

## SAĞLIK İLETİŞİMİ: YAŞLILARIN TELEVİZYONDA YAYINLANAN SAĞLIK PROGRAMLARINI İZLEME MOTİVASYONLARI\*

Abdullah Koçak\*\* – Yasin Bulduklu\*\*\*

### ÖZET

*Sağlık ve iletişim kavramlarını yan yana getiren sağlık iletişimi, akademik çevrelerin son yıllarda çokça ilgilenmeye başladıkları disiplinler arası bir alandır. Son 30 yılda özellikle Amerika'da adından sıkça söz ettiren sağlık iletişimi alanına ülkemizde de son yıllarda bir yöneliminin olduğu görülmektedir. Alan, kitle iletişim araçları üzerinden sağlık mesajlarının verilmesinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumu ve tüketimi, hasta – doktor iletişimi, gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Sağlık iletişimini konu edinen bu araştırma yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.*

*Anahtar sözcükler: Sağlık iletişimi, yaşlılar, sağlık programları,*

### HEALTH COMMUNICATION: THE VIEWING MOTIVATIONS OF HEALTH PROGRAMS ON TELEVISION BY ELDER PEOPLE

### ABSTRACT

*Health communication, which brings together these two concepts: health and communication, is an interdisciplinary field that academic environment has begun very interested in recent years. It is also seen an orientation in our country to health communication field that its name has been spoken rather frequently especially in America in last 30 years. The field includes a wide range as patient-doctor communication, presentation and consumption of health services in addition to give health messages by mass media. This research treating health communication, aims at display the viewing motivations of health programs on television by elder people*

*Keywords: health communication, elders, health programs*

### GİRİŞ

Dünya sağlık örgütüncü “sadece hastalık ve sakatlıktan yoksunluk hali değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik içinde olma” hali (Fişek 1983: 1, Calman 1998: 4; Cirhinoğlu 2001: 15, Baltaş 2004: 34, Wexler 2007: 2, Polan ve Taylor 2007: 4) olarak tanımlanan sağlık, kişinin devredemediği ve ikamesi mümkün olmayan en temel insan hakkıdır. İletişimin belki de en gerekli olduğu ve üzerinde ciddi düzeyde etkide bulunabileceği alan şüphesiz sağlıktır. Bireylerin, içinde yaşadıkları topluluğun yapısına ve şartlarına göre, gündelik yaşamda sağlık olgusuna ilişkin anlam paylaşımı ve bildiklerini birbirlerine aktarmaları sağlık iletişiminin konularının başında gelmektedir. Sadece bireyler arası bilgi aktarımı değil, aynı zamanda kitle iletişim araçları üzerinden de iletilen mesajlar bireysel ve toplumsal sağlı-

ğın üzerinde ilk elden etkilidir. Bireyin aldığı iletiyi yorumlama yetisi, sağlık davranışının şekillenmesi üzerinde bir etkide bulunabileceği gibi, sağlık bakımının sunum kalitesi ve alınan sağlık hizmetinden elde edilecek doyum algısı üzerinde de etkili olmaktadır. Sağlık iletişimi uygulamalarının temel amacı bireyin sağlık davranışının istenilen yönde değiştirilmesi yoluyla bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesidir.

Sağlık iletişimi bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayan önemli bir araçtır. Sağlık konusunda sadece iletişim stratejileri kullanılarak hedef izleyici kitlesinin bir sağlık sorununa ve bu sorunun çözümüne ilişkin farkındalığının artırılması mümkündür. Sağlık sorunlarında iletişim araçları kullanılarak, bireyin istenilen hareket yönünde güdülenmesi, mevcut olumlu sağlık davranışına ilişkin bilgi

\* Bu makale, 4. Uluslar arası Sosyal ve Uygulamalı Gerontoloji Sempozyumu'nda bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi

\*\*\* Dr, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

ve tutumunun pekiştirilmesi, sağlık hizmetlerine talep yaratılması ve hizmet kalitesinin artırılması gibi sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Bireyler, gündelik yaşamlarında pek çok sağlık iletişimine çeşitli mecralardan maruz kalmaktadırlar. Eczane vitrinleri, billboardlar, broşürler, radyo, gazete, dergi, internet ve televizyon bu mecralardan bazılarıdır. En etkili sağlık iletişim aracı ise şüphesiz televizyondur. Son zamanlarda sayıları giderek artan televizyon sağlık programları izleyenlerine sağlık bilgisini sözlü ve görüntülü olarak aktarmakta ve onlar üzerinde bazı etkilere neden olmaktadır. Türkiye’de ulusal bazda yayın televizyon kanallarının programları incelendiğinde, 20 ayrı televizyon kanalında sağlıkla ilgili bağımsız 24 ayrı program olduğu görülmektedir. Bu programların süresi de yarım saat ile 2,5 saat arasında değişmektedir. Ayrıca bu programların çoğunluğunun hafta içi günlerin tamamında yayımlandığı görülmektedir. Gündüz saatlerinde televizyonda yayınlanan bu programların 50 yaş ve üzerindeki ve kadın izleyiciler tarafından daha yoğun tüketildiği görülmektedir.

Pek çok kaynaktan birbirinden farklı şekilde tanımlanan yaşlılık, genel olarak 60 yaş üstü bireyler olarak kabul edilmekte, yaşlılık sınıflandırması ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan yaşam beklentisine göre, değişiklik göstermektedir. Yaşlılığın sosyal boyut kazanması ise, onun algılanış biçiminde meydana gelen değişimle ilişkilidir (Koçak ve ark 2009: 1). Yaşlılığın hem bireyleri hem de toplumları ilgilendiren doğal bir süreç olduğu göz önüne alındığında, yaşlılığın yalnızca kronolojik yıllar üzerinden değerlendirilebilecek bir olgu olmadığı açıkça görülmektedir. Biyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik ve ruhsal süreçler yaşlılığı anlamlandırmada önemli bir role sahiptir. Günümüzde yaşlılıkla ilgili yapılan çalışmalarda gelecekteki görüşlerin değişmekte olduğu ve yaşlılığın; sosyal yönleriyle ele alınıp incelendiği görülmektedir (Cohen 2002: 600). Yaşlı insanların boş vakitlerini geçirmekle ilgili yapılan araştırmalarda ise, medya kullanımının önemli bir aktivite olduğu görülmektedir. Yaşlıların diğer yaş grupları gibi zamanlarının önemli bir bölümünü kitle iletişim araçlarını kullanmaya harcaması, medyanın popülaritesi ve kültürel etkisi, medyanın insanların ilişkilerini etkileye-

bilmesi ve diğer boş zaman aktiviteleri üzerinde belirleyici bir rolü olması, araştırmacıların konuya olan ilgisini daha da arttırmıştır (Pecchioni ve ark. 2005: 227, Robinson ve Skill 1995: 359, Nussbaum ve ark. 2000: 64). Araştırmacılar (Graney ve Graney 1974: 89, Robinson ve Skill 1995: 369, Chory-Assad ve Yanen 2005: 184, Hilt ve Lipschultz 2004: 58, Burnett 1991: 34) yaşlı insanların kitle iletişim araçlarına yönelmelerinin boş zamanlarını doldurmada temel bir aktivite olduğunu belirtmektedirler ve medya kullanımının yaşlılar açısından önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu araştırma da temel olarak ele alınan sağlık iletişimi kavramının daha net anlaşılabilmesi için konuyla ilgili kavramsal çerçeveye aşağıda sunulmaktadır.

