

# Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri\* | Health Programs on Televisions and Its Audiences

Yasin BULDUKLU\*\*

## ÖZET

Dünya Sağlık Örgütüncü, “yalnızca hastalık veya rahatsızlığın olmaması değil aynı zamanda zihnen, bedenen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık, bireyin öznel değerlendirmesiyle ilgili bir kavramdır. Pek çok tanımı yapılmış olan iletişim ise, en basit tanımıyla kaynaktan hedefe amaçlı bilgi aktarımı sürecidir. Sağlık bilgisi ve iletişim araçlarına erişim olanakları, sağlıklı yaşam, sağlık sonuçlarının başarısı ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi açısından oldukça önemlidir. İletişim ve sağlık alanlarını birbirine bağlayan sağlık iletişimi, “sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılan uygulamalara, iletişim kural ve stratejilerinin uygulanmasıdır.” Bireylerin kendi arasında, hekim ile hasta arasında ve kitle iletişim araçları üzerinden gerçekleşen sağlıkla ilgili tüm bilgi alışverişleri sağlık iletişimi çerçevesinde ele alınmaktadır. Bir sağlık iletişimi çalışması olan bu çalışmada kitle iletişiminin en etkili olan televizyon aracılığıyla sunulan sağlık programlarının, onun izleyicilerinin ve izleme motivasyonlarının Kullanımlar ve Doyumlar Yaklaşımı çerçevesinde incelenmektedir.

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada ulusal ölçekte yayın yapan üç televizyon kanalından 100 birim sağlık programının içerikleri “içerik analizi” tekniğinin yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir. İlk kısımda yapılan analiz sonucunda; sağlık programlarının temel amacının toplumsal sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi olduğu, toplumsal bilinci artırıcı iletişimlere yer verildiği, konuya ilgi çekmek amacıyla korku ve kaygı yaratıcı ifadelerin sıkça kullanıldığı ve katılan uzman hekimlerin büyük çoğunluğunun özel mülkiyete ait sağlık kuruluşlarından davet edildiği ortaya konmuştur. İkinci aşama sağlık programlarının izleyicilerinin izleme motivasyonlarını saptamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla Konya’da yaşayan 763 kişiden yüz yüze görüşme tekniğiyle ve soru formu yardımıyla veriler toplanmıştır. İkinci aşamanın sonuçlarına göre ise; sağlık programı izleyicilerinin, bu programları enformasyon-farkındalık (%16.20), destek bulma ve özdeşleştirme (%11.60), sosyal aktivite ve alışkanlık (%9.73), paylaşma ve güven (%8.64) motivasyonları ile izlediği gözlemlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Kullanımlar ve Doyumlar, Aktif izleyici, Sağlık İletişimi, Sağlık Davranış Modelleri, Televizyonda Sağlık.

**Çalışmanın Türü:** Araştırma

## ABSTRACT

Described as “not only the unexistence of a disease or a disorder but also exact wellness in terms of mental, physical and social aspects” by WHO, health is term subjectively evaluated by the individual. However, communication described in many different ways so far is the process with its simplest meaning in which information is transmitted from a source to the receiver with an aim. Health information and communication opportunities are important for the quality of health care applications, succesful of health outcomes and healthier life. Connecting the health and the communication with each other, health communication means “the application of the communicative rules and strategies on procedures performed to develop health.” Health is an area where effective communication is fairly important, as good communication, contributes to improve of healthcare quality. Healthcare providers with good communication skills, contribute their success is the achievement of better health outcomes. All informative transmissions related to health on mass media instruments, between individuals, and patients and doctors are considered in the frame of health communication.

Health communication has emerged as a academic field over the past three decades. Health communication goals to improve health outcomes by sharing health information. Thus, attempts to change behaviors and to raise of awareness in a target audience regarding health or health issues and solutions. With this purpose used to health promotion, health education and disease prevention methods. In this context “health promotion” is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behaviour towards a wide range of social and environmental interventions. “Health education” is training people about health and health issues. An health educational program directed to improve, maintain, and safeguard the health of the community or person. “Disease Prevention” is focuses on the avoidance of illness and minimization of threat.

Health communication interventions goal is change to health behavior. Health behavior is an action taken by a person to maintain, attain, or regain health and to prevent illness. A number of theories has been developed to predict, explain, and change health behavior. In literature health behavior models that have shaped health communication strategies are drawn primarily from the fields of psychology. These theories in this study includes: Health Belief Model, the Theory of Reasoned Action, the Transtheoretical Model, Social Cognitive Theory, and Diffusion of Innovations Theory. This models the purpose of predicting and explaining health behaviors. The Health Belief Model assesses a person’s likelihood of undertaking a preventive health behavior based on the person’s perceptions of susceptibility to disease, benefits of the proposed action and barriers to making the change. Theory of Reasoned Action, prediction of behavioral intention, spanning predictions of attitude and predictions of behavior. Transtheoretical Model posits “stages of change” in which a person moves from precontemplation to maintenance of a behavior change. Social Cognitive Theory identifies behavior as an interaction of personal factors, behavior, and the environment.

\* Bu çalışma, yazarın doktora tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\* Dr., Selçuk Üniversitesi

This include health behavior change to include environmental and social factors. Diffusion of Innovations Theory, seeks to explain, how, why, and at what rate new ideas and technology spread through population.

There is not broadly acceptance of theories in health communication area. But in this study examines the communication theories adapted to health communication approaches include: Rhetorical Model, interested to persuasive discourse and the art of using language to communicate effectively. Semiotic Tradition, focus on the nature of individual signs and sing meanings in health communication. Phenomenological Model, theorizes communication as dialogue or experience of others. In Cybernetic Model, communication is theorized as information processing-processing that allows systems to function. Communication, according to the Sociopsychological Model, is “a process in which the behavior of humans or other complex organisms expresses psychological mechanisms, states, and traits and, through interaction with similar expressions of other individuals, produces a range of cognitive, emotional, and behavioral effects.” In Sociocultural Model, communication is shared systems of beliefs, values, language, political economy, and various other institutional arrangements make communication possible. Finally, according to the Critical Theory, genuine communication occurs in the process of discursive reflection, but material and ideological practices in community often preclude or distort discursive reflection and hence prevent authentic communication.

Health messages are widely covered in the media, and specially on television. Many people expose to willingly or unwillingly these messages. Television offer effective facilities for communicating health related messages, which can increase knowledge and changing negative behavior of target audiences. Television, provide enormous amounts of information about health in variety programs This information may be correct or incorrect. It provide facilitates for Health Education and disease prevention. But it is impersonal and typically involves only one-way communication. Despite, all television health programs are very important for the community health. Therefore many television broadcasters are interested in this field. And each passing day has launched a new health program on television channels.

Related to health communication, this study investigates health programs via television, the most effective one of mass media instruments and their audiences in the frame of the uses and gratifications approach. This study is composed of two stages. During the first stage, the contents of 100 units of health programs from three national TV stations were analyzed via “content analysis” technique. This content analysis stage to examine the content of health messages, program goals, and structure of programs present in televisions health programs from 1 March – 31 August 2008. According to the data during the first stage, it was determined that the main goal of health programs is the development of health education and the health status in society, is to cover the messages to increase social awareness, phrases to lead to horror and anxiety in public is mostly used in order to draw attention to the topic, and most of the doctors attending these programs are invited from private health clinics. The second stage is to aim at determining the watching motivations of the health program audiences. For this reason, data accumulated from 763 people living in Konya by interviewing. This research data were collected with questionnaire method. This questionnaire consisted of five sections; first section questions are related to determination of participants’ health status, second section questions, participants’ interest of health programs, third section questions, participants’ judgments about television health programs, fourth section questions, participants’ viewed motivations of health programs, and finally fifth section questions, participants’ socio-demographic characteristics. According to the results of the second stage, the following motivation rates were determined: information-awareness (16.20%), finding a support and identification (11.60%), social activities and habits ( 9.73%), sharing and confidence (8.64%).

**Keywords:** Uses and Gratifications, Active Audiences, Health Communication, Health Behavioral Models, Health on Television

**The Type of Research:** Research

## GİRİŞ

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütüncü (WHO), sadece sakatlığın ya da hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda kişinin beden, ruhen, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olması olarak tanımlanmaktadır. İletişim ise en basit tanımıyla, kaynaktan hedefe, duygu düşünce ve bilginin çeşitli araçlar kanalıyla aktarılması sürecidir. İletişim ve sağlığı yan yana getirmeyi amaçlayan Sağlık İletişimi disiplini, son 25-30 yılda akademik çevrelerin ilgisini çekmeye başlamış, bu alanda özellikle Amerika’da pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışma da sağlık iletişimi çerçevesinde ve Kullanımlar ve Doyumlar Yaklaşımı geleneğinde sağlık iletişimini açıklamayı ve televizyonda yayınlanan sağlık programlarının izlenme motivasyonlarını saptamayı amaçlamaktadır.

Kitle iletişim araçlarının sağlık konusuna ilgileri her geçen gün artmaktadır. Bu araçların başında gelen internet üzerinde pek çok sağlık sitesi yayın yapmakta ve güncel sağlık bilgilerini izleyenlerine sunmaktadır. Yine televizyonun son günlerde sağlık konusuna ilgisi de yadsınamayacak düzeydedir. Bu denli iletişim araçlarının ilgisini çeken sağlık programları izleyenlerine sağlık iletlerini doğrudan sunan bir yapıya sahiptir. Sağlık iletişimi bağlamında bu programların yapıları ve izlenme motivasyonları bu çalışmada incelenmektedir. Ancak daha öncesinde çalışmanın kuramsal çerçevesini oluşturan kullanımlar ve doyumlar yaklaşımına kısaca değinilmiştir.

## 1. KULLANIMLAR ve DOYUMLAR YAKLAŞIMI

Kullanımlar ve Doymalar Yaklaşımının kökenleri 1940'lardaki Uygulamalı Toplumsal Araştırmalar Bürosunun çalışmalarına kadar uzanmasına rağmen teorinin asıl formüle edilmesi ve kitle iletişim araştırmalarında kullanımı, 1974'de Blumler ve Katz'ın editörlüğünde "Kitle İletişimin Kullanımı" (*The Uses of Mass Communication*) başlığıyla yayınlanan bir dizi makaleyle başlamıştır (Heath ve Bryant, 2000:361, Koçak, 2001:56). Kuram, bireylerin medya tüketimlerinin nedenleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Medyanın etkilerini açıklamak için öncelikle, izleyicilerin, karakteristiklerini, motivasyonlarını, seçiciliklerini ve onların ilgilerini anlamının gerektiğini ileri sürmektedir. Kullanımlar ve Doymalar Yaklaşımı, mekanik etki tepki kuramlarının aksine aslında bir psikolojik iletişim perspektifidir. Yaklaşım, medyanın sunduğu içerikleri bireylerin neden kullandıkları, hangi amaçlar ve gereksinimlerle kitle iletişiminin içeriklerini tükettikleri konusuyla ilgilenmektedir. Kullanımlar ve Doymalar Yaklaşımının temel bazı ilkelerini şöyle sıralamak mümkündür (Williams,2003:177):

1. İnsanlar kendi ihtiyaçları için aktif olarak medyayı kullanırlar.
2. İnsanlar kendi amaçlarını bilirler; duygu ve düşüncelerini bu yönde dile getirebilirler ve medyayı bu yönde kullanırlar.
3. Bireylerin medya kullanımlarında farklılıklar olmasına rağmen, Kullanımlar ve Doymaların bazı temel kalıplarını (motivasyonlarını) tanımlamak mümkündür.

Kullanımlar ve Doymalar Yaklaşımının en önemli unsuru izleyiciyi aktif olarak kabul etmesidir. Kullanımlar ve Doymalar yaklaşımında "aktif izleyici" nosyonu, teorinin satranç tahtasında anahtar bir oyuncudur. Bu paradigmanın pek çok kuramcısınca en temel ilkenin izleyicinin aktifliğine yapılan vurgunun olduğu ve yaklaşımın merkezine bu bakış açısının oturtulduğu üzerinde sürekli ısrar edilmektedir (Biocca, 1988:52). Araştırmacılar izleyiciyi, bireysel ihtiyaçları tatmin etmek için medya mesajlarını seçen, seçtiği mesajları fayda amaçlı olarak tüketen bireyler olarak tanımlamışlardır. Bireyler, medya mesajlarını tüketmeleri sırasında kendi çevrelerini de etkilemektedirler.

## 2. SAĞLIK DAVRANIŞI ve SAĞLIK DAVRANIŞI MODELLERİ

Sağlık davranışı, bireyin sağlığa ilişkin olarak var olan eylemleridir ve bireyin geçmiş deneyimleri, toplumsal kültür ve çevresel unsurlara göre şekillenir. Sağlık davranışı, bireyin öznel standartlarına, toplumsal ve çevresel etmenlere bağlı olarak var olan davranışının pekiştirilmesi, geliştirilmesi veya değiştirilmesi şeklinde gerçekleşir. Toplumsal yapı, kitle iletişim araçlarından gönderilen iletiler ve sağlığa zararlı maddelere erişim olanakları bazı sağlık davranışlarını güçlendirirken bazı davranışları engelleyebilmektedir. Kişilerin davranışlarını anlayabilmek ve onların sağlık davranışlarını geliştirmek amacıyla bazı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Psikolojinin davranış modellerinden uyarlanmış olan bu yaklaşımlar, bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmek veya bir sağlık sorununa karşı bireysel ve toplumsal düzeyde önlemler almak amacıyla yürütülen kampanyalarda yol gösterici bir rol oynamaktadır. Aşağıda bu modeller kısaca açıklanmaktadır.

**a. Sağlık İnanç Modeli:** Sağlık İnanç Modeli, bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, önceden yaşamış olduğu deneyimlere istinaden sağlığını korumak yönünde hareket ettiği ve bu tehdide karşı koruyucu sağlık davranışı geliştirdiği varsayımına dayanır. Eğer kişiler, kendilerinin bir hastalığa yakalanacaklarına ve hastalığın bazı ciddi sonuçlarının olacağına, yapılacak bazı uygulamaların hastalığa duyarlılığı veya ilgili hastalığın boyutunu azaltacağına, bu uygulama ya da eylemin faydasının maliyetinden fazla olacağına inanırlarsa; sağlıklarına yönelik tehlikeleri önleme çarelerini araştırmaktadırlar (Çam ve Bilge, 2007:217; Çınarlı, 2008:129). Model, sağlık tehdidine ilişkin öznel algılar temelinde altı boyuta dayanır. Bu boyutlar: algılanan duyarlılık (tehdit algısı), algılanan ciddiyet (tehdidin olası sonuçlarının değerlendirilmesi), algılanan yarar (önleyici hareketin etkinliğinin değerlendirilmesi), algılanan engeller (ortaya konulacak davranışın zorluklarının ve negatif sonuçlarının değerlendirilmesi) eylemin başlangıcı (bireyin karar verme sürecini takiben harekete geçme yeteneği) ve son olarak bireyin kendi etkinliğinin sağlanması şeklinde açıklanabilir (Murphy ve Bennet, 2002:40).

**b. Nedenli Eylem ve Planlanmış Davranış Kuramı:** Nedenli Eylem Teorisi (*Theory of Reasoned Action*), Fishbein ve Ajzen tarafından davranışlar, niyetler ve tutumlar arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Onlara göre; özel bir davranışı yapma olasılığının belirleyici unsuru, bireyin motivasyonel

özelliğiyle yakından ilgilidir. Model, davranışın ortaya çıkmasında belirleyici faktörün, davranışsal niyet olduğunu varsayar (Akt. Montaño ve Kasprzyk, 2008:68-69). Modele 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 inanışa sahip olabilirler. Davranışın ortaya çıkması üzerinde etkili olan unsurlardan ilki bu çeşitli inanışlar, tutumlar ve biçimlerin 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 tüm unsurlarını kapsar ve “algılanmış kontrol” kavramının ilavesi ile Nedenli Eylem Kuramının geliştirilmiş bir biçimidir.

**c. Sosyal Biliş Teorisi:** Albert Bandura, tarafından geliştirilen Sosyal Biliş Teorisi (*Social Cognitive Theory*), kişinin düşünce, arzu ve davranışlarını etkileyen psiko-sosyal mekanizmayı anlamak için teorik bir çatı sağlamaktadır (Okay, 2007:94). 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). Kurama göre insanlar, 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 konumundadır. İçerisinde yaşadıkları sisteme uyum sağlamak amacıyla kendilerini değiştirir ve geliştirirler. İnsanlar geniş bir sosyo-kültürel etkiler ağı içinde yaşamaktadırlar. Bu ağda kişilik yapısı ve toplumsal yapı ayrı ayrı parçalar değildir; birlikte ve birbirleriyle etkileşim halinde çalışmaktadırlar. Psiko-sosyal unsurların yanı sıra çevresel unsurlar ve yakın çevre bireyin davranışlarının değişmesi ve gelişmesi üzerinde etkili olmaktadır (Bandura, 2001:121).

**d. Korunma Motivasyonu Teorisi:** Var olan bir risk hakkında bireyde korku oluşturmak suretiyle davranışın gösterilmesi yönünde bireyin güdülenmesi anlayışına dayanan bu teori, sağlık riski ve bu riskin sonuçları hakkında tehditler kullanarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır (Gorin, 2006:41; Murphy ve Bennet; 2002:33). Modele göre, sağlıkla ilgili davranışın gelişmesi *tehdidin ciddiyeti, bireysel hassasiyet, uyarının etkinliği, bireyin kendi öz etkinlik kapasitesi ve korku* unsurlarının bir bileşeni olarak ortaya çıkmaktadır (Ogden,2007:27):

**e. Transteoretik Model:** Model, Prochaska ve arkadaşlarının 1979 yılında yaptıkları sigara içenlerin profesyonel tedavileri sürecindeki özgüven değişimini inceledikleri çalışmalarından ortaya çıkmıştır ve psiko-terapi'nin pek çok kuramını birleştirmektedir (Prochaska, vd.2008:97). Transteoretik Kuramın en belirgin özelliği, davranış değişiminin aşamalar halinde gerçekleştiğini öne sürmesidir (Scaturro, 2005:19). Buna göre davranış; tasarlama öncesi (precontemplation), tasarlama dönemi (contemplation), hazırlık (preparation), eylem (action) ve sürdürme (maintenance) aşamaları sonucu ortaya çıkmaktadır.

**f. Yeniliklerin Yayılması:** İlk olarak Ryan ve Gross tarafından 1943 yılında ortaya konulan kuram, yeni düşünce ve uygulamaların toplumsal yapı içerisinde uygun kanallar kullanılarak ve yeteri kadar sıklıkla iletilmesi sürecini tanımlamaktadır (Tabak, 2003:81, Thomas, 2006:70). Kuramın öncülerinden Everett M.Rogers, “Yeniliklerin Yayılımı - *Diffusion of Innovations*” adlı kitabında yeniliği “kişi veya başka bir kabullenme birimi tarafından yeni olarak algılanan düşünce, uygulama veya nesne” olarak tanımlamaktadır. Rogers'e göre mesajın kabul görmesi veya davranışın benimsenmesi, hedef kitlenin yeniliği kendisi için faydalı görmesi, ihtiyaçları ve değerleri ile uyumluluğunun anlaşılması ve benimsenmesinin kolay olarak görülmesi, ayrıca davranışın denenebilir olması ve denemenin sonuçlarının olumlu bulunmasına bağlıdır (Çınarlı, 2008:136).

### 3. SAĞLIK İLETİŞİMİ ve SAĞLIK İLETİŞİM MODELLERİ

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). Çeşitli boyutlarda gerçekleşen sağlık iletişiminin kalitesi, tıbbi başarının derecesini ciddi şekilde etkilemektedir (Dance, 1970:30). Amerika'nın önde gelen sağlık kuruluşlarından CDC (*Centers for Disease Control and Prevention- Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi*) sağlık iletişimini “sağlığı geliştirmek, kişilerin ve

toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek maksadıyla iletişim bilimine ilişkin kural ve stratejilerin uygulanması” olarak tanımlamaktadır (Neuhauser ve Kreps, 2003:8; Çınarlı, 2008:42). Healthy People 2010 sağlık iletişimini, “önemli sağlık sorunları hakkında, kamunun, bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi ve harekete geçirilmesi sanat ve tekniği” şeklinde tanımlamaktadır. Buna göre sağlık iletişimi, toplumun içinde yaşayan bireylerin yaşam ve sağlık kalitelerinin artırılması, sağlık bakım politikalarının oluşturularak sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hastalıklardan korunması işlevlerini kapsamaktadır (Parrott, 2004:751; Schiavo, 2007:5). Kısaca sağlık iletişimi, sağlık bilgisinin yaratılması, toplanması ve paylaşılması süreçlerinden oluşmaktadır (Kreps, 2003:610).

Sağlık iletişimi, özellikle son yıllarda ilginin hızla arttığı disiplinler arası bir alandır. Bu ara disiplin, psikoloji, sosyoloji ve diğer sosyal bilimlerin, iletişim disipliniyle ilgilenmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Neuhauser ve Kreps, 2003:9). Psikoloji biliminin ortaya koyduğu bazı kuramlar iletişimin bu alt disiplininin gelişiminde oldukça etkili olmuş ve büyük oranda etkilemiştir. Özellikle 1950-60’lı yıllarda Carl Rogers, Jurgen Ruesch ve Gregory Bateson’ın öncülük ettikleri ve psikoloji alanında uzun yıllardan beri etkili olan hümanistik (insancıl) psikoloji yaklaşımı, sağlıkta ve tedavi sürecinde iletişimin oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. *Journal of Communication*’ın 1963 yılındaki sayısının tümünü “İletişim ve Zihinsel Sağlık” konusuna ayırması iletişim bilimiyle uğraşan akademisyenlerin ilgisini bir anda sağlık alanına çekmiştir. Watzlawick, Beavin, ve Jackson tarafından 1967 yılında yayınlanmış, sağlık iletişimi ve hümanistik psikolojiyi birbiriyle ilişkili olarak ele alan *The Pragmatics of Human Communication* adlı kitap, sağlık iletişimine katkı yapmanın ötesinde, kişiler arası iletişimin işleyişinde paradigma değişimi olarak nitelendirilebilecek önemli değişiklikler getirmiştir (Rogers, 1994: 208-209; Kreps, vd. 1998:3-5; Logan, 2001:23). Tüm bu gelişmelerin yanında, yine Amerika’da ilk kez *International Communication Association*’a (Uluslararası İletişim Derneği) bağlı olarak bir “Sağlık İletişimi Bölümü” (*Health Communication Division*) 1975 yılında kurulmuş, *National Communication Association*’a (Ulusal İletişim Derneği) bağlı olarak yine ayrı bir “Sağlık İletişim Birimi” 1985 yılında kurulmuştur. 1989 yılında Lawrence Earlbaum Associates, *Health Communication* adıyla bu alandaki ilk dergiyi çıkarması da bu disiplinin gelişmesinde etkili olmuştur (Kreps vd. 1998:5). Bu çalışmaların etkisiyle ortaya çıkan sağlık iletişimi alanında ortaya konulmuş, yaklaşımlardan bazıları bu çalışmada kısaca açıklanmaktadır.

**a. Retorik Model:** Retorik iletişim, 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 kullanılması şeklinde tanımlamıştır. Retorik geleneğin, sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında ve halk sağlığı düzeyinde büyük etkileri olduğu ileri sürülmektedir. Bilimsel teori ve ses bilimi üzerine dayanan yaklaşımı bilim adamları, söylemin ve metinlerin içeriklerinin daha geniş biçimleri üzerinde analizler yapmışlar, sadece hastalık durumunda olan söylemle ilgilenmemişler; aynı zamanda sağlığa değer katan sembollere de yoğunlaşmışlardır (Akt. Ratzan, 2001:211).

**b. Semiyotik Model:** Semiyotik Model, işaretler ve işaret sistemlerinin kullanılarak özneler arası bir kavram aracılığıyla iletişimi kuramlaştırmaktadır. İletişimin eleştirel ve yenilikçi görünümü üzerine vurgu yapan model, ilişki sistemleri ve ilişkilerdeki öncelikler üzerine vurgularda bulunmaktadır. Bu nedenle yaklaşım, bireysel işaretler ve anlamların doğası yerine işaretler, diğerleriyle ilişkilerde işaretler ve işaretlerin anlamları gibi konuları sorunsallaştırmaktadır. Özneler arası yaklaşımla iletişimcilerin paylaştığı ilişkiler ağının genişletilmesi ile uğraşan Semiyotik Yaklaşım, işaretler aracılığıyla sağlığa ilişkin sunulan içeriklerin dikkat uyandıracak şekilde yapılandırılmasına aracılık eder özelliktedir. Diyet yaparak vücudun inceceğine yönelik bir reklamda dönüşümün gösterilmesi sağlık iletişiminde bu modelin kullanımına örnek olarak verilebilir (Babrow ve Mattson, 2003:49, Berry, 2007:27).

**c. Fenomenolojik Model :** Doğrudan iletişim veya diyalog, diğerleriyle yüz yüze ilişki kurmak yoluyla ortaya çıkar ve aracısızdır. İletişimsel anlayış, yaşadığımız dünyanın paylaşılmasında bizim fiziksel varlığımızla elde ettiğimiz deneyimlerimizin bir dönüşümü olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden Fenomenolojik Model, Semiyotik Yaklaşımına meydan okumakta ve işaretlerin özneler arası anlamlandırılmasına onların sadece aracılık ettiğini ileri sürmektedir. Retorik söylem kadar, stratejik işaretlerin ve iletişimin ustaca ve amaçlı yapılandırılmasının zorunlu olduğunu savunmakta, iletişimi bilinç aramayı amaçlayan bir aydınlanma çabası olarak tanımlamaktadır (Babrow ve Mattson, 2003:49).

Fenomenolojik Yaklaşımına göre bireyin edindiği tecrübe kendisinin çevresiyle olan etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Olayların temel özelliklerinin sübjektif deneyimlerle gözlenmesi ve betimlenmesini amaçlayan bir yaklaşımdır.

**d. 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, iletişim sürecinde ve bilginin işlenmesi aşamasında, işlevsel sistemlere (sıklıkla onların işlevsel bozukluklara neden olduğu söylene de) olanak sağlayan bilgiyi kuramlaştırmaktadır (Akt. Babrow ve Mattson, 2003:50). İletişim, kodlamayı, aktarmayı ve kod çözmeyi içermektedir. Dahası, bu teorinin karmaşıklığı ve odaklandığı alana bağlı olarak, iletişim, karmaşık olan sistemlerin düzenlenmesi, çevresel dış faktörlerin etkilerinin uysallaştırılması veya aksine artırılması yanında çevresel geri bildirimleri de kapsayabilir.

**e. Sosyo-kültürel Model:** Bu bağlamda 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 etkileşmesinin bir sonucu olarak o topluluğun niteliklerini benimsemek durumundadır. Her ne kadar bu durum, toplumsallaşma sürecinin bir sonucu gibi görünmekteyse de, sağlık iletişiminin bakış açısından durum bazı farklılıklar arz etmektedir. Birey, seçme olanağı bulunmaksızın doğumuyla birlikte kendisini toplumsal 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. Sosyo-kültürel gelenek, sağlık iletişiminde bilimsel ve hümanist varsayımların, değerlerin, isteklerin ve gerilimlerin tümüyle yakından ilişkilidir (Babrow ve Mattson, 2003:51). Toplumun sağlık konusundaki değerleri, bireyin sağlık davranışını öğrenmesinde ve şekillendirmesinde etkin rol oynamaktadır. Modele göre, pek çok hastalığın ortaya çıkışı ve yayılımı da toplumsal-kültürel etmenlerle yakından ilişkilidir. Buna göre iletişimin toplumsal- kültürel bağlamla ilişkilendirildiğinde etkili olacağı varsayımı, yaklaşımın en önemli unsurudur.

**f. 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

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

### 4.1. METODOLOJİ

Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri üzerine yapılan bu araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada; televizyonda yayınlanan sağlık programlarının içerikleri ve sağlık konusunun ele alınış biçimleri içerik analizi yöntemiyle incelenmektedir. İkinci aşama, alan araştırması aşamasıdır. Çalışmanın amacı, özellikle ülkemizde henüz gelişme aşamasında bulunan sağlık iletişimi konusunun gelişimine katkıda bulunmaktır. Dolayısıyla bu çalışmada sağlık iletişimi düzeylerinden biri ve en önemlisi olan televizyondan sunulan sağlık programlarının kimlerce izlenildikleri, hangi amaçla tüketildikleri ve izleyicinin hangi gereksinimini giderdikleri sorularına yanıt aranmaktadır.

Kitle iletişim araçları üzerinden verilen sağlık mesajları geniş kitlelere ulaştığından bireyler üzerindeki etkileri de ciddi düzeylerde olmaktadır. Pek çok insan sağlık veya tıpla ilgili gelişmeleri ve bilgileri ilk olarak medyadan öğrenmekte, bazı sağlık davranışlarını da ilk olarak iletişim araçlarında görmektedir. Kitle iletişim araçlarından yayılan yanlış ya da hatalı sağlık bilgisi bireysel sağlığı etkilediğinden bununla bağlantılı olarak da toplumsal sağlığın bozulmasına yol açmaktadır. İnsanların sağlık içeriklerine olan ilgisi, izleme sırasındaki algıları, izleme sonrası iletiye yükledikleri anlam bireysel ve toplumsal sağlıklılık halinin devamı için önemlidir.

Araştırmanın içerik analizi aşamasında TRT'nin TRT-2' kanalında yayınlanan "Reçete" programı, CNNTÜRK'te yayınlanan "Yaşama Sevinci" ve HABERTÜRK televizyonunda yayınlanan "Medikal" programları içerikleri incelenmek amacıyla seçilmiştir. İzlenme periyodu olarak 1 Mart – 31 Ağustos 2008 tarihleri saptanmış ve üç program bu süre zarfında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Kaydedilen programlardan 100 tanesi tesadüfi örneklem tekniğiyle incelemeye alınmış ve içerikleri kodlama formu yardımıyla çözümlenmiştir. Bu bağlamda CNNTÜRK'te yayınlanan "Yaşama Sevinci" programından 39 birime, HABERTÜRK televizyonundaki "Medikal" programından 31 birime ve TRT-2'deki "Reçete" programından 30 birime içerik analizi uygulanmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında, tesadüfi örneklem yöntemiyle uygulanarak seçilen 16 – 75 yaş arasındaki Konya'da yaşayan 763 kişiyle soru formu\* yardımıyla yüz yüze görüşmeler yapılmış ve elde edilen verilere istatistiksel yöntemler uygulanarak analize tabi tutulmuştur.

## 4.2. İçerik Analizi Bulguları

Çalışma, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının analizi ile izleyici araştırmasını bütüncül bir perspektiften ele alarak bundan sonra bu alanda yapılacak araştırmalara hareket noktası sunabilmek amacıyla bazı veriler elde etmeyi hedeflemektedir. Elde edilen program içeriklerinin analizi sonuçları ve alan araştırması bulguları aşağıda kısaca özetlenmiştir. Buna göre:

1. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının konusunu, genellikle davranışsal sorunlar ve dahili hastalıklar oluşturmaktadır (%72).
2. Programlarda çoğunlukla "Profesörler" konuk olarak ağırlandmakta (%57) ve bu konukların büyük bir bölümü televizyon kanalının bulunduğu yerdeki sağlık kuruluşlarından (%86) gelmektedir.
3. Programlara konuk olanlar, çoğunlukla (%60) özel sağlık kuruluşlarının hekimleridir.
4. Konukların %83'ünün muayenehanesi vardır veya özel hastanelerde çalışmaktadır.
5. Ele alınan konuların yarısından fazlası (%54.6) halkın sağlığını korumaya yönelik olarak kurgulanmakta, yarıya yakın kısmı ise toplumsal bilinç ve farkındalık yaratmayı hedefler (%38.4) şekilde sunulmaktadır.
6. Uzman katılımcılar, sağlık ile ilgili konