

Sağlık Programları Algısı ile Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Examination of the Relationship Between Health Programs Perception and Healthy Life Style Behavior

Hasan Saltuk DURAK^a

<https://doi.org/10.54439/gupayad.1125508>

Öz

Makale Türü: *Araştırma Makalesi*

Article Type: *Research Article*

Makale Geliş


Tarihi/Received: 03/06/2022

Makale Kabul

Tarihi/Accepted: 03/07/2022

Anahtar Kelimeler: Sağlık programları algısı, sağlıklı yaşama biçimi davranışı, tv programları, ev hanımları.

Keywords: Health programs perception, healthy life style behavior, tv programs, housewives.

^a(Sorumlu yazar) Öğr. Gör,
Düzce Üniversitesi,
hasansaltukdurak@düzce.edu.tr
 0000-0003-1994-0011



Bu çalışma Creative Commons Atf-GayriTicari 4.0 (CC BY-NC 4.0) kapsamında açık erişimli bir makedir.

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı sağlık programları algısı ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı arasında ilişkinin olup olmadığını incelemektir. Ayrıca katılımcıların sağlık programları algısına ve sağlıklı yaşama biçimi davranışına yönelik algılarının demografik gruplara göre farklılık gösterip göstermediği de incelenecektir. **Gereç ve Yöntem:** Anket tekniği ile Ankara İli evreninde 312 ev hanımından veriler toplanmıştır. Toplanan verilere faktör, regresyon ve farklılık analizleri uygulanmıştır. **Bulgular:** Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık programları algısı faktörlerinden sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin ve sağlık durumunu olumsuz algılamanın sağlıklı yaşama biçimi davranışı üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Ticari kaygı ve reklam boyutunun sağlıklı yaşama biçimi davranışı üzerinde herhangi bir etkisi ortaya çıkmamıştır. Yapılan farklılık analizi sonuçlarına göre genel olarak düşük gelir grubunun, üniversite mezunlarının ve 18-25 yaş grubunun diğer gruplara göre hem sağlık programları algısı hem de sağlıklı yaşama biçimi davranışı algısı ortalaması düşüktür. Fakat diğer grupların algı ortalaması daha yüksek ortaya çıkmıştır. **Sonuç:** Araştırma da öncelikle sağlık programları ölçeğinin boyutları "sağlık programlarına duyulan güven", "sağlık hizmetlerine yönelim", "ticari kaygı ve reklam", "sağlık durumunu olumsuz algılama" olarak ortaya çıkarılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık program algısı alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca "ticari kaygı ve reklam"ın "sağlığı geliştirme" üzerine ve "sağlık hizmetlerine yönelim" ile "ticari kaygı ve reklam" boyutlarının fiziksel aktivite üzerine etkisi tespit edilmemiştir.

Abstract

Purpose: The main purpose of this study is to examine whether there is a relationship between the perception of health programs and healthy lifestyle behavior. It will also be examined whether the participants' perceptions of health programs and healthy lifestyle behaviors differ according to demographic groups. **Materials and Methods:** Data were collected from 312 housewives in the population of Ankara Province with the survey technique. Factor, regression and difference analyzes were applied to the collected data. **Findings:** According to the results of the regression analysis, it was revealed that trust in health programs, orientation to health services and negative perception of health status, which are among the factors of perception of health programs, are effective on healthy lifestyle behavior. There was no effect of commercial concern and advertisement dimension on healthy lifestyle behavior. According to the results of the difference analysis, the average of both the perception of health programs and the perception of healthy lifestyle behavior of the low-income group, university graduates and the 18-25 age group is lower than the other groups. However, the perception average of the other groups was higher. **Results:** Conclusion: In the research, firstly, the dimensions of the health programs scale were revealed as "trust in health programs", "orientation to health services", "commercial anxiety and advertising", "negative perception of health status". As a result of the regression analysis, it was concluded that there is a significant relationship between the sub-dimensions of health program perception and the dimensions of healthy lifestyle behavior. In addition, the effects of "commercial anxiety and advertising" on "health promotion" and "orientation to health services" and "commercial anxiety and advertising" dimensions on physical activity were not determined.

Bu Yayına Atıfta Bulunmak İçin/Cite as:

Durak, H. S. (2022). Sağlık programları algısı ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı arasındaki ilişkisinin incelenmesi. *Güncel Pazarlama Yaklaşımları ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 30-46. <https://doi.org/10.54439/gupayad.1125508>

1. Giriş

Günümüzde televizyon tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşamımızın vazgeçilmez bir parçasıdır. Ülkemizde ev hanelerinin çoğu televizyona sahiptir. 21 ilde 2525 kişinin dahil edildiği Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması'na göre (2012) nüfusun %60,8'inin evinde "1 adet", %31'inin "2 adet" ve %8,2'sinin "3 adet ve üzeri" sayıda televizyon bulunmaktadır; bireylerin %23,5'i hafta içinde 1-3 saat, %76,5'i 4 saat ve üzerinde; hafta sonunda %39,9'u 1-3 saat, %60'ı 4 saat ve üzerinde televizyon izlemektedir. İletişim araçlarının sağlık alanında kullanılması ve sağlığın geliştirilmesi de önem arz eden bir durumdur. Bu bilgiler doğrultusunda televizyonda yayınlanan sağlık programlarının tüketiciler üzerinde birtakım etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Bireyler bu etkileri "haberdar olma", "farkındalık", "bilgi", "tutum değişikliği" ve "davranış değişikliği" şeklinde göstermektedirler (Çınarlı, 2008, s. 68). Sezgin (2010) bireylerin günlük yaşam içerisinde tıbbi bilgi ediniminden bahsederken sağlık programları aracılığıyla öğrenilen bilgilerin konuşmalara ve hayata yansımalarını ifade etmektedir.

İnsanların hastalıklar karşısında tedavi yolları arayışlarıyla birlikte günümüzde artık insan sağlığını muhafaza etmek ve yaşam kalitesini yükseltmek kavramları beraber değerlendirilmektedir. Bu anlamda bireyin sağlığını koruması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı önemli bir etkiye sahip olmuştur. Yapılan araştırmalarda sağlıklı yaşama biçimi davranışı göstermeyen bireylerin, bu davranışa sahip olan bireylere nispeten yaşam kalitelerinde ciddi azalma tespit edilmiştir. Ölüm oranlarında ise artış tespit edilmiştir (Haveman vd., 2002; Ford vd., 2012). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kavram olarak bireylerin sağlıklarına özen göstermesi ve iyilik halinin devamını ifade eden sağlık sorumluluğu ile beraber günlük yaşamları içerisinde fiziksel aktivitelere yer vermeleri, beslenme şekillerinin düzenlenmesi, manevi gelişim, kişiler arası

iletişim ve stres yönetimi gibi tüm faktörleri içermektedir (Walker vd., 1996).

Bu çalışmanın temel amacı sağlık programları algısı ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı arasında ilişkisinin olup olmadığını incelemektir. Ayrıca katılımcıların sağlık programları algısına ve sağlıklı yaşama biçimi davranışına yönelik algılarının demografik gruplara göre farklılık gösterip göstermediği de incelenecektir. Literatürde sağlık haber algısı ile sağlıklı yaşama biçimi arasında sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma ile literatüre katkı sağlamak ve gelecekte yapılacak olan araştırmalara yol göstermek amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık haberlerinden hangi boyutun sağlıklı yaşama biçimi davranışı ile ilişkili olup olmadığı sonucu uygulayıcılara yol gösterici olacaktır.

2. Literatür

Medya toplumun sosyal ve kültürel yapısının oluşmasında önemli araçlardan olmakla birlikte toplumun değer yargılarının oluşmasında, düşünce ve davranışlarının şekillenmesinde de ayrıca önemli etkilerinin olduğu görülmektedir. (Özbaş vd., 2010, s. 542; Strasburger, 2004, s. 55). Medya dünyaya dair tüm bakış açımızı etkilediği gibi, hastalığa ve sağlığa yönelik algılarımızı, korkularımızı ve hastalığa dair bakışımızı da belirlemektedir (Çobaner, 2021). Medya araçlarının içerisinde önemli yeri olan araçlardan birisi de televizyondur (Strasburger, 2004, s. 55). Hatta Koçak ve Buldukluya göre (2010, s. 6) televizyon, en etkili sağlık iletişim aracıdır. Son zamanlarda gazetelerin ve dergilerin internet ortamına dönüşmesinden dolayı tirajlarında değişimler, artış ve azalmalar olmakla birlikte televizyon hâlâ en çok izlenen ve karşısında zaman geçirilen kitle iletişim aracı olarak yerini korumaktadır ve hatta günümüz iletişim teknolojileri içerisinde cep telefonundan sonra en yaygın olarak kullanılan araç televizyondur (Strasburger, 2004:55). Bunun başlıca nedenlerinden birisi toplumun tamamına hitap ediyor olmasıdır. Ayrıca ekonomik olması ve ücretsiz olarak geniş kitlelere ulaşmadaki başarısı da televizyonun önemini gösteren bir faktördür. Bunlarla birlikte hayatı ve yaşamı

hiçbir sosyal grup, din ayırmaksızın yeniden kurgulayabilmesi ve çıktısını tüm izleyenlere göstermesidir. (Gollop, 1997, s. 145; Avcı vd., 2013, s. 121; Çakır, 2005 s. 126; Bahadır, 1997, s. 471; Uslu, 2000, s. 21). Pandemi dönemlerinde olduğu gibi özellikle de halk sağlığını ilgilendiren büyük kitlelere ulaşım ihtiyacı duyulan zamanlarda ve düşük gelirli gruplara erişimde kamu spotlarının etkin ve yoğun kullanıldığı mecralarda televizyon önemli bir araç olarak tercih edilmektedir (Çınarlı, 2019, s. 152-155).

Avcı vd. (2013) çalışmasında, bireylerin çeşitli konularda bilgi edinmek için televizyonda yer alan sağlık programlarını takip ettikleri ve bunun sonucunda da sağlık, hastalık konularında davranış değişikliğine gittikleri sonucu elde edilmiştir. Televizyon sağlık programları aracılığıyla beslenme önerileri, hangi sebze, meyve veya bitkinin hangi hastalığa iyi geldiği veya düzenli beslenme, spor, uyku düzeni vs. gibi temel sağlık davranışları işlenerek, kişinin tutum ve davranışlarını olumlu yönde destekleyebilmektedir. Program boyunca hastalığa ilişkin belirtiler ve tedavi yöntemleriyle bilgi sahibi olan izleyiciler, istenilen sağlık davranışına yönelerek, programdan kazanımları ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı gösterdikleri düşünülmektedir. Bahadır (1997, s. 471), bu kazanımı belirsizlikten kaçınma davranışının bir sonucu olarak ve güven ve inanma duygularıyla bilgi edinerek mümkün olduğunu ifade etmektedir. Böylece, televizyon başta olmak üzere kitle iletişim araçları vasıtasıyla hastalıklardan korunma yollarını ve alternatif tedavi yöntemlerini gittikçe artan bir oranda öğrenmektedirler (Sezgin, 2011, s. 53). Bununla birlikte sağlık programlarına katılan uzman hekimlerin merak duygusunu da kullanarak programa olan ilgiyi artırmak istemeleri ve hastalık ve sağlığa dikkat çekerken verilen korku, hastalarda umutsuzluk ve karamsarlık duygusuna kapılmasına ve tedaviye olan inançlarına zarar da verebilmektedir. Ayrıca, sağlık programlarında sağlıklı yaşam önerilerinin yanı sıra bazı hastalıklarla ilgili tıbbi tedavi, buluş ve yöntemler için “mucize” vurgusunun,

hastaların beklentilerini yükseltmekle, gösterildiği gibi mucizelerin gerçekleşmemesiyle, hayal kırıklıkları yaşaması sonucu inanç kaybı, çöküntü vs. yaşanabilmektedir. Dolayısıyla olumsuz yönde etkiler de görülebilmektedir (Sezgin, 2011, s. 73).

Dijital platformlarda sağlık içerikli yayın yapan programlarda hedef kitleye verilen mesajlar da kişilerin yaşamlarında değişikliğe gitmeleri, sunulan içeriklerin uygulandığı takdirde daha sağlıklı olmaları, sunulan içeriklerin uygulanmadığı takdirde ise sağlıklı olamayacakları kişilere doğrudan ya da dolaylı olarak aktarılmaktadır (Sezgin, 2011). Bireyin, sağlık programlarına bilgi, haberdarlık, farkındalık, tutum ve davranış değişikliği amaçlarıyla ilgi gösterdikleri belirlenmiştir. (Çınarlı, 2008, s. 68). Bunun sonucu olarak bireyler iyi ya da kötü bir sağlık davranışına yönelebileceği ifade edilebilmektedir.

Sağlık haberleri üzerine çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda, sağlık haberlerinin çok popüler olduğunu ve akşam haberleri içerisinde de en çok tartışılan konu başlıklarında üçüncü sırada olduğu görülmektedir (Ashoorkhani vd., 2012, s. 1).

Sağlık, yasalarla güvence altına alınmış ve insanın doğumunda başlayıp ölümüne kadar geçen zaman içerisinde korunması gereken ve devredilemez bir hak olarak karşımıza çıkan bir kavramdır. Sosyal bilimlerde kavramlar için birden fazla tanım vardır ve üzerinde ittifak edilmiş tanıma ulaşmak zordur. Şeker hastaları için şeker düzeyinin normal seyretmesi sağlığı ifade ederken kilolu bir insan için sağlık, kilo vermeyi ifade eden öznel bir tanım olarak verilebilir. Üzerinde en çok uzlaşılan sağlık tanımı ise, Dünya Sağlık örgütüncü (WHO) yapılmış olan tanımdır. WHO'ya göre sağlık, hastalık veya sakatlık olmamasıyla birlikte, aynı zamanda bireyin beden, ruh, zihin ve sosyal yönlerden de tam bir sıhhat hali içerisinde olmasıdır. (Fişek, 1983, s. 1; Calman, 1998, s. 4; Cirhinlioğlu, 2001, s. 15; Baltaş, 2004, s. 34; Wexler, 2006, s. 2; Polan vd., 2007, s. 4).

Eriksson-Backa, (2003, s. 5) sağlığı, bireyin hayatı boyunca ulaşacağı amaç ve hedefleri ile

bunlara ulaşmak için mevcut kaynaklar arasındaki ilişkiyi ifade eden bir kavram olarak açıklamışlar ve amaç ile kaynaklar arasındaki denge durumu olarak tanımlamışlardır. Aynı zamanda kişinin kendisini ifadesinden, karşılaştığı ve karşılaşıcağı tüm durumlara karşı uyum geliştirme ve ayak uydurma yeteneği olarak ifade etmişler ve eğer kişi yeterli düzeyde bir sağlık bilgisine ulaşırsa istenilen sağlıklı yaşama biçimi davranışını en iyi bir şekilde yerine getirmeye çalışacağını belirtmişlerdir.

Bireyin sağlık algısı ve sağlığa ilişkin bakış açısı ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı sergilemesi, bilgiyi elde etmesine ve bilgiyi yönetmesine bağlıdır (Brauer, 2005, s. 271). Dolayısıyla herhangi bir sağlık sorunu için bilgiye kolay erişim imkânı, bireyin sağlıklı yaşam davranışı göstermesi üzerinde olumlu bir etki göstermektedir. Ayrıca yaşam süresi üzerinde olumlu etki sağlaması da beklenilmektedir. Bu nedenle İnsanların sağlıklı yaşam tarzı ve faydalı sağlık davranışı konusunda sürekli bir eğitime tabi tutulmalı ve pozitif alışkanlıkların kazanımı konusunda uyarılmaları gerekmektedir (Bulduklu, 2010).

Günümüzde ise artık sağlık anlayışında meydana gelen değişimlerle odak noktası olarak "hastalık" yerine "sağlıklı olmak" "sağlıklı yaşam biçimi" kavramlarının daha çok kullanıldığı görülmektedir. Medyada da sağlık programları başta olmak üzere haber programlarında, internet bloglarında, sağlık temasına artık daha çok yer verilmeye başlanılmıştır. (Sezgin, 2010, s. 52).

İster telefonla olsun isterse internet platformları aracılığıyla sağlık programlarına katılan konukların büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcılar büyük oranda da sağlık sorunlarına ilişkin sorular için katılım sağlamaktadırlar. Ailenin sağlığından ve bakımından sorumlu olarak kadın yeni sağlık anlayışının temel taşıyıcısı olmuştur (Kaya, 2011, s. 118). Soruları, çoğunlukla programın hazırlamış olduğu gündem konusuyla bağlantılı olarak ve çoklukla mevcut olan bir şikayetlerini dile getirmek suretiyle teşhis amaçlı ya da teyit amaçlı olarak onaylatmak istedikleri için sormaktadırlar.

Yapılan araştırmalar medyada yer alan sağlık programlarının niteliğinin ve niceliğinin sağlıkla ilgili karar alma ve sağlık alanında ikinci bir görüş arayışında ve sağlık davranışında pozitif etkisi olduğunu göstermektedir (De Jesus, 2013, s. 525).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlık programlarına katılım arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Ayrıca gelir durumunun düşüklüğü ile de sağlık programlarına katılımın arasında doğrudan pozitif bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Eğitim ve gelir düşüklüğü olanların sağlık programlarından elde edilen bilgi paylaşımına gelir ve eğitim durumu yüksek olanlara göre daha fazla önem verdikleri görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık programlarına katılım ve program bilgisinin paylaşırlılığı azalmaktadır (Bulduklu, 2010).

Yaşam biçimi davranışı geliştirme insanın kendi sağlığı üzerindeki kontrolü artırarak sağlığını geliştirmesine bağlıdır. Bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasıdır (Esin, 1999). Sağlık geliştirme bireyin sağlığına etki etmesi muhtemel tehlikelere karşı bilgi edinmesi, sağlıklı yaşama biçimi davranışlarını edinmesi ve benimsemesi, sağlığına dair risklere karşı uyanık olarak uzak durması ve hastalıklardan kaçınarak sıhhatli ve uzun bir yaşam çabası sergilemesini ifade eden bir kavramdır (Crawford, 2000, s. 219). Sağlık gelişimi ile toplum sağlık harcamalarında azalma ve iyi bir sağlık kazanımı ve ölüm ve hastalık oranlarındaki düşüş yaşanması gibi kazanımlar elde etmektedir (McClelland vd., 2000, s. 59).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmenin en temel yolu sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi için bireylerin kişisel, ailesel ve toplumsal sıhhatleri doğrultusunda davranış ve yeterliliklerini geliştiren ve gerek entellektüel, gerekse psikolojik ve sosyal boyutları da içine alan ve onlara doğru kararlar almalarında destek veren etkinlikleri içeren bir süreçtir (Talashek vd., 1994). Karaca da (2021) insanların sağlıklı bir yaşam biçimi davranışı için farkındalıklarının önemi üzerinde durarak,

sağlık haberlerinin bireylerin sağlık hizmeti alımı, sağlık ürünü kullanımı ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konularda önemli derecede etkisi bulunduğunu ifade etmektedir.

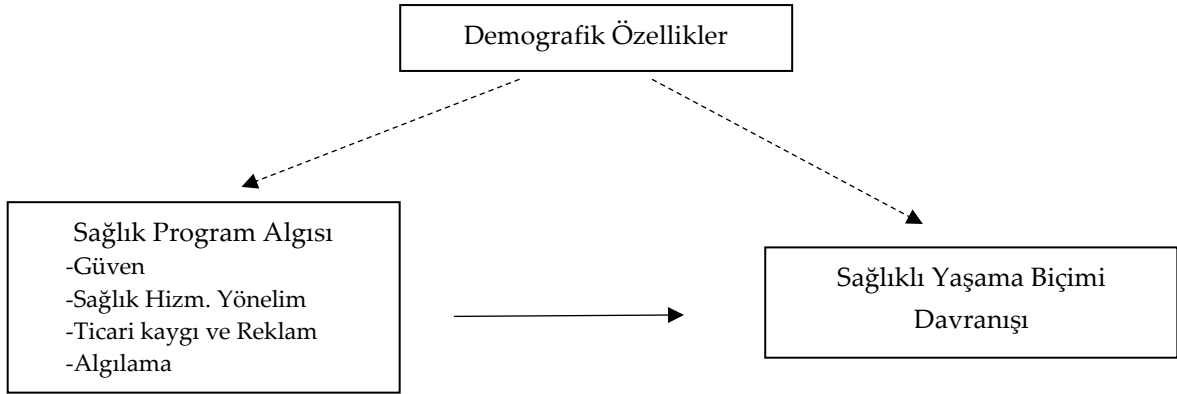
Birçok ülkede yapılan araştırmalarda, yıllık olarak bakıldığında insan ölümlerindeki nedenlerin en az yarısının bireylerin sağlıksız yaşam biçimlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Buradan hareketle, yaşam biçiminin davranışlarındaki değişimlerin ve buna göre hazırlanan uygulamaların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ve insan hayatının uzun ve kaliteli yaşanması için en önemli ilke olarak benimsetilmesinin önemi anlaşılmaktadır (Ocakçı, 2003).

Literatüre bakıldığında, insanların giderek daha fazla kendi sağlıklarını izleme ve sürdürmeye

teşvik edildiğine, hastaların giderek daha fazla kurumsal olmayan ortamlarda bakıldığına ve insanların sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini dile getirmeye davet edildiğine dikkat çekmektedirler (Nettleton, 1996).

3. Yöntem

Bu çalışmanın temel amacı sağlık programları algısı ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Demografik gruplar arasında sağlık programları algısına ve sağlıklı yaşama biçimi davranışına yönelik farklılıklar da incelenmektedir. Bu kapsamda literatür analizi sonucunda bu iki değişken arasında ilişkinin olabileceği düşünülmektedir. Araştırma kapsamında oluşturulan model ve hipotezler aşağıda gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

Araştırmanın modeli ve literatür araştırması dikkate alınarak aşağıdaki temel hipotez ve alt hipotezler oluşturulmuştur:

Temel hipotez-1:

H₁: Sağlık programları algısının sağlıklı yaşama biçimi davranışı üzerinde etkisi vardır.

Alt hipotezler:

H_{1a,b,c,d}: Sağlık programları algısı faktörlerinden a)sağlık programlarına duyulan güven, b)sağlık hizmetlerine yönelim, c)ticari kaygı ve reklam d)sağlık düzeyini algılama, **sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler** üzerine etkisi vardır.

H_{1e,f,g,h}: Sağlık programları algısı faktörlerinden e)sağlık programlarına duyulan güven f)sağlık hizmetlerine yönelim, g)ticari kaygı ve reklam h)sağlık düzeyini algılama, **sağlığı geliştirme** üzerine etkisi vardır.

H_{1i,j,k,l}: Sağlık programları algısı faktörlerinden i)sağlık programlarına duyulan güven j)sağlık hizmetlerine yönelim, k)ticari kaygı ve reklam l)sağlık düzeyini algılama, **fiziksel aktivite** üzerine etkisi vardır.

Temel hipotez-2:

H₂: Katılımcıların sağlık programları algısı ile demografik gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

H_{2a,b,c,d,e,f}: Katılımcıların demografik özelliklerinden a) eğitim durumu b) yaş c) medeni durum d) gelir e) hastane ziyaret sayısı f) geleneksel tıp başvurusu ile **sağlık programları algısına yönelik anlamlı farklılık vardır.**

Temel hipotez-3: Katılımcıların sağlıklı yaşama biçimi davranışları algısı ile demografik gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

H_{3a,b,c,d,e,f}: Katılımcıların demografik özelliklerinden a) eğitim durumu b) yaş c) medeni

bakışla eş, anne, çalışan kadın, aileyi dış etkenlere karşı çevreleyen, aile bireylerinin sağlık koşullarını takip eden kişi gibi düşünülmektedir. Bunun sonucu olarak da sağlık içerikli programların ulaşmak istediği kitlenin kadınlardan oluştuğu söylenebilir (Etiler ve Zengin, 2015). Bu doğrultuda kadının aile bireylerinin sorumluluğunu alması gerektiği birtakım platformlarda da kendini göstermektedir (Nettelon, 1996, s. 43).

Elde edilen verilere, SPSS paket programı kullanılarak frekans, faktör, regresyon ve farklılık analizleri uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan sağlıklı yaşama biçimi davranışı ifadeleri Bahar vd. (2018) "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması"ndan alınmıştır (Cronbach Alpha değeri: 0,81). Sağlık programları algısı ile ilgili ifadeler ise Çınar vd. (2018) "Sağlık Haberleri Algısı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması"ndan alınmıştır (Cronbach Alpha değeri: 0,84). Saha araştırması 15.02.2022 ile 15.04.2022 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Veriler analiz edilmeden önce normallik testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda çarpıklık ve basıklık değerleri +1,5 ve -1,5 değerleri arasında çıkmıştır. Bu kapsamda verilerin normal dağıldığı söylenebilir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu doğrultuda verilere parametrik testler uygulanmıştır.

4. Bulgular

Bu bölümde demografik bulgular faktör analizleri, çoklu doğrusal regresyon analizi ve farklılık analizleri bulunmaktadır.

durum d) gelir e) hastane ziyaret sayısı f) geleneksel tıp başvurusu ile **sağlıklı yaşama biçimi davranışı algısına yönelik anlamlı farklılık vardır.**

3.1. Veri Toplama Yöntemi

Ankara ili evreninde anket yöntemi kullanılarak kolayda örneklem tekniği ile ev hanımlarından 312 veri elde edilmiştir. Dijital platformlarda kadının toplum ve aile sınırlarındaki üstlendiği sorumluluğa toplumsal cinsiyetçi bir

4.1. Demografik bulgular

Bu çalışma sadece ev hanımlarına uygulandığı için demografik özelliklerde meslek ve cinsiyet yer almamaktadır. Tablo-1 incelendiğinde eğitim durumu, yaş, medeni durum, gelir ve katılımcıların hastane ziyaret amaçları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde katılımcıların yaş gruplarına bakıldığında %12,8'ini 18-25 yaş, %57,1'ini 26-40 yaş, %27,6'sını 41-55 yaş, %2,6'sını 55 yaş üzeri olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %18,3'ü ilkököl mezunu, %14,7'si ortaokul mezunu, %34,9'u lise mezunu, %32,1'i üniversite mezunudur.

Tabloda katılımcıların ortalama gelirlerine bakıldığında %26'sı 5000 TL ve altı, %56,7'si 5000-10000 TL arası, %17,3'ü 10000 TL üzerinde gelir durumuna sahiptir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında %86,5'i evli, %13,5'i bekar bireylerdir.

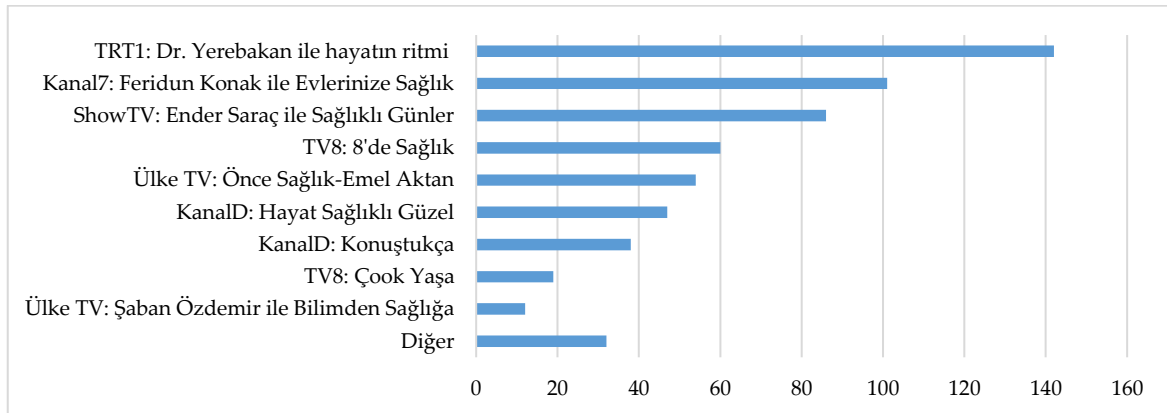
Katılımcılar "Sağlık programlarını izlemek hastaneye daha az başvuruda bulunmamı sağlıyor" ifadesine verdikleri cevap %35,3 evet, %64,7 hayır cevabını vermişlerdir. "Sağlık programlarını izledikten sonra geleneksel uygulamaları (Bitkilerle Tedavi, Akupunktur, Hacamat, Sülük Tedavisi, Hipnoz, Ozon Terapi vb.) daha fazla uygulamaya başladım" sorusuna ise cevap olarak %68,3 evet, %31,7 hayır sonucu ortaya çıkmıştır.

Tablo 1
Demografik Bulgular

Demografik özellikler	Gruplar	n	%
Eğitim durumu	İlkokul	57	18,3
	Ortaokul	46	14,7
	Lise	109	34,9
	Üniversite	100	32,1
Yaş	18-25	40	12,8
	26-40	178	57,1
	41-55	86	27,6
	55 yaş üzeri	8	2,6
Medeni durum	Evli	270	86,5
	Bekâr	42	13,5
Gelir	5000 TL VE ALTI	81	26,0
	5000-10000 TL ARASI	177	56,7
	10000 TL ÜZERİ	54	17,3
Sağlık programlarını izlemek hastaneye daha az başvuruda bulunmamı sağlıyor.	Evet	110	35,3
	Hayır	202	64,7
Sağlık programlarını izledikten sonra geleneksel uygulamaları (Bitkilerle Tedavi, Akupunktur, Hacamat, Sülük Tedavisi, Hipnoz, Ozon Terapi vb.) daha fazla uygulamaya başladım.	Evet	213	68,3
	Hayır	99	31,7

Katılımcıların takip etmiş oldukları sağlık programları ile ilgili grafik aşağıda gösterilmektedir. Katılımcılar tarafından birden fazla program işaretlenebilmektedir. Grafik incelendiğinde en fazla izlenen sağlık

programlarının TRT1: Dr. Yerebakan ile hayatın ritmi (142 kişi %45,5), Kanal7: Feridun Konak ile Evlerinize Sağlık (101 kişi %32,4) ve ShowTV: Ender Saraç ile sağlıklı günler (86 kişi %27,6) olduğu görülmektedir.



Şekil 2 Katılımcıların takip ettikleri Sağlık Programları

4.2. Faktör analizi bulguları

Bu bölümde araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerine açıklayıcı faktör analizi

uygulanmıştır. Yapılan faktör analizleri Tablo-2 ve Tablo-3'de gösterilmektedir. Faktör analizleri için temel bileşenler analizi ve varimax tekniği

kullanılmıştır. Faktör yükü 0,40'ın üstünde olan ifadeler geçerli sayılmıştır. Barlett testinin anlamlı olması ve Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,917 olması örneklem büyüklüğünün faktör

analizi için yeterli olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2010). Cronbach's Alpha değerinin 0,913 olduğu görülmektedir.

Tablo 2

Sağlık Program Algısı Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Alt boy.	İfadeler	Ort.	Faktör yük.	Varyans	Öz değer	Cronbach's Alpa değeri
Sağlık Programlarına Duyulan Güven	SPDG 1	4,11	,749	34,44	8,95	0,913
	SPDG 2	4,10	,733			
	SPDG 3	4,06	,725			
	SPDG 4	4,12	,719			
	SPDG 5	3,95	,710			
	SPDG 6	4,10	,649			
	SPDG 7	4,14	,626			
	SPDG 8	4,15	,572			
Sağlık Hizmetlerine Yönelim	SHY 1	3,80	,837	12,49	3,24	0,909
	SHY 2	3,78	,806			
	SHY 3	3,83	,750			
	SHY 4	3,69	,734			
	SHY 5	3,84	,721			
	SHY 6	3,86	,708			
	SHY 7	3,98	,498			
Ticari Kaygı ve Reklam	TKR 1	3,37	,742	10,36	2,69	0,789
	TKR 2	3,83	,716			
	TKR 3	3,44	,707			
	TKR 4	3,34	,678			
	TKR 5	3,77	,662			
	TKR 6	3,99	,537			
	TKR 7	2,50	,536			
Sağlık Durumunu Olumsuz Algılama	SDO 1	2,65	,817	4,33	1,127	0,819
	SDO 2	2,61	,800			
	SDO 3	2,45	,793			
	SDO 4	2,15	,780			

Değerlendirme Kriterleri: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,917 Approx. Chi-Square: 4541,945 Barlett's Test of Sphericity: 0,000 Extraction Method: Principal Components Rotation Method: Varimax Açıklanan Varyans Toplamı: 61,638 Cronbach's Alpha: 0,913

Sağlık program algısı faktör analizi sonucuna göre; birinci faktör 8 ifadeden, ikinci faktör 7 ifadeden, üçüncü faktör 7 ifadeden ve dördüncü faktör 4 ifadeden oluşmaktadır.

Tablo incelendiğinde birinci faktörde yer alan ifadeler sağlık program içeriklerine güven ve program içeriklerini sorgulama, program içeriklerini hayatlarına geçirme ile ilgili olduğu için bu faktöre "sağlık programlarına duyulan güven" ismi verilmiştir.

İkinci faktörde yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde sağlık programlarında sunulan içeriklere göre sağlık hizmetlerine yönelme ve sağlık davranışlarını değiştirme ile

ilgili olduğu için bu faktöre "sağlık hizmetlerine yönelim" ismi verilmiştir.

Üçüncü faktörde de yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde sağlık programlarının amaçlarının ne olduğu konusu ve sağlık programlarının reklam içerikleri ile ilgili olduğu için bu faktöre "ticari kaygı ve reklam" ismi verilmiştir.

Dördüncü faktörde de yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde kişilerin kendi sağlık durumlarını olumsuz algılama ile ilgili olduğu için "sağlık durumunu olumsuz algılama" ismi verilmiştir. Faktör analizinde herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Sağlık program algısı ile ilgili açıklanan toplam varyansın %61,638

olduğu analiz sonucunda ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla ortaya çıkan 4 faktörün birlikte varyansın çoğunu açıkladıkları söylenebilir.

Tablo-3’de katılımcıların sağlıklı yaşama biçimi davranışına yönelik faktör analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 3
Sağlıklı Yaşama Biçimi Faktör Analizi Bulguları

Alt boy.	İfadeler	Ort.	Faktör yük.	Varyans	Öz değer	Cronbach’s Alpa değeri
Kişilerarası İlişkiler ve Sağlık Sorumluluğu	KİSS 1	4,53	,731	43,692	19,662	0,948
	KİSS 2	4,53	,726			
	KİSS 3	4,62	,723			
	KİSS 4	4,42	,711			
	KİSS 5	4,44	,710			
	KİSS 6	4,52	,710			
	KİSS 7	4,56	,695			
	KİSS 8	4,48	,692			
	KİSS 9	4,56	,690			
	KİSS 10	4,45	,685			
	KİSS 11	4,42	,655			
	KİSS 12	4,35	,655			
	KİSS 13	4,40	,639			
	KİSS 14	4,53	,600			
	KİSS 15	4,38	,586			
	KİSS 16	4,33	,569			
	KİSS 17	4,47	,569			
	KİSS 18	4,36	,526			
	KİSS 19	4,26	,524			
Sağlığı Geliştirme	SG 1	4,10	,791	8,787	3,954	0,958
	SG 2	3,86	,778			
	SG 3	4,18	,710			
	SG 4	4,01	,700			
	SG 5	4,04	,698			
	SG 6	4,16	,686			
	SG 7	3,92	,679			
	SG 8	4,17	,676			
	SG 9	4,05	,673			
	SG 10	4,00	,640			
	SG 11	3,94	,626			
	SG 12	4,20	,624			
	SG 13	4,16	,610			
	SG 14	4,37	,562			
	SG 15	4,25	,542			
	SG 16	4,34	,523			
	SG 17	4,22	,520			
	SG 18	4,29	,516			
	SG 19	4,32	,505			
Fiziksel Aktivite	FA 1	3,57	,747	4,241	1,909	0,857
	FA 2	3,06	,722			
	FA 3	3,36	,718			
	FA 4	3,41	,697			
	FA 5	3,49	,672			
	FA 6	3,29	,646			
	FA 7	3,66	,640			

Değerlendirme Kriterleri: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy:0,957 , Approx. Chi-Square: 9924,712
Barlett’s Test of Sphericity: 0,000 Extraction Method: Principal Components Rotation Method: Varimax
Açıklanan Varyans Toplamı: 56,72 Cronbach’s Alpha: 0,966

Barlett testinin anlamlı olması ve faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermesi adına Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,957 çıkması yeterli olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2010). Cronbach's Alpha değerinin 0,966 olduğu görülmektedir. Tablo incelendiğinde birinci faktörde yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde bireylerin çevresiyle olan ilişkileri ve kendi sağlık durumlarına karşı ilgi ve alakaları ile ilgili olduğu için bu faktöre "kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu" ismi verilmiştir. İkinci faktörde yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde bireylerin var olan sağlık durumlarını algılama, değiştirme, kontrol etme, karar verme ile ilgili olduğu için bu faktöre "sağlığı geliştirme" ismi verilmiştir.

Üçüncü faktörde yer alan ifadeler birlikte düşünüldüğünde bireylerin günlük hareket durumları, kas hareketleri, egzersiz yapma sıklığı ile ilgili olduğu için bu faktöre "fiziksel aktivite" ismi verilmiştir. Faktör yükü 0,40'ın altında olan 7 ifade analizden çıkarılmıştır. Sağlıklı yaşama biçimi ile ilgili açıklanan toplam varyansın %56,72 olduğu analiz sonucunda ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla ortaya çıkan 3 faktörün birlikte varyansın çoğunu açıkladıkları söylenebilir

4.3. Regresyon analizi bulguları

Sağlık programları algısının sağlıklı yaşama biçimi davranışı üzerine etkisini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler Tablo-4'de gösterilmektedir. VIF değerleri arasında 10'dan yüksek bir değer ve tolerans değerleri arasında 0.20'den daha düşük bir değer olmadığı için bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantılılığın olmadığı söylenebilir. Ayrıca Durbin-Watson katsayılarının bağımsız değişkenler ile hata terimleri arasında sorunlu bir ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Sağlık program algısı alt boyutları (sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, ticari kaygı ve reklam, sağlık durumunu olumsuz algılama), kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu ile orta

düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R:0,679 R²:0,461 p:0,000). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, sağlık program algısı alt boyutlarının kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu üzerindeki görece önem sırası; sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, sağlık durumunu olumsuz algılama ve ticari kaygı ve reklam şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin ve sağlık durumunu olumsuz algılamanın kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında H_{1a,b,d} hipotezi kabul edilmiştir, H_{1c} hipotezi reddedilmiştir.

Sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim ile sağlığı geliştirme arasında orta düzeyde pozitif (sırasıyla; 0,392; 0,398), ticari kaygı ve reklam, sağlık durumunu olumsuz algılama ile sağlığı geliştirme arasında düşük negatif (sırasıyla; 0,062; 0,160) korelasyonlar olduğu görülmektedir. Sağlık program algısı alt boyutları (sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, ticari kaygı ve reklam, sağlık durumunu olumsuz algılama), sağlığı geliştirme ile orta düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R:0,767 R²:0,589 p:0,000). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, sağlık program algısı alt boyutlarının sağlığı geliştirme üzerindeki görece önem sırası; sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, ticari kaygı ve reklam ve sağlık durumunu olumsuz algılama şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin sağlığı geliştirme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında H_{1e,f, h} hipotezi kabul edilmiştir, H_{1g} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4
Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	2,901	,163		17,846	,000				
Sağlık Programlarına Duyulan Güven	,384	,047	,547	8,114	,000	,420	,340	,386	2,592
Sağlık Hizmetlerine Yönelim	,108	,039	,175	2,815	,005	,159	,118	,451	2,215
Ticari Kaygı ve Reklam	-,029	,042	-,033	-,682	,496	-,039	-,029	,751	1,331
Sağlık Durumunu Olumsuz Algılama	-,131	,025	-,226	-5,298	,000	-,289	-,222	,965	1,036
Bağımlı değişken: Sağlık Sorumluluğu ve Kişiler Arası İlişkiler R:0,679 R ² :0,461 F ₍₄₋₃₀₇₎ :65,748 p:0,000 Durbin-Watson: 1,427									
Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	1,510	,191		7,885	,000				
Sağlık Programlarına Duyulan Güven	,416	,056	,440	7,468	,000	,392	,273	,386	2,592
Sağlık Hizmetlerine Yönelim	,345	,045	,414	7,601	,000	,398	,278	,451	2,215
Ticari Kaygı ve Reklam	-,055	,050	-,046	-1,096	,274	-,062	-,040	,751	1,331
Sağlık Durumunu Olumsuz Algılama	-,083	,029	-,106	-2,842	,005	-,160	-,104	,965	1,036
Bağımlı değişken: Sağlığı Geliştirme R: 0,767 R ² :0,589 F ₍₄₋₃₀₇₎ : 109,888 p:0,000 Durbin-Watson:1,863									
Değişkenler	B	Std. Hata _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r	Tol.	VIF
Sabit	1,760	,302		5,820	,000				
Sağlık Programlarına Duyulan Güven	,283	,088	,265	3,212	,001	,180	,165	,386	2,592
Sağlık Hizmetlerine Yönelim	,049	,072	,053	,690	,491	,039	,035	,451	2,215
Ticari Kaygı ve Reklam	-,103	,079	-,077	-1,309	,192	-,074	-,067	,751	1,331
Sağlık Durumunu Olumsuz Algılama	,268	,046	,304	5,821	,000	,315	,298	,965	1,036
Bağımlı değişken: Fiziksel Aktivite R: 0,440 R ² : 0,193 F ₍₄₋₃₀₇₎ : 18,378 p:0,000 Durbin-Watson:1,743									

Sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, sağlık durumunu olumsuz algılama ile fiziksel aktivite arasında düşük ve orta düzeyde pozitif (sırasıyla; 0,180; 0,039; 0,315), ticari kaygı ve reklam ile fiziksel aktivite arasında düşük negatif (0,074) korelasyonlar olduğu görülmektedir. Sağlık program algısı alt boyutları (sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, ticari kaygı ve reklam, sağlık durumunu olumsuz algılama), fiziksel aktivite ile orta düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R:0,440 R²:0,193 p:0,000). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, sağlık program algısı alt boyutlarının sağlığı geliştirme üzerindeki görece önem sırası; sağlık programlarına duyulan güven, sağlık hizmetlerine yönelim, ticari kaygı ve reklam ve sağlık durumunu olumsuz algılama şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-

testi sonuçları incelendiğinde ise sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin, sağlık durumunu olumsuz algılamanın fiziksel aktivite üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında H_{1i,l} hipotezi kabul edilmiştir, H_{1j,k} hipotezi reddedilmiştir.

4.4. Farklılık analizi bulguları

Katılımcıların sağlık programları algısı ve sağlıklı yaşama biçimi davranışı algılarının medeni durum, hastane ziyaret sayısı ve geleneksel tıp başvurusuna göre farklılaşma durumunu gösteren t-testi sonucu Tablo 5’de sunulmaktadır. Tablo incelendiğinde, sağlık programları algısı boyutlarından Sağlık programlarına duyulan güven boyutunda evli katılımcıların bekar katılımcılara göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 5
T-testi Bulguları

	Faktörler	Demografik gruplar		n	\bar{x}	t	p
Sağlık programları algısı boyutları	Sağlık programlarına duyulan güven	Medeni durum	Evli	270	4,22	6,467	0,000
			Bekar	42	3,23		
	Sağlık hizmetlerine yönelimi	Medeni durum	Evli	270	3,99	8,590	0,000
			Bekar	42	2,74		
	Ticari kaygı ve reklam	Medeni durum	Evli	270	3,51	2,809	0,000
			Bekar	42	3,16		
Sağlık programlarına duyulan güvenin	Geleneksel tıp başvurusu	Evli	212	4,36	7,601	0,000	
		Hayır	99	3,54			
	Sağlık hizmetlerine yönelimi	Evli	212	4,21	9,989	0,000	
		Hayır	99	3,02			
Sağlıklı yaşama biçimi davranışı boyutları	Kişilerarası ilişkiler ve Sağlık sorumluluğu	Medeni durum	Evli	270	4,50	3,028	0,040
			Bekar	42	4,18		
	Sağlığı geliştirme	Medeni durum	Evli	270	4,25	5,922	0,000
			Bekar	42	3,41		
	Kişilerarası ilişkiler ve Sağlık sorumluluğu	Geleneksel tıp başvurusu	Evli	212	4,62	6,523	0,000
			Hayır	99	4,12		
Sağlığı geliştirme	Geleneksel tıp başvurusu	Evli	212	4,41	8,609	0,000	
		Hayır	99	3,56			
Fiziksel aktivite	Geleneksel tıp başvurusu	Evli	212	3,51	2,494	0,013	
		Hayır	99	3,21			

Geleneksel tıp başvurusunda bulunanların bulunmayanlara göre sağlık programları algılarının daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Sağlıklı yaşama biçimi davranışı boyutlarından kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu ile sağlığı geliştirme boyutunda evli olanların bekar olanlara göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları ortaya çıkmıştır. Geleneksel tıp başvurusunda bulunanların bulunmayanlara göre sağlıklı yaşama biçimi davranışı algısının daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Yukarıda çıkan sonuçlar doğrultusunda demografik

özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezler içerisinde H_{2c} , H_{2f} ve H_{3c} , H_{3f} kabul edilmiştir.

Tablo-6-7-8’de katılımcıların sağlık programları algısına yönelik demografik gruplar arasında yapılan ANOVA testi bulguları yer almaktadır. ANOVA testi öncesi varyansların homojenliği testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda varyanslar homojen dağıldıysa Post Hoc Tukey testi, varyanslar homojen dağılmadıysa Post Hoc Tamhane testi yapılmıştır (Karagöz, 2014).

Tablo 6
Sağlık Programları Algısına Yönelik ANOVA Testi Bulguları (Eğitim)

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gruplar	n	\bar{x}
Sağlık programlarına duyulan güven	Gruplar arası	18,702	4	4,676	5,414	,000	Ortaokul	57	4,14
	Gruplar içi	265,133	307	,864			Lise	109	4,20
	Toplam	283,836	311				Üniversite	100	3,77
	Anlamli fark (A-B); Üniversite mezunları ile ortaokul ve lise mezunları arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p < 0,801$).								
Sağlık hizmetlerine yönelimi	Gruplar arası	32,327	4	8,082	7,455	,000	İlkokul	57	3,97
	Gruplar içi	332,800	307	1,084			Ortaokul	46	4,22
	Toplam	365,127	311				Lise	109	3,98
							Üniversite	100	3,39
Anlamli fark (A-B); Üniversite mezunları ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p < 0,454$).									

Tablo incelendiğinde eğitim durumu, yaş ve gelir grupları arasında anlamlı farklılıkların ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık programlarına duyulan güvenin ve sağlık

hizmetlerine yönelimin algılanmasında ortaokul ve lise mezunlarının üniversite mezunlarına göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık programlarına duyulan

güvenin ve sağlık hizmetlerine yönelimin algılanmasında orta ve yüksek gelir grubunun alt gelir grubuna göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 7
Sağlık Programları Algısına Yönelik ANOVA Testi Bulguları (Gelir)

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gruplar	n	\bar{x}
Sağlık programlarına duyulan	Gruplar arası	36,732	2	18,366	22,967	,000	5.000 TL ve altı	81	3,51
	Gruplar içi	247,103	309	,800			5.001 ve 10.000 TL arası	177	4,29
	Toplam	283,836	311				10.001 TL ve üzeri	54	4,32
Anlamlı fark (A-B); 5.000 TL ve altı ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,753$).									
Sağlık hizmetlerine yönelimi	Gruplar arası	60,013	2	30,006	30,389	,000	5.000 TL ve altı	81	3,08
	Gruplar içi	305,114	309	,987			5.001 ve 10.000 TL arası	177	4,08
	Toplam	365,127	311				10.001 TL ve üzeri	54	4,09
Anlamlı fark (A-B); 5.000 TL ve altı ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,749$).									

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin ile ticari kaygı ve reklamın algılanmasında orta yaş grubunun (26-

55) genç yaş grubuna (18-25) göre daha olumlu algı içerisinde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 8
Sağlık Programları Algısına Yönelik ANOVA Testi Bulguları (Yaş)

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gruplar	n	\bar{x}
Sağlık programlarına duyulan	Gruplar arası	40,313	3	13,438	16,996	,000	18-25	40	3,19
	Gruplar içi	243,523	308	,791			26-40	178	4,29
	Toplam	283,836	311				41-55	86	4,13
Anlamlı fark (A-B); 18-25 yaş grubu ile 26-40 ve 41-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,203$).									
Sağlık hizmetlerine yönelimi	Gruplar arası	54,333	3	18,111	17,948	,000	18-25	40	2,82
	Gruplar içi	310,794	308	1,009			26-40	178	4,04
	Toplam	365,127	311				41-55	86	3,92
Anlamlı fark (A-B); 18-25 yaş grubu ile 26-40 ve 41-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,129$).									
Ticari kaygı ve reklam	Gruplar arası	9,354	3	3,118	5,596	,001	18-25	40	3,08
	Gruplar içi	171,622	308	,557			41-55	86	3,47
	Toplam	180,976	311				55 ve üzeri	8	4,08
Anlamlı fark (A-B); 55 ve üzeri yaş grubu ile 18-25 ve 41-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır (Tamhane testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,011$).									

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo-9-10-11'de katılımcıların sağlıklı yaşama biçimi davranışı algısına yönelik demografik gruplar arasında yapılan ANOVA testi bulguları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde eğitim durumu, yaş ve gelir grupları arasında anlamlı farklılıkların ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlığı geliştirmenin ve

fiziksel aktivitenin algılanmasında ortaokul ve lise mezunlarının üniversite ve ilkököl mezunlarına göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu anlaşılmaktadır. Kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu, sağlığı geliştirmenin ve fiziksel aktivitenin algılanmasında orta ve yüksek gelir grubunun

alt gelir grubuna göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 9

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Algısına Yönelik ANOVA Testi Bulguları (Eğitim)

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gruplar	n	\bar{x}
Sağlığı Geliştirme	Gruplar arası	14,581	3	4,860	6,264	,000	Ortaokul	46	4,43
	Gruplar içi	238,994	308	,776			Üniversite	100	3,86
	Toplam	253,575	311						
Anlamlı fark (A-B); Üniversite mezunları ile ortaokul mezunları arasında anlamlı farklılık vardır (Tamhane testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,034$).									
Fiziksel aktivite	Gruplar arası	9,193	3	3,064	3,014	,030	İlkokul	57	3,09
	Gruplar içi	313,110	308	1,017			Lise	109	3,57
	Toplam	322,304	311						
Anlamlı fark (A-B); Üniversite mezunları ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tamhane testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,010$).									

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 10

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Algısına Yönelik ANOVA Testi Bulguları (Gelir)

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gruplar	n	\bar{x}
Kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu	Gruplar arası	9,133	2	4,567	10,818	,000	5.000 TL ve altı	81	4,20
	Gruplar içi	130,446	309	,422			5.001 ve 10.000 TL arası	177	4,50
	Toplam	139,580	311				10.001 TL ve üzeri	54	4,71
Anlamlı fark (A-B); 5.000 TL ve altı ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tamhane testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,001$).									
Sağlığı Geliştirme	Gruplar arası	40,427	2	20,213	29,303	,000	5.000 TL ve altı	81	3,53
	Gruplar içi	213,148	309	,690			5.001 ve 10.000 TL arası	177	4,33
	Toplam	253,575	311				10.001 TL ve üzeri	54	4,40
Anlamlı fark (A-B); 5.000 TL ve altı ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,188$).									
Fiziksel aktivite	Gruplar arası	9,847	2	4,924	4,869	,008	5.000 TL ve altı	81	3,15
	Gruplar içi	312,456	309	1,011			5.001 ve 10.000 TL arası	177	3,44
	Toplam	322,304	311				10.001 TL ve üzeri	54	3,69
Anlamlı fark (A-B); 5.000 TL ve altı ile 10.001 TL ve üzeri gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,135$).									

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu, sağlığı geliştirmenin ve fiziksel aktivitenin algılanmasında orta yaş grubunun (26-55) genç yaş grubuna (18-25) göre daha olumlu algı içerisinde olduğu anlaşılmaktadır.

5. Sonuç ve Tartışma

İnsanların sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemeleri ve sağlıklı yaşam için gerekli bilgiye ulaşılmasında sağlık programlarının önemli bir etkisinin olduğu açıktır. Sağlıkla ilgili

yapılan programlarla bireylerin bilgiye ulaşma kolaylığı ile birlikte aynı zamanda sağlık araçlarının kullanımı hakkında da doğru bilgiye kolay ulaşma imkânı ortaya çıkmıştır. Neticesinde sağlık programlarının insan sağlığını ve yaşam kalitesini koruma ve yükseltmek için önemli etkisi olan bir araç olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 11

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Algısına Yönelik ANOVA Testi Bulguları (Yaş)

Faktörler	Varyansın kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Gruplar	n	\bar{x}
Kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu	Gruplar arası	6,695	3	2,232	5,173	,002	18-25	40	4,11
	Gruplar içi	132,885	308	,431			26-40	178	4,55
	Toplam	139,580	311						
	Anlamli fark (A-B); 18-25 yaş grubu ile 26-40 yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır (Tamhane testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,030$).								
Sağlığı Geliştirme	Gruplar arası	40,795	3	13,598	19,684	,000	18-25	40	3,24
	Gruplar içi	212,780	308	,691			26-40	178	4,34
	Toplam	253,575	311				41-55	86	4,41
	Anlamli fark (A-B); 18-25 yaş grubu ile 26-40 ve 41-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır (Tamhane testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,001$).								
Fiziksel aktivite	Gruplar arası	14,461	3	4,820	4,823	,003	18-25	40	2,98
	Gruplar içi	307,843	308	,999			26-40	178	3,57
	Toplam	322,304	311						
	Anlamli fark (A-B); 18-25 yaş grubu ile 26-40 yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır (Tukey testi uygulanmıştır. Homogeneity of variance: $p<0,463$).								

*Gruplar arası farklılık 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Bu anlamda sağlık programları algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin incelenerek tespit edilmesi amacıyla çalışma yapılarak, yapılan çalışma analizlerinde şu bulgulara ulaşılmıştır:

'Sağlık programlarının alt boyutlarından duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin ve sağlık durumunu olumsuz algılama'nın 'kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu' üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Ticari kaygı ve reklam'ın 'sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler' üzerine etkisi görülmemiştir. Esin ve Aktaş (2012) çalışmalarında sağlıklı yaşam davranışı biçimi üzerinde sağlık algısının etkili olabileceğini dolayısıyla sağlık programlarıyla yürütülen mesaj ve algının önemini belirtmişlerdir. Açıksöz vd. (2013) öğrenciler üzerindeki çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile sağlık algıları arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin sağlığı geliştirme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilirken; ticari kaygı ve reklam'ın sağlığı geliştirme üzerine anlamlı bir etkisi

görülmemiştir. Fakat sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelimin, sağlık durumunu olumsuz algılamanın fiziksel aktivite üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte sağlık programlarına duyulan güven ve sağlık düzeyini algılama ile fiziksel aktivite arasında olumlu bir ilişki varken, sağlık hizmetlerine yönelim ve ticari kaygı ve reklam'ın fiziksel aktivite üzerine olumsuz bir etkisi ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerinden medeni durum ve geleneksel tıp başvurusu ile sağlık programları algısına yönelik anlamlı farklılık görülmüş; yine katılımcıların demografik özelliklerinden medeni durum ve geleneksel tıp başvurusu ile sağlıklı yaşama biçimi davranışı algısına yönelik anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Sağlık programlarına duyulan güvenin ve sağlık hizmetlerine yönelimin algılanmasında ortaokul ve lise mezunlarının üniversite mezunlarına göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Yine sağlık programlarına duyulan güvenin, sağlık hizmetlerine yönelim ile ticari kaygı ve reklamın algılanmasında orta yaş grubunun (26-55) genç

yaş grubuna (18-25) göre daha olumlu algı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık programlarına duyulan güvenin ve sağlık hizmetlerine yönelimin algılanmasında orta ve yüksek gelir grubunun alt gelir grubuna göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu tespit edilmiştir.

Sağlığı geliştirmenin ve fiziksel aktivitenin algılanmasında ortaokul ve lise mezunlarının üniversite ve ilkokul mezunlarına göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu, sağlığı geliştirmenin ve fiziksel aktivitenin algılanmasında orta yaş grubunun (26-55) genç yaş grubuna (18-25) göre daha olumlu algı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu, sağlığı geliştirmenin ve fiziksel aktivitenin algılanmasında orta ve yüksek gelir grubunun alt gelir grubuna göre daha olumlu bir algı içerisinde olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre sağlık programlarının sağlıklı yaşam davranışı üzerine etkisinin olduğu ifade edilebilir. Bu etkinin artırılması adına öneriler:

- Hazırlanan sağlık programlarının insan sağlığının önemi dikkate alınarak özenle yapılması gerekmektedir
- İnsan sağlığını tehlikeye atacak herhangi bir reklam veya ürün satışına izin verilmemesi gerekmektedir.
- Medya, televizyon ve dijital yayınlarda ve ortamlarda sunulan sağlık programlarında içeriklerin doğru ve yanıltmayan bir özellikte hazırlanması gerekmektedir.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışının önemi ile geniş kitlelere ulaşımının sağlanması gerekmektedir.
- Sağlık programlarında mutlaka branşında yetkin kişilerden destek alınmalıdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik gruplara eğitim ve aktivite çalışmaları yapılabilir.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile ilgili farklı değişkenler üzerinde de çalışmalar yapılabilir.
- Milli eğitim, Aile ve sosyal yardımlaşma, Gençlik ve spor gibi devletin resmi kurumlarıyla birlikte de kamu spotu tarzında Medya, televizyon ve dijital yayınlarda ve ortamlarda yayımlar hazırlanabilir.

6. Sınırlılıklar ve Gelecek Çalışmalar

Bu araştırmadaki kısıtlar: Araştırmada kullanılan verilerin online link üzerinden temin edilmesi ile zaman kısıtı içerisinde küçük bir örneklem kütleli üzerinde uygulanmış olmasıdır. Araştırma daha uzun bir zamanda geniş bir örneklem kütleli ile analiz edilmesi halinde elde edilen bulguların doğrulanması ve yeni bulgulara ulaşılması adına önem arz etmektedir. Araştırma ayrıca nicel yöntemler üzerine yapılmış olmasından dolayı nitel yöntemlerle de desteklenmesi halinde daha betimleyici sonuçlar açısından önemlidir. Bu kısıtlar dahilinde literatürde az çalışılmış olmasından dolayı katkı sağlayıcı bir çalışma olması düşünülmüştür. Yine ileride sağlıklı yaşam davranışı çalışmaları üzerine ve insan sağlığı kalitesini yükseltmek adına çalışmalar yapılabilir ve onlara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

7. Araştırma ve Yayın Etiği Beyanı

Bu araştırma bilimsel araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Anketin uygulanması için etik kurul raporu Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan alınmıştır (Toplantı sayısı:2, Karar sayısı: 2022/46, Karar tarihi:07.02.2022).

8. Yazarların Makaleye Katkı Oranları

Bu çalışma, Öğr.Gör. Hasan Saltuk DURAK tarafından tek başına hazırlanmıştır.

9. Çıkar Beyanı

Bu araştırma herhangi bir çıkar çatışmasına konu değildir.

Kaynakça

Açıksöz, S., Uzun, Ş., Arslan, F. (2013). Relationship between perceptions of health status and health promotion

- behaviors in nursing students. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-7.
- Ashoorkhani, M., Gholami, J., Malek, K., Nedjat, S., Mortazavi, J. ve Majdzadeh, R. (2012). Quality of health news disseminated in the print media in developing 244 countries: A case study in Iran. *BMC Public Health*, 12(1), 1-8. DOI: 10.1186/1471-2458-12-627
- Bahadır, A. (1997). Günümüz kitle iletişim araçlarının, ruhsal ve toplumsal hayatımız üzerindeki olumsuz etkileri ve korunma yolları., *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 7, 469-492.
- Baltaş, Z. (2004). *Sağlık psikolojisi halk sağlığında davranış bilimleri*. 2. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi
- Avcı, İ. B. ve Sönmez, M. F. (2013). Sağlık iletişimi bağlamında bireylerin televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme alışkanlıkları ve motivasyonları: Elazığ örneği, *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2(2), 119-138.
- Bulduklu, Y. (2010). *Televizyonda yayımlanan sağlık programları ve izleyicileri üzerine ampirik bir çalışma* (Doktora Tezi). Selçuk Üniv. Sosyal Bilimler Ens. Halkla İlişkiler ve Tanıtım ABD. Konya.
- Calman, K. C. (1998). The potential for health: How to improve the nation's health. Oxford: Oxford University Press.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). *Sağlık sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Çakır, V. (2005). Bir sosyal etkinlik olarak eğlence ve televizyon: Konya örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13, 123-142.
- Crawford, R. (2000). *The ritual of health promotion*, In, S. J. Williams, J. Gabe, M. Calnan(Eds.), Health, medicine and society key theories, Future Agendas, London: Routledge, (ss. 219-236).
- Çınarlı, İ. (2008). Sağlık iletişimi ve medya. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çınarlı, İ. (2019). 21. Yüzyıl için sağlık iletişimi. (1. Baskı), İstanbul: Nobel Kitabevi.
- De Jesus, M. (2013). The impact of mass media health communication on health decision making and medical advice-seeking behavior of U.S. Hispanic population. *Health Communication*, 28(5), 525-529. DOI: 10.1080/10410236.2012.701584.
- Esin, M. N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 2(45), 87-95.
- Esin, M. N. ve Aktaş, E. (2012). Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 166-176.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yay.
- Ford, E. S., Bergmann, M. M., Boeing, H., Li, C. ve Capewell, S. (2012). Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. *Prev Med*. 55(1), 23-7.
- Gollop, C. J. (1997). Health information-seeking behavior and older african american women. *Journal of the Medical Library Association*, 85(2), 141- 146.
- Haveman-Nies, A., Groot, L. P., Burema, J., Cruz, J. A., Osler, M. ve Staveren, W. A. (2002). Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: The seneca study. *Am J Epidemiol*, 156(10), 962-968.
- Karaca, Ş. (2021). Sağlık haber algısının sağlıklı yaşam farkındalığı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 41(2), 289-318.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik tıp, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık bilimleri için*. 1. Basım, Nobel Yayıncılık.
- Kaya, Ş. (2011). Televizyonda kadın, sağlık ve hastalık. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 118-150.
- Koçak, A. ve Bulduklu, Y. (2010). Sağlık iletişimi: Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- McClelland, C. ve Rees, L. (2000). *A foundation for health promotion in pharmacy practice*, In, P. Gard (Eds.) A behavioural approach to pharmacy practice, Oxford: Blackwell Publishing Ltd. (pp. 59-90).
- Nettleton, S. (1996). Women and the new paradigm of health and medicine. *Critical Social Policy*, 16(48), 33-53.
- Ocakçı, A. (2003). Sağlıkın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. *Sağlık ve Toplum Dergisi*
- Özbaş, S. ve Özkan, S. (2010). Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 541-546.
- Polan, E. U. ve Taylor, D. R. (2007). *Journey across the life Span human development and health promotion*. Third Edition, Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sezgin, D. (2010)., Yaşam tarzı önerileri bağlamında sağlık haberlerinin analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 52-78.
- Strasburger, V. C. (2004). Children, adolescents and the media. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34, 54-113.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Sixth edition, Boston: Pearson.
- Talashak, L. M., Ed, D., Grace, M. (1994). The substance abuse pandemic: Determinants to guide interventions. *Public Health Nursing*, 11(2), 131-137.
- Uslu, Z. K. (2000). *Televizyon ve kadın*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Walker, S. N. ve Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II (Unpublished manuscript). *University of Nebraska Medical Center*, 13
- Wexler, B. (2007). *Health and wellness illness among americans*. Texas: 2007 Thomson Gale.