların % 22.5'nin bekar, % 52.6'nın evli, % 9.2'nin dul, % 15.7'nin ise boşanmış olduğu görülmüştür.

Tablo62- Mesleklere Göre Dağılımlar

Meslek	n	%
Öğrenci	68	2.2
İşçi	415	13.6
Memur	71	2.3
Esnaf	361	11.8
Serbest Meslek	483	15.8
Yönetici	720	23.6
Diğer	235	7.7
Meslek sahibi değilim	698	22.9
Toplam	**3051**	**100.0**

Katılımcıların Tablo62'de verilen mesleklere göre dağılımlarına bakıldığında; % 22.9'nun meslek sahibi olmadığı, % 2.2'nin ise öğrenci olduğu görülmüştür. % 13.6'nın işçi, % 2.3'nün memur, % 11.8'nin esnaf, % 15.8'nin serbest meslek, % 23.6'nın yönetici olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 7.7'nin ise tüm bu mesleklerin dışında farklı bir mesleğe sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo63- Çalışma Durumuna Göre Dağılımlar

Çalışma Durumu	n	%
İşsiz	703	23.0
Geçici işler	202	6.6
Yarı zamanlı	26	0.9
Tam zamanlı	2120	69.5
Toplam	**3051**	**100.0**

Tablo63'te katılımcıların çalışma durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında % 23.0'nın işsiz olduğu görülmüştür. Çalışan katılımcıların ise % 6.6'nın geçici işlerde, % 0.9'nun yarı zamanlı, % 69.5'nin ise tam zamanlı olarak çalıştıkları belirlenmiştir.

Tablo64- Doğum Yerlerine Göre Dağılımlar

Doğum Yeri	n	%
İstanbul	1154	37.8
İstanbul harici	1897	62.2
Toplam	**3051**	**100.0**

Katılımcıların doğum yerlerine göre dağılımları Tablo64'te verilmiştir. Katılımcıların % 37.8'nin İstanbul'da, % 62.2'nin ise İstanbul haricinde bir şehirde doğdukları görülmüştür.

Tablo65- Doğum Yeri Özelliklerine Göre Dağılımlar

Doğum Yeri	n	%
Köy	1388	45.5
Kasaba	155	5.1
Merkez	545	15.6
Büyükşehir	963	33.8
Toplam	**3051**	**100.0**

Katılımcıların Tablo65'te verilen doğum yeri özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; % 45.5'nin köy, % 5.1'nin kasaba, % 15.6'nın merkez, % 33.8'nin ise büyükşehirde doğmuş olduğu belirlenmiştir.

Tablo66- Büyünen Yerin Özelliklerine Göre Dağılımlar

Büyünen Yer	n	%
Köy	1388	45.5
Kasaba	155	5.1
Merkez	477	15.6
Büyükşehir	1031	33.8
Toplam	**3051**	**100.0**

18 yaşına kadar büyünen yere göre dağılımlar Tablo66'da verilmiştir. Katılımcıların % 45.5'nin köy, % 5.1'nin kasaba, % 15.6'nın merkez, % 33.8'nin ise büyükşehirde büyüdüğü görülmüştür.

Tablo67- Hastalıklar ile İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklara Göre Dağılımlar

Kaynak	n	%
Kitap	968	31.7
Hekim/Sağlık Personeli	1236	40.5
Aile Bireyi/Arkadaş	1882	61.7
Dergi	541	17.7
Gazete	841	27.6
İnternet	1230	40.3
TV	714	23.4
Sosyal Medya	1367	44.8

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir**

Hastalıklar ile ilgili bilgiyi edindikleri kaynaklara göre dağılımlar Tablo67'de verilmiştir. Katılımcıların % 31.7'nin kitap, % 40.5'nin hekim ya da sağlık personeli, % 61.7'nin aile bireyi ya da arkadaş, % 17.7'nin dergi, % 27.6'nın gazete, %

40.3'nün internet, % 23.4'nün TV, % 44.8'nin ise sosyal medyadan hastalıklar ile bilgiyi edindiği saptanmıştır.

Tablo68- Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımlar

Davranış	n	%
Sigara Kullanımı	1736	56.9
Düzenli Fiziksel Aktivite	955	31.3
Sağlıklı Beslenme	1516	49.7

Tablo68'de katılımcıların yağtığı sağlık davranışları verilmiştir. Katılımcıların % 56.9'nun sigara kullandığı, % 31.3'nün düzenli fiziksel aktivite yaptığı, % 49.7'nin ise sağlıklı beslenmeye özen gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo69- Hastalıklara Göre Dağılımlar

Hastalık	n	%
Kalp	1096	35.9
Kanser	823	27.0
Solunum yolu	1048	34.3

Katılımcıların kendilerinde ya da yakınlarında bulunan hastalıklar Tablo69'da verilmiştir. Katılımcıların kendisinde ya da yakınlarında; % 35.9'nun kalp, % 27.0'nın kanser, % 34.3'nün ise solunum yolu hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo70- Yaş, Hanehalkı, Aylık Gelir, İstanbul'da Yaşama Yılı Ortalamaları

	Min-Max	X±ss
Yaş	18-77	44.30±13.06
Hanehalkı sayısı	1-7	4.17±1.60
Aylık gelir	750-3000	1584.64±580.65
İstanbul'da yaşama yılı	1-54	22.84±12.62

Tablo70'te yaş, hanehalkı sayısı, aylık gelir ve İstanbul'da yaşam süresi ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamasının 44.3±13.06 olduğu ve yaşların 18 – 77 arasında değiştiği saptanmıştır. Hanehalkı sayısı ortalamasının 4.17±1.60 olduğu ve hanehalkı sayısının 1 – 7 arasında değiştiği belirlenmiştir. Katılımcıların aylık gelir ortalamasının 1584.64±580.65 TL olduğu ve 750 TL – 3000 TL arasında değiştiği görülmüştür. Katılımcıların İstanbul'da yaşam sürelerine bakıldığında ise; ortalama 22.84±12.62 yıl olduğu ve 1 – 54 yıl arasında değiştiği saptanmıştır.