## 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. Sağlık Davranışı ve Sağlık Davranışı Modelleri

Sağlık davranışı, bireyin sağlığa ilişkin olarak var olan eylemlerini kapsar ve bireyin geçmiş deneyimleri, toplumsal kültür ve çevresel unsurlara göre şekillenir. Sağlık davranışı, bireyin öznel standartlarına, toplumsal ve çevresel etmenlere bağlı olarak mevcut davranışının pekiştirilmesi, geliştirilmesi veya değiştirilmesi şeklinde gerçekleşir. Görüldüğü üzere sağlık iletişim programlarının temel amacı bireyin sağlık davranışı üzerinde bir etkide bulunmaktır. Etkili bir sağlık iletişimi programı için bireyin davranışlarının ve bu davranışların nasıl değiştiğinin bilinmesi zorunluluktur. Bu bağlamda sosyal psikolojiden uyarlanan bazı sağlık davranışı modellerinde kısaca söz etmek yerinde olacaktır.

- *Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)*: İlk olarak 1950’li yıllarda geliştirilmiş akut ve kronik hastalıklarda hastaların tedaviye verdikleri yanıt ve hastalıkların önlenmesi doğrultusunda şekillendirilmiş, sağlık davranışını açıklamaya ve tahmin etmeye çalışan bir yaklaşımdır (Bennett ve Hodgson 1992: 23, Curtis 2000: 11). Sağlık İnanç Modeli, bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, daha önce yaşadığı bir sağlık durumuna ilişkin deneyimlerine istinaden sağlığını koruma yönünde hareket ettiği ve bu tehdiye karşı koruyucu sağlık davranışı gösterdiği varsayımına dayalı-

nır. Kişiler, kendilerinin bir hastalığa yakalanacağına ve hastalığın bazı ciddi sonuçları olacağına, yapılacak bazı uygulamaların hastalığa duyarlılığı veya neden olacağı zararları azaltacağına, bu uygulama ya da eylemin faydasının maliyetinden fazla olacağına inanırlarsa, hastalıkları anlama ya da önleme çarelerini araştırmaktadırlar (Çam ve Bilge 2007: 217, Çınarlı 2008: 129).

- *Nedenli Eylem (Reasoned Action) ve Planlanmış Davranış (Planned Behavior)*: Fishbein ve Ajzen tarafından davranışlar, niyetler ve tutumlar arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Modele göre; özel bir davranış yapma olasılığının belirleyici unsurları, bireyin motivasyonel özellikleridir (akt. Montaño ve Kasprzyk 2008: 68-69). Buna göre davranışın, ortaya çıkmasında iki varsayım söz konusudur: bunlardan ilki, *davranışa yönelik var olan inançlar ve tutumlardır*; her bir inanç, bir öz değerlendirilmenin sonucunun güçlü veya hafif şekilde hissedilmesi ile bağlantılı olarak ortaya çıkar. Bireyler bir davranışı gösterme sürecinde birbiriyle bağlantısız pek çok inanişe sahip olabilirler. Davranış, inanışlar, tutumlar ve algıların bir toplamıdır. Davranış üzerinde etkili olan ikinci unsur, *kişisel normlardır*; kişisel normlar, bireylerin belirli bir davranışı göstermeleri durumunda diğerlerinin ne düşüneceği konusuna verdiği önemin öznel olarak algılanmasıdır (Redding 2000: 183). Planlanmış Davranış Kuramı, Nedenli Eylem Kuramının varsayımlarını kabul etmenin yanı sıra insanların mantıklarıyla hareket ettiklerini varsaymaktadır. Bireylerin mevcut bilgilerini ve onların gösterdikleri davranışlarında ortaya çıkan açık veya örtülü anlamları açıklamaya çalışmaktadır. Teoriye göre niyetler veya davranışlar, kişinin doğası, toplumsal etkinin bir yansıması ve kontrol mekanizmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Ajzen 2005: 117).

- *Sosyal Biliş Teorisi (Social Cognitive Theory)*: Sosyal Biliş Teorisi sağlık davranışının saptanmasında bireysel faktörlerin ötesine geçerek, çevresel ve sosyal faktörleri de göz önünde bulundurmaktadır. Davranış, çevresel ve sosyal faktörlerle bilişsel süreçlerin etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Redding 2000: 184, McClelland ve Rees 2000: 70, Gard 2000: 70). Kurama göre insan-

lar, sadece tepkisel organizmalar değil aynı zamanda kendilerini, içinde yaşadıkları gruplarını, çevrelerini düzenleyebilen ve çevresini yansıtan, kendi iç güçlerinden ve çevresel faktörlerden de etkilenen varlıklardır. İnsanlar, içinde yaşadıkları toplumsal sistemin hem üreticisi hem de ürünü konumundadırlar. İçerisinde yaşadıkları sisteme uyum sağlamak amacıyla kendilerini değiştirir ve geliştirirler. İnsanlar geniş bir sosyo-kültürel etkiler ağı içinde yaşamaktadırlar. Bireyin psiko-sosyal unsurlarının yanı sıra çevresel unsurlar ve bireyin yakın çevresi onun davranışlarının değişmesi ve gelişmesi üzerinde etkili olmaktadır (Bandura 2001: 121).

- *Korunma Motivasyonu Teorisi (Protection Motivation Theory)*: Bireyde mevcut bir sağlık tehdidi hakkında korku oluşturmak suretiyle belirli bir davranışı göstermesi yönünde güdüleme anlayışına dayanan bu teori, sağlık riski ve bu riskin sonuçları hakkında tehditler kullanılarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır (Gorin 2006: 41, Murphy ve Bennett, 2002: 33). Televizyonlarda sıklıkla şahit olduğumuz sigara içen ve içmeyen kişilerin akciğerlerinin gösterilmesi korku yaratma çabasına örnek olarak verilebilir.

## 1.2. Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişimi Düzeyleri

Sağlıkta ve hastalıkta, iletişim insan deneyimlerinin en hayati boyutunu oluşturmaktadır. Hiçbir insani olgu hastalık ve sağlık kadar temel nitelikte değildir ve hiçbir olgu bizim iç dünyamızdaki isteklerimizi, arzularımızı bu denli etkilemez. İnsanın vücudu, zihni ve içinde yaşadığı toplum arasında kurulan ilişki bu dinamikleri harekete geçirici niteliktedir. Sağlık iletişimi de bu ilişkinin kurulmasında anahtar rol oynamaktadır (Ratzan 1994: 225, Baborow ve Mattson 2003: 39, Mittelmark 2007: 98). Sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi amacıyla bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan, etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır (Tabak 2003: 29, Schiavo 2007: 5). Healthy People 2010 sağlık iletişimini, “önemli sağlık sorunları hakkında, kamunun, bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi ve harekete geçirilmesi sanat ve tekniği” şeklinde tanımlamaktadır (Parrott 2004: 751, Schiavo 2007: 5).

Sağlık iletişimi, bugün hastalıkların önlenmesi, sağlığa ilişkin önemli bazı noktaların savunulması, sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve pazarlanması, sağlık hizmeti tüketicilerinin tedavi süreçleri, tedavi seçenekleri ve sağlık bakım kalitesi ile ilgili olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gibi çeşitli prensipleri sıklıkla kullanmaktadır. Aynı zamanda sağlık bilgisine erişimde bilgisayar temelli yeni teknolojilere erişimin yaygınlaştırılması, bu yeni teknolojilerin etkili kullanımı ve eşit erişim imkanının sağlanması gibi konularda sağlık iletişiminin kapsamı içerisinde yer almaktadır. Bir sağlık sorununun ve sorunun çözümüne ilişkin farkındalık yaratma ve bilgi sağlama, olumlu sağlık davranışı hakkında bireyleri güdüleme, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırma gibi bazı unsurlar sağlık iletişiminin hedefleri olarak sayılabilir.

Sağlık iletişimi, bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli rollere sahiptir. Bireysel ve toplumsal düzeyde farkındalık yaratarak hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi ve sağlığın korunması yoluyla sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan sağlık iletişimi çeşitli düzeylerde gerçekleşmektedir. Bu düzeyler:

*Hekim – Hasta İletişimi:* Hekim ile hastanın yüz yüze, aracısız ve karşılıklı etkileşimini içeren iletişim düzeyidir. Sağlık iletişimi alanında etkileşim yoğunlukla yüz yüze gerçekleşmekte, davranışsal değişim amacı taşımaktadır. Hastanın sağlık hizmetini alması sırasında hekim tarafından verilen direktifleri dinlemesi, hekimin hastaya rahatsızlığa ilişkin detayları açıklaması, tedavi sürecinin bu paylaşım sırasında yönlendirilmesi ve iki taraf arasında uyumlu bir güven ağının oluşumu, sağlık iletişiminin bu boyutuyla ilişkilidir.

*Grup İletişimi:* Sağlık iletişiminde öğrenme, tutum değişikliği, benimseme ve uygulama süreçleri çeşitli büyüklüklerdeki gruplarda oluşmaktadır. Özellikle ortak karar alma durumlarında grupsal özellikler ve grup iletişimi önemlidir (Tabak 2003: 45). Gruplar, sağlık iletilerini kendi üyelerine aktarabilmekte, sağlığın geliştirilmesine yönelik çabalarla üyelerinin yaşam biçimini değiştirebilmektedirler. Bu gruplara örnek olarak belirli bir hastalığı olan bireylerin oluşturmuş oldukları LÖSEV, diya-

liz ve diyabet hastalarının kurmuş oldukları dernekler verilebilir. Bu gruplar, kendi üyesi olan hastalara yardım ve dayanışma anlamında desteklerde bulunurlarken, verdikleri mesajlarla hem grup içinde bireysel, hem de toplumsal sağlık bilincinin oluşmasında etkin rol oynamaktadırlar.

*Kitle İletişimi:* Sağlık konusundaki iletişim, teknolojinin de hızlı devriminin bir sonucu olarak büyük oranda kitle iletişim araçları üzerinden yapılar duruma gelmiştir. Sağlığa ilişkin bir sorunun kamuoyuna duyurulması, istenilen bir sağlık davranışının geniş kitlelere benimsetilmesi, kitle iletişim araçları üzerinden yürütülecek kampanya ile mümkündür. Bireyler arası sağlık iletişimi, kitle iletişim araçları üzerinden yürütülen kampanyalara göre bazı önemli avantajlara sahip olmasının yanında geniş kitlelerin hedeflendiği kampanyalarda olanakları çoğunlukla sınırlıdır. Özellikle televizyonun ve sonrasında internetin hızla yaygınlaşması, sağlık bilgisinin bu mecralardan elde edilmesini kolaylaştırmıştır. Bugün artık sağlık iletişiminin en önemli boyutu kitle iletişim araçları üzerinden gerçekleşen sağlıksal etkileşimdir. Milio (1986) kitle iletişim araçlarının, sağlık davranışını, *bireysel ve toplumsal* olmak üzere iki düzlemde etkilediğini belirtmiştir. Ona göre; bireysel düzlemde bu araçlar, sağlığa ilişkin tutum ve davranışların pozitif veya negatif yönde değişimini tetikleyebilmektedir. Toplumsal düzlemde de politika yapıcılarının, sağlık sorunlarından haberdar olma seviyelerini ve hızını artırabilmekte ve kamusal sağlığın geliştirilmesine ve değiştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (akt. Brown ve Walsh-Childers 2002: 453). Kitle iletişim araçları, tek başına sağlık davranışının değiştirilmesi üzerinde doğrudan etkili olmayabilir. Ancak, bu araçlar üzerinden yürütülen sağlık kampanyaları, bireylerin farkındalığının yaratılmasını ve sağlık sorunlarına ilişkin gündemin yapılandırılmasını sağlayabilecek nitelik taşımaktadır (Ratzan 1994: 224, Wallner 1997: 22, MacDonald 1998: 110). Özellikle toplumsal bir sağlık riski hakkında tasarlanan sağlık kampanyasında hedeflenen sağlık davranışının ortaya çıkması üzerinde, kitle iletişim araçlarının oldukça etkili olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur.

### 1.3. Sağlık İletişim Modelleri

1990'lı yıllar sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda yeni gelişmelerin yaşanması ve diğer endüstrilerden uyarlanan tekniklerin ışığında bazı yaklaşımların gelişmesine sahne olmuştur. Sağlık iletişiminin henüz gelişmekte olan bir disiplin olması nedeniyle literatürde fikir birliği edilmiş yaklaşımlardan söz etmek oldukça güçtür. Genel olarak sosyal psikolojinin davranış modellerinin ve iletişim disiplininin bazı yaklaşımlarının sağlık iletişimine uyarlanmış olduğu ve bu uyarlamalara sağlık iletişimi yaklaşımları adı verildiği göze çarpmaktadır. Bu modellerden bazıları;

*Retorik Model:* Sözlü veya sözsüz mesajlar yoluyla alıcının zihninde kaynak tarafından hedeflenmiş anlamların oluşturulması süreci olarak tanımlanmaktadır (Tabak 2003: 42). Craig (1999), Retorik Yaklaşımı "ikna edici söylemin, işlevsel bir sanat olarak iletişim sürecinde kullanılmasıdır" şeklinde tanımlamıştır. Bilimsel teori ve ses bilimi üzerine dayanan yaklaşım, söylemin ve metinlerin içeriklerinin sağlık iletişimde etkin biçimde kullanılması üzerinde yoğunlaşmaktadır (akt. Ratzan 2001: 211).

*Semiyotik Model:* İşaretler ve işaret sistemleri kullanılarak öznel arası bir anlam paylaşımı olarak iletişimi kuramlaştırır. Model, odak noktasını nesnelere ilişkilere doğru kaydırmakta; bireysel işaretler ve anlamların doğası yerine, diğer bireylerle ilişkilerde işaretler ve işaretlerin anlamları gibi konuları sorunsallaştırmaktadır. Özneler arası yaklaşımla iletişimcilerin paylaştığı ilişkiler ağının genişletilmesi ile uğraşan yaklaşım, işaretler aracılığıyla sağlık iletişimde sunulan içeriklerin dikkat uyandıracak şekilde yapılandırılmasına aracılık eder özelliktedir. Diyet yaparak vücudun inceleceğine yönelik bir reklamda dönüşümün gösterilmesi sağlık iletişimde bu modelin kullanımına örnek olarak verilebilir (Babrow ve Mattson 2003: 49).

*Fenomenolojik Model:* Fenomenolojik Model, işaretlerin öznel arası anlamları kazanmasında önemli olan unsurun bireyin deneyimleri olduğunu ileri sürmektedir. Retorik söylem kadar, stratejik işaretlerin ve iletişimin ustaca ve amaçlı yapılandırılmasının zorunlu olduğunu savunmakta, iletişimi bilinç aramayı amaçlayan bir aydınlanma çabası olarak tanımla-

maktadır (Babrow ve Mattson 2003: 49). Fenomenolojik Yaklaşımına göre bireyin edindiği tecrübe kendisinin çevresiyle olan etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Olayların temel özelliklerinin subjektif deneyimlerle gözlenmesi ve betimlenmesini amaçlayan bir yaklaşımdır.

*Sibernetik Model:* Davranışın kaynağını, işlevsel olarak yürütülen gündelik yakın ilişkiler ve var olan durumlardan ortaya çıkması muhtemel beklentiler oluşturmaktadır (Edwards 1992: 239). Craig'e göre (1999) Sibernetik gelenek, karmaşık olan sistemlerin düzenlenmesi, çevresel dış faktörlerin etkilerinin uysallaştırılması veya artırılması yanında çevresel geri bildirimleri de kapsamaktadır. Modelde bir sistem ve onun var olduğu çevresi birlikte bir süper sistemi oluşturur ve bu yüzden "çevresel etki" bilginin işlenmesi sürecinin önemli unsurlarındandır. Bu geleneğe göre; iletişim stratejileri, toplumsallık ve toplumsallığa aykırılık arasındaki gerilimlere de etkili bir şekilde uygulanabilirler.

*Sosyo-psikolojik Model:* Model, beklentiler ve belirsizlikler arasındaki günümüze özgü gerilimleri azaltıcı nitelik taşımaktadır. Sosyopsikolojik gelenek, yaygın olan duyguların yanında görünmeyen yönleri de sağlık iletişimi uygulamaları bağlamında irdelemekte ve yaygın olarak kabul edilmiş fikirler bağlamında, ortaya çıkan görüşlere de dikkati çekmektedir. Bu modele göre iletişim, bireysel inançların, duyguların ve yargıların etkilediği bir süreçtir. Model toplum içindeki her bir bireyin birbirini etkilediğini de varsayar (Babrow ve Mattson 2003: 50-51).

*Sosyo-kültürel Model:* Modelde iletişim kavramı, bireyin içinde yaşadığı toplumu, grubu veya kendi herediter-kültürel unsurlarını da içine alan ilişkilerini ve etkileşimini ifade etmektedir. İnsan yaşamsal süreçte içerisinde bulunduğu gruplarla etkileşiminin bir sonucu olarak o topluluğun niteliklerini benimsemek durumundadır. Her ne kadar bu durum, toplumsallaşma sürecinin bir sonucu gibi görünmektense de, sağlık iletişiminin bakış açısından durum bazı farklılıklar arz etmektedir. Birey, seçme olanağı bulunmaksızın doğumuyla birlikte kendisini içerisinde bulduğu toplumsal katmanların, sağlık ve hastalık tanımlarının

veya yorumlarının içinde bulmaktadır. Özellikle gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerin eğitim seviyeleriyle paralel olarak, kültürel etkenlerin sağlık üzerindeki etkisi, inanışların ve değerlerin de katkısıyla bir artış (olumlu veya olumsuz yönde) gösterebilmektedir. Sağlık iletişimi bu yapılar göz önünde bulundurularak yapılandırılmalıdır.

*Eleştirel Yaklaşım:* Eleştirel geleneğe göre iletişim, söylemsel bir sürecin yansıması şeklinde ortaya çıkmaktadır. İdeolojik uygulamalar ve materyaller çoğunlukla toplumsal söylemin bozulmasına, çarpıtılmasına ve gerçek iletişimin engellenmesine neden olmaktadır. Toplum, kimliklerin tanımlanması ve bireysel rollerin sınırları konusunda genel olarak kabul edilebilir davranışların sınırlarını çizmiş durumdadır. Bireyler arası iletişim ve kitle iletişimi başta olmak üzere iletişimin diğer biçimleri, uygulandıkça gelenekselleşen bu kurallar çerçevesinde gerçekleşmektedir. Eleştirel gelenek tüm bu geleneksel çerçeveye tepki olarak ortaya çıkmıştır ve bir nevi egemen ideolojilere başkaldırı niteliği taşımaktadır. Eleştirel teorisyenler ve araştırmacılar, iletişimi saptıran, egemen ideolojileri ve materyalist uygulamaları açığa çıkarmak uğraşındadırlar. Craig (1999) sağlık iletişiminin farklı türden gerilimler ve Eleştirel Yaklaşımla yüksek düzeyde ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (akt. Babrow ve Mattson 2003: 53). Eleştirel gelenek sağduyunun yaygınlaştırılması (güç ve zenginliklerin sürdürülmesi, özgürlük, eşitlik, ve akıl gibi değerlerin tartışılması, haberdar edilmesi ve anlaşılması) ve çoklu ortak söylemlere karşı çıkılması (geleneksel sosyal düzen hem doğal ve hem de mantıklıdır; bilim ve teknoloji objektiftir gibi söylemler) noktasında oldukça önemlidir. Bu muhalif söylem, sağlık uygulamaları ve sağlık bakım kuruluşları ile olan ilişkilerde de etkilidir.

## 2. METODOLOJİ

Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonlarını ortaya koymayı amaçlayan bu çalışma iletişim araştırmalarında izleyici etkinliğini öne çıkaran ve kullanım motivasyonlarının belirlenmesini sağlayan kullanımlar ve doyumlar yaklaşımı'nın kavramsal çerçevesinde gerçekleştirilen betimleyici bir araştırmadır.

Araştırmanın verileri 2010 yılı içerisinde Konya'da yaşayan 50 yaşından büyük ve tesadüfi olarak seçilen toplam 306 kişiden yüz yüze görüşme tekniği ve soru formu yardımıyla toplanmıştır.

Kullanılan soru formu, beş kısımdan oluşmaktadır. Bunlar; katılımcıların sağlık durumlarının tespitine yönelik sorular, televizyon izleme ve sağlık programlarına olan ilgilerinin saptanmasına yönelik sorular, televizyonda yayınlanan sağlık programlarıyla ilgili yargılar, sağlık programlarının izlenme motivasyonları ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorulardır. Araştırma, zamanlarının büyük bir kısmını televizyon başında geçiren yaşlıların sağlık programlarına ilgisini ve izleme motivasyonlarını ortaya çıkarması açısından önemlidir.

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları ile ilgili ölçeğin hazırlanmasında daha önceleri yapılan araştırmalarda kullanılan ifadeler temel alınmış ve literatür taraması sonucunda yeni ifadeler eklenerek 35 ifadeden oluşan ölçek oluşturulmuştur. Ölçekteki ifadeler iki ayrı uzmana yüzey geçerliliği için incelenmiş ve öneriler ışığında gerekli düzenlemeler yapılarak 30 kişi üzerinde ön-teste tabi tutulmuş ve sonuçlar analiz edilmiştir. Ön-test verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik değeri düşük olan ifadeler ölçekten çıkarılmış ve 26 maddeden oluşturulan ölçek soru formunda uygulamaya konulmuştur.

## 3. BULGULAR VE YORUM

### 3.1. Görüşülen Kişilerin Sağlık Durumları ve Televizyon İzleme Davranışları

Araştırma bulguları temel olarak yaşlıların medya kullanım alışkanlıkları hakkında bilgiler vermiştir. Öncelikle katılımcılara sürekli ilaç kullandığı ya da tedavi olduğu bir hastalığının olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların % 58,8'i sürekli ilaç kullandığını ya da tedavi olduğunu belirtmiştir. Sağlığı tehdit edici alışkanlık noktasında katılımcıların % 20,9'u sigara kullandığını % 4,2'si alkol ve sigara kullandığını ifade ederken % 74,8'i sağlığını tehdit edici alışkanlığı olmadığını belirtmiştir. Yine katılımcıların % 88,6'sı son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşlarına gitmişlerdir. Sonuçlardan

da görülebileceği gibi görüşülen kişilerin sağlık sağlık konusuyla yakından ilgilenmektedirler. açısından sorunları bulunmakta dolayısıyla

**Tablo 1.** Görüşülen Yaşlıların Genel Sosyo-Demografik Özellikleri

		Frekans	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	151	49,3
	Erkek	155	50,7
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Eğitimsiz (okur-yazar)	27	8,8
	İlkokul	129	42,2
	Ortaokul	31	10,1
	Lise	64	20,9
	Üniversite	55	18,0
<b>Medeni Durum</b>	Evli	260	85,0
	Bekar	5	1,6
	Boşanmış	5	1,6
	Eşi ölmüş	36	11,8
<b>Kimle yaşıyor</b>	Yalnız	21	6,9
	Eşi ve çocukları ile birlikte	196	64,1
	Eşiyle birlikte	56	18,3
	Diğer	33	10,8
<b>Çalışma Durumu</b>	Halen çalışıyor	103	33,7
	Emekli	96	31,4
	Hiç çalışmadı	107	35,0
<b>TOPLAM</b>		<b>306</b>	<b>100,0</b>

	N	En az	En çok	Ort.	Std. Sapma
<b>Yaş</b>	306	50	84	58,60	7,80
<b>Gelir</b>	306	285	10000	1553,48	1254,60

Sağlıkla ilgili bilgilerin temel olarak alındığı kaynak ile ilgili çoklu cevap verilen soru incelendiğinde doktorlar katılımcıların % 90,8'i tarafından temel kaynak olarak belirtilmiştir. Televizyon ise doktorlardan sonra % 50,7 oranıyla ikinci sırada gelmektedir. Sağlık çalışanı bir tanıdık % 28,8, internet % 13,4 ve gazete % 6,2 oranında sağlık bilgisi alınan kaynaklardır. Bilgi alınan kaynak noktasında cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Doktordan bilgi alanların % 51,8'i erkeklerden % 48,2'si kadınlardan oluşurken, televizyondan sağlık bilgisi alanların % 41,9'u erkeklerden % 58,1'i kadınlardan oluşmaktadır. Kadınlar erkeklere göre televizyondan daha fazla sağlık bilgisi almaktadır.

Televizyonda yayınlanan sağlık programları izlenme sıklığında; her gün izleyenler % 16,3, haftada 2-3 gün izleyenler % 15,4, haftada 1 gün izleyenler % 3,6, konusu ilgisini çekerse izleyenler % 7,2 ve denk geldiğinde izleyenler

% 57,5 oranındadır. Sonuçlar katılımcıların yarısından fazlasının düzenli olmadan kanallar arasında dolaşırken sağlık programına rastlandığında izlediğini belirtmektedir. Ancak düzenli olarak izleyenlerin oranının da düşük olmadığı belirtilebilir. Cinsiyet açısından sağlık programlarının kadınlar tarafından daha sık izlendiği görülmektedir. Kadınların % 19,9'u her gün, % 17,2'si haftada 2-3 gün sağlık programlarını izlediklerini belirtirken erkeklerin % 12,9'u her gün, % 13,5'i ise haftada 2-3 gün izlemektedir.

Sağlık ile ilgili konular televizyonda yayınlanan sağlık programlarında % 59,5, haber bültenlerindeki sağlık haberlerinde % 19,3, kadın programlarındaki sağlık bölümlerinde % 10,1, alternatif tıp ile ilgili programlarda % 9,2 ve diğer programlarda % 2,0 oranında izlenmektedir.

Katılımcıların ortalama televizyon izleme süresi ile ilgili istatistikler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir;

	N	En az	En çok	Ort.	Std. Sapma
<b>TV izleme süresi (dakika)</b>	306	60	600	256,57	125,92

Tablodan, 1 saat ile 10 saat arasında değişen televizyon izleme süresinin olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortalama televizyon izleme süresinin ise 4 saatin üstünde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar televizyon izleme süresi ile ilgili yapılan önceki araştırmalarla paralellik göstermektedir.

### 3.2. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarıyla İlgili Düşünceler

Kitle iletişim araçları içerisinde en yaygın kullanılan televizyonda yayınlanan sağlık programları hakkında katılımcıların düşüncelerini öğrenmek amacıyla oluşturulan ve sağlık programlarıyla ilgili tutum ifadeleri içeren soruya verilen yanıtlar aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 2’de yer alan ve sağlık programları ile ilgili ifadeler içerisinde en yüksek katılımın % 75,5 oranıyla “sağlıklı yaşam için yararlılar” ifadesine olduğu görülmektedir. İkinci sıradaki yargı ise % 73,9 oranı ile “oldukça değerli bilgilere yer veriliyor” ifadesidir. “Toplum sağlığı için oldukça önemli işlevleri var” yargısına katılım % 64 olarak gerçekleşmiştir. Tab-

lonun katılım düzeyleri en yüksek olan ilk üç ifadesi göz önüne alındığında sağlık programı izleyicilerinin, sağlık programlarından bilgi gereksinimlerini karşıladıkları, yararlı buldukları ve verilen bilgilere önem verdikleri görülmektedir. Çalışmaya katılan izleyiciler, programlara konuk olarak çağrılan uzman hekimlerin ameliyat veya muayene ücretlerinin fazla olduğu yargısına da yüksek düzeyde katılım göstermişlerdir. Bu ifadeye katılım oranının yarıya yakın (% 44,4) olması ve katılmadığını ifade edenlerin oranı ise sadece % 19,3 olması, hekimlerin bu programlar aracılığıyla reklam yaptığını yönelik görüşün (% 34) fazla olmasının bir sonucu olarak görülebilir. Konuşulanları anlamadığını ve kullanılan dilin karmaşık olduğunu belirtenlerin oranı % 41 olarak belirtilmiştir ki buna göre katılımcıların belirli oranda konuşulanları kavrayabildikleri yorumu yapılabilir. Tablonun en düşük katılım ve en yüksek katılmama (% 43,2) oranının, “Sıkıcı bir üslupla hazırlanıyor” ifadesine olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların % 63,4’ünün programlara konuk olan uzman hekimlerin alanında en iyi hekimler olduğuna inanmaları, verilen bilginin doğruluğuna olan inancı ve bu programlara yüklenen sorumluluğu arttırıcı özelliktedir

**Tablo 2.** Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ile İlgili Düşünceler (%)

Bence televizyonlardaki sağlık programları / programlarına	Tamamen katılıyor	Katılıyor	Ne katılıyor ne katılmıyor	Katılmıyor	Hiç katılmıyor
Sıkıcı bir üslupla hazırlanıyor.	10,8	20,6	25,5	30,1	13,1
Oldukça değerli bilgilere yer veriliyor.	28,1	45,8	15,7	7,8	2,6
Sağlıklı yaşam açısından yararlılar.	33,0	42,5	16,0	6,2	2,3
Toplum sağlığı için oldukça önemli işlevleri var.	29,1	35,0	23,5	8,5	3,9
Konuk olan hekimlerin muayene veya ameliyat ücretleri fazladır.	22,2	22,2	36,3	13,1	6,2
Konuk olan hekimler sadece reklam yapıyorlar.	13,4	20,6	29,7	24,5	11,8
Konuk olan uzmanların kullandığı dili çok karmaşık/anlaşılmaz buluyorum.	15,0	26,1	25,5	22,9	10,5
Genellikle konusunun en iyisi olan uzmanlar çağırılıyorlar.	27,5	35,9	21,2	9,8	5,6



### 3.3. Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları ile ilgili ölçek 26 ifadeden oluşmaktadır. Uygulama sonrası bu 26 ifade faktör analizine tabi tutularak, televizyonlardaki sağlık programlarının izlenmesine yönelik faktör yapıları ortaya konulmuştur. Güvenilirlik analizi ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (,9073). Analiz sonu-

cunda varimax rotasyonlu, özdeğeri (eigenvalue) 1'den büyük ve minimum yüklenme büyüklüğü ,30 kriterleri uygulanarak, sağlık programları izleme motivasyonlarındaki toplam varyansın % 52,31'ini açıklayan 5 faktör çözümü (alt boyutu) elde edilmiştir. Elde edilen faktör boyutları t-puanı formatında değişken olarak kaydedilmiş ve bağımsız değişkenlerle (cinsiyet, yaş kategorileri, eğitim düzeyi, sağlık durumu) ilişkileri t-test ve ANOVA analizleri aracılığıyla test edilmiştir.

**Tablo 4.** Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonlarına Yönelik İfadelerin Faktör Yükleme (Principal Components, Varimax Rotation) (N=306)

Sağlık Programlarını izliyorum çünkü.....	ORT.	SS	FAKTÖRLER					
			1	2	3	4	5	
<b>Enformasyon</b>								
Daha önce hakkında bir şeyler bilmediğim pek çok hastalık ve sağlık bilgisini bu programlardan öğrendim/öğreniyorum.	3,81	,90	,676					
Sağlık ve tıpla ilgili pek çok teknolojik yeniliği yada gelişmeyi televizyondaki sağlık programlarından öğreniyorum	3,81	,91	,652					
Sağlığımı koruma ve geliştirmede yararlı bilgiler sunuyorlar	3,92	,85	,595					
Benimle ilgili olmasa da, ileride başıma gelirse bilgim olsun diye izliyorum	3,74	,97	,582					
Benim veya yakınlarımla rahatsızlıkları hakkında çok şey öğreniyorum.	3,85	,91	,573					
Çevremdekilerle konuşmadığım konuları bu programlarda ele alıyorlar ve ben bu bilgileri sağlık programlarından öğrenebiliyorum.	3,47	1,11	,569					
Sağlık ile ilgili önemli bilgiler veriyorlar.	4,16	,79	,543					
Kişisel sağlık bilgimi artırdıklarını düşünüyorum.	3,84	,85	,525					
Sağlık programlarında verilen bilgileri daha inandırıcı buluyorum.	3,30	1,09	,488					
Bu programlara doktorlardan daha çok güveniyorum.	2,33	1,18	,484					
<b>Destek / Paylaşma</b>								
Arkadaşlarımla birlikte takip ediyoruz ve sonra üzerinde konuşuyoruz	3,75	1,08		,688				
Hastalığı olan yada hastalığın üstesinden gelen kişileri görünce kendimde güç hissediyorum (şimdiki hastalığımı yada ileride hasta olduğumda bende yenebilirim diye düşünüyorum)	3,72	1,05		,597				
Diğer insanlarla sağlık hakkında diyalog kurmama olanak sağlıyor.	3,21	1,09		,595				
Çevremde sağlık konularını konuşacak kimse yok ve bu programları izlerken sanki ben kendi derdimi anlatıyormuşum gibi hissettiğim oluyor.	3,09	1,15		,585				
Benim için bu programlar önemli olduğundan çoğunlukla verilen önerileri uyguluyorum.	3,16	1,09		,537				
<b>Farkındalık</b>								
Benim durumumda olan insanlar görmek bana manevi destek sağlıyor.	3,49	1,11			,772			
Sağlığımın kıymetini anlamama olanak sağlıyor	3,78	,98			,703			

Bu programlar sayesinde tıbbın geldiği seviyeyi görüyorum ve kendimi daha çok güvende hissediyorum	3,62	1,08				,531		
Konuyla ilgili verilen örneklerde zaman zaman sanki beni anlatıyorlarmış gibi hissediyorum.	3,28	1,13				,408		
<b>Alışkanlık</b>								
Televizyondaki sağlık programlarını izlemek benim için sosyal bir aktivitedir.	3,01	1,11				,734		
İlk izlediğimden bu yana sağlık programını/programlarını izlemek bende bir alışkanlık oldu.	2,87	1,12				,730		
Sağlığımı korumak adına yaptığım işlerden birisi sağlık programlarını izlemektir.	2,97	1,12				,695		
<b>Kişisel Fayda</b>								
Diğer bilgi kaynaklarıyla kıyaslandığında televizyondaki uzman konuklar daha anlaşılır türde bilgiler veriyorlar.	3,65	,99						,665
Bu programlar sayesinde ben sağlığa zararlı bazı alışkanlıklarımı bıraktım (sigara, alkol, yemek yeme alışkanlıkları, vb.).	2,60	1,27						,547
Sağlık ve sağlığa ilişkin bilgilerin benim hayatımda oldukça önemli bir yeri olduğundan izliyorum.	3,68	,96						,545
Çoğunlukla sağlığa zararlı alışkanlıklar üzerinde duruyorlar ve böylelikle yaşam kalitesinin artırılmasına katkıda bulunuyorlar.	3,75	,99						,543
<i>Özdeğer (Eigenvalue)</i>			3,97	2,82	2,34	2,24	2,23	
<i>Açıklanan Varyans (Variance explained) (%)</i>	52,31		15,28	10,85	8,99	8,60	8,59	
<i>Güvenilirlik (Cronbach's alpha)</i>	,907		,843	,839	,788	,767	,706	

İlk faktör, “Enformasyon” olarak adlandırılmıştır. Görüşülen yaşlı insanlar için sağlık programlarını izleme motivasyonu olarak en önemli görülen faktördür. Bu faktör altında 10 ifade yer almaktadır. İfadelerin ortalama değerlerinin yüksek standart sapma değerlerinin ise düşük olması bu faktörü önemseme yönünde homojen bir yapı olduğunu göstermektedir. Katılımcılar sağlık ile ilgili bilgilerini arttırmak ve sağlığa ilişkin gelişmelerden haberdar olmak ihtiyacı ile televizyonda yayınlanan sağlık programlarını takip etmektedir. Enformasyon faktörü 3,97 özdeğeriyle, tek başına toplam varyansın % 15,3’ünü açıklamaktadır. Faktör altında toplanan maddelerin güvenilirliği de oldukça yüksek çıkmıştır (.8430). Enformasyon faktörüne kadınlar ve erkeklerin birbirine yakın oranda önem verdiği görülmektedir, dolayısıyla cinsiyet kategorileri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t = ,315$ ;  $sd = 304$ ;  $p = ,753$ ). Benzer şekilde enformasyon faktörüne verilen önemde yaş kategorileri arasında ( $F = ,904$ ;  $sd = 4$ ;  $p = ,462$ ) ve kronik hastalığı olan ve olmayan arasında da anlamlı fark bulunmamaktadır ( $t = ,252$ ;  $sd = 304$ ;  $p = ,802$ ). Eğitim kategorileri arasında ise istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $F = 2,30$ ;  $sd = 4$ ;  $p = ,050$ ). Eğitim kategorileri içerisinde ilkökul eğitilmişler ile üniversite ve üstü eğitim-

liler arasındaki fark anlamlıdır. İlkokul eğitilmişler üniversite ve üstü eğitimlilere göre bu faktöre daha fazla önem vermektedir.

İkinci faktör “Destek / Paylaşma” olarak adlandırılmıştır. Bu faktör altında yer alan ifadelerin özellikle rahatsızlığı olan bireylerin kendi durumlarında olan diğer bireyleri görüp moral destek bulma gereksinimiyle sağlık programlarını izlediklerine yönelik olduğu görülmektedir. Destek/ paylaşma faktörü 5 ifadeden oluşmakta ve toplam varyansın % 10,85’ini açıklamaktadır. Faktörün güvenilirlik değeri ,8386’dır. Bu faktöre verilen önem noktasında sosyo demografik değişkenlerdeki kategorilerin birbirine yakın değerler aldığı görülmektedir. Dolayısıyla destek/paylaşma faktörü ile cinsiyet ( $t = ,344$ ;  $sd = 304$ ;  $p = ,731$ ), yaş ( $F = ,575$ ;  $sd = 4$ ;  $p = ,681$ ), eğitim düzeyi ( $F = 1,38$ ;  $sd = 4$ ;  $p = ,239$ ) ve sağlık durumu ( $t = ,934$ ;  $sd = 304$ ;  $p = ,351$ ) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Sağlık programlarını izleme motivasyonu olarak ortaya çıkan üçüncü faktör “Farkındalık” olarak adlandırılmıştır. Faktördeki ifadeler kişinin kendi sağlığının öneminin farkına varmasına yöneliktir. 4 ifadeden oluşan faktörde en yüksek ortalamayı “Sağlığımın kıymetini anlamama olanak sağlıyor” ifadesi almıştır.

Farkındalık faktörü toplam varyansın % 8,99'unu açıklamaktadır. Güvenilirlik değeri ise ,7877'dir. Faktör ile cinsiyet ( $t= ,691$ ;  $sd= 304$ ;  $p= ,490$ ) ve yaş kategorileri ( $F= ,785$ ;  $sd= 4$ ;  $p= ,536$ ) arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Öte yandan eğitim düzeyleri ( $F= 3,48$ ;  $sd= 4$ ;  $p= ,009$ ) ve sağlık durumuna ( $t= 2,28$ ;  $sd= 304$ ;  $p= ,023$ ) göre farklılıklar bulunmaktadır. Eğitimsizler ile lise ve üniversite eğitilmişler arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Eğitimsizler lise ve üniversite eğitilmişlere göre farkındalık faktörünü daha fazla önemsemektedir. Sağlık durumu açısından bakıldığında kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre farkındalık faktörünü daha fazla önemsemektedir.

Sağlık programlarının izlenmesinde öne çıkan dördüncü faktör alışkanlıktır. Üç ifadeden oluşan faktördeki ifadelerden "Televizyondaki sağlık programlarını izlemek benim için sosyal bir aktivitedir" ifadesi bu programların bir sosyal aktivite olarak izlendiğine vurgu yapmaktadır. "İlk izlediğimden bu yana sağlık programını/programlarını izlemek bende bir alışkanlık oldu" ifadesi ise sağlık programlarının gerek içerik gerekse sunum özellikleriyle insanlara kendini izlettiğini göstermektedir. Ayrıca bu tür programları izlemek sağlığı korumak adına yapılan iyi bir iş olarak da değerlendirilmektedir. Alışkanlık faktörü toplam varyansın % 8,60'unu açıklamaktadır. Güvenilirlik değeri de ,7673'tür. Alışkanlık faktörü cinsiyet kategorilerine ( $t= 2,19$ ;  $sd= 304$ ;  $p= ,029$ ) göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre sağlık programlarını daha fazla alışkanlıktan dolayı izlemektedir. Eğitim düzeyleri ( $F= 2,15$ ;  $sd= 4$ ;  $p= ,075$ ), yaş kategorileri ( $F= ,988$ ;  $sd= 4$ ;  $p= ,414$ ) ve sağlık durumu ( $t= ,498$ ;  $sd= 304$ ;  $p= ,619$ ) açısından ise bu faktörde anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Son faktör ise "Kişisel Fayda" olarak adlandırılan ve ,7055 güvenilirlik değeriyle toplam varyansın % 8,59'unu açıklayan faktördür. Bu faktör altında televizyondaki sağlık programlarından elde edilen bilgilerden faydalanma yer almaktadır. Kişisel fayda faktörüne verilen önem noktasında cinsiyet ( $t= ,002$ ;  $sd= 304$ ;  $p= ,998$ ), yaş ( $F= 1,42$ ;  $sd= 4$ ;  $p= ,228$ ), eğitim ( $F= 2,15$ ;  $sd= 4$ ;  $p= ,075$ ) ve sağlık durumu ( $t= ,216$ ;  $sd= 304$ ;  $p= ,829$ ) açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

## SONUÇ

Son yıllarda iletişim ve sağlık kavramlarını yan yana getirmeyi amaçlayan pek çok bilimsel araştırma, "sağlık iletişimi"nin iletişim biliminin bir alt disiplini olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık iletişimi genel olarak, bireyler arasında sağlığa ilişkin oluşan, etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanması olarak tanımlanabilir. Sağlık iletişimi, tıbbi bakımın kalitesini ve başarı derecesini önemli düzeyde etkileyen, bireysel ve toplumsal sağlığın gelişmesine katkı sağlayan stratejiler bütünüdür. Önemli sağlık sorunları hakkında bireylerin bilgilendirilmesi, toplumsal sağlığa ilişkin kararların alınmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca sağlık bakım politikalarının oluşumu üzerinde etkili olan sağlık iletişimi, hastalıkların önlenmesinde, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde ve pazarlanmasında, sağlık hizmetini alan bireylerin tedaviyle ilgili süreçleri ve sağlık bakım kalitesi hakkında bilgilendirilmesinde ve eğitilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.

Çalışma betimleyici bir alan araştırmasıdır. Bu çalışmada yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları sağlık iletişimi bağlamında ve kullanımlar ve doyumlar yaklaşımı çerçevesinde ele alınmıştır.

Araştırmaya katılanların % 58,8'inde sürekli ilaç kullandığı ya da tedavi olduğu bir rahatsızlık olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların % 88,6'sı son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşlarına gitmiştir. Dolayısıyla görüşülen kişiler sağlık programlarına ilgi duyan kişilerden oluşmaktadır. Doktorlar ve televizyon en çok sağlık bilgisi alınan kaynaklardır. Erkekler doktorlardan, kadınlar ise televizyondan daha fazla sağlık bilgisi aldığını belirtmektedir. Televizyonda yayınlanan sağlık programları sıklıkla izlenmektedir (her gün ve haftada 2-3 gün izleyenlerin oranı % 31,7). Ayrıca, Televizyondaki sağlık programları yararlı bulunmakta ve bilgi alınan önemli bir kaynak olarak görülmektedir.

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının izlenme motivasyonlarını ortaya koymayı amaçlayan ölçek yaşlıların beş temel nedenle bu programları izlediklerini göstermektedir. Bu faktörler; enformasyon, destek/paylaşma,

farkındalık, alışkanlık ve kişisel faydadır. Bu beş faktör yaşlıların sağlık programlarını izleme motivasyonlarının % 52,3'ünü açıklamaktadır.

Öncelikle sağlıkla ilgili gelişmeler, tıptaki son yenilikler hakkında bilgi sahibi olmak ve sağlık risklerinden haberdar olmak gereksinimiyle sağlık programlarının izlendiği görülmektedir. Bunu özellikle rahatsızlığı olan bireylerin kendi durumlarında olan diğer bireyleri görüp moral destek bulma gereksinimleri takip etmektedir. Kişilerin kendi sağlığının öneminin farkına varmalarını sağlaması açısından da bu programlar önemli görülmektedir. Bir alışkanlık olarak izlendiği düşünülse de, bu programlardan elde edilen bilgilerin kişisel fayda için kullanılması kişilerin yaşam kalitesini arttırmasına yardımcı olmaktadır.

İnsanların televizyona kolay erişimi bilgi gereksiniminin karşılanması noktasında insanlara kolaylıklar sunan bir araç olması televizyonun sağlık bilgisinin kaynaklarından birisi olarak görüldüğünü göstermektedir. Özellikle tedavi altında olan bireyler tedavi aldıkları rahatsızlığa ilişkin olarak verilen bilgilere daha çok ilgi göstermekte, kendi durumda bireyleri görmek onlara moral desteği sağlamaktadır. Özetle televizyonda sağlık programlarının izlenmesi bir doyum arama ihtiyacından kaynaklanmaktadır.

Yaşlılar için televizyon izlemenin son derece önemli bir aktivite olduğu pek çok araştırmada ortaya konulmuştur. Bu çerçevede televizyonlardaki sağlık programlarının, yaşlıların sağlıkla ilgili doğru bilgilerin almasında dolayısıyla hayat kalitelerinin artırılmasında son derece önemli bir rolü olduğu görülebilmektedir. Bu sonuç bu tür programlar içinde bir sorumluluk doğurmaktadır. Bireylere doğru bilgilerin aktarılması ve yönlendirilmesi bir sosyal sorumluluk olarak görülmelidir.

#### KAYNAKLAR

Ajzen I (2005) Attitudes, Personality and Behavior, (2nd. Edition), McGraw-Hill, NY.

Babrow S A ve Mattson M (2003) Theorizing About Health Communication, In, T.L Thompson, A. Dorsey, K.I. Miller, R. Parrott (Eds.),

Handbook of Health Communication, Lawrence Erlbaum Associates, NJ, pp. 35-61.

Baltaş Z (2004) Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, (2. Basım), Remzi Kitabevi, İstanbul.

Bennett P ve Hodgson R (1992) Psychology and Health Promotion, In R. Bunton & G. Macdonald (Eds.), Health Promotion Disciplines, Diversity, and Developments, (2nd Edition), Routledge, London. pp.22-39.

Brown J D ve Walsh-Childers K (2002) Effects of Media on Personal and Public Health, In Bryant & D. Zillmann (Eds.), Media Effects Advances in Theory and Research, Lawrence Erlbaum Associates, London, pp. 453-488.

Burnett J J (1991) Examining The Media Habits of the Affluent Elderly, Journal of Advertising Research, October/November, 33-41

Calman K C (1998) The Potential for Health: How to Improve the Nation's Health, Oxford University Press, Oxford.

Chory-Assad R M ve Yanen A (2005) Hopelessness and Loneliness as Predictors Of Older Adults' Involvement With Favorite Television Performers, Journal of Broadcasting & Electronic Media, 49 (2), 182-201.

Cirhinlioğlu Z (2001) Sağlık Sosyolojisi, Nobel Yayınevi, Ankara.

Cohen H L (2002) Developing Media Literacy Skills to Challenge Television's Portrayal of Older Women, Educational Gerontology, 28 (7), 599-620.

Curtis A J (2000) Health Psychology, Routledge, NY.

Çam O ve Bilge A (2007) Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, Anadolu Psikiyatri Derg, 8 (3), 215-223.

Çınarlı İ (2008) Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayınevi, Ankara.

Edwards J R (1992) A Cybernetic Theory of Stress, Coping, and Well-being in Organizations, Academy of Management Review, Vol: 17, pp.238 – 274.

Fişek N H (1983) Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

- Gard P R (2000) A Behavioural Approach to Pharmacy Practice, Blackwell Publishing Ltd. U.K.
- Gorin S S (2006). Models of Health Promotion, In, S. S. Gorin & J. Arnold (Eds.) Health Promotion in Practice, Jossey-Bass A Wiley Imprint, San Francisco, pp.21-66.
- Graney M J ve Graney, E E (1974) Communications Activity Substitutions in Aging, Journal of Communication, 24 (4), 88-96.
- Hilt M L ve Lipschultz J H (2004) Elderly Americans and the Internet: E-Mail, TV News, Information and Entertainment Websites, Educational Gerontology, 30 (1), 57-72,
- Koçak A, Terkan B ve Balcı, Ş (2009) Yaşlıların Medya Kullanım Alışkanlıkları ve Motivasyonları, Nisan 2009, TÜBİTAK Projesi
- MacDonald T H (1998) Rethinking Health Promotion A Global Approach, Routledge, London.
- McClelland C ve Rees L (2000) A Foundation for Health Promotion in Pharmacy Practice, In, P. Gard (Eds.) A Behavioural Approach to Pharmacy Practice, Blackwell Publishing Ltd. Oxford, pp.59-90.
- Mittelmark M B (2007) Shaping the Future of Health Promotion: Priorities for Action, Health Promotion International, 23 (2), 98- 102.
- Montaño D E ve Kasprzyk D (2008) Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and Integrated Behavioral Model, In K. Glanz, B. K. Rimer ve K. Viswanath (Eds.), (4.th Edition), Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice, Jossey-Bass A Wiley Imprint, San Francisco, pp. 67-96.
- Murphy S ve Bennet P (2002) Psychology and Health Promotion, In R. Bunton and G. Macdonald (Eds) Health Promotion Disciplines, Diversity, and Developments, Routledge, London, pp.31-52.
- Parrott R (2004) Emphasizing Communication in Health Communication, Journal of Communication, 54 (4), 751-787.
- Pecchioni L L, Wright K B ve Nussbaum J F (2005) Life-Span Communication, LWA, Mahwah.
- Polan E U ve Taylor D R (2007) Journey Across the Life Span Human Development and Health Promotion, Third Edition, F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Ratzan S C (2001) Health Literacy: Communication for the Public Good, Health Promotion International, 15 (3) Oxford University Pres, GB, pp.207-214.
- Redding C A, Rossi J S, Rossi R S, Velicer W F ve Prochaska J O (2000) Health Behavior Models, The International Electronic Journal of Health Education, V:3, Special Issue, pp.180-193.
- Robinson J D ve Skill T (1995) Media Usage Patterns and Portrayals of the Elderly, Coupland, J. ve Nussbaum, J. F. (Eds) Handbook of Communication and Aging Research, LEA, Mahwah, pp: 359-391.
- Schiavo R (2007) Health Communication From Theory to Practice, A Wiley Imprint, San Francisco.
- Tabak R S (2003) Sağlık İletişimi, 2. Baskı, Literatür Yayınları, İstanbul.
- Wallner F (1997) Searching for Common Ground in A Local Media Campaign, New South Wales Public Health Bulletin, 8 (4).
- Wexler B (2007) Health and Wellnes Illness Among Americans, Thomson Gale, Texas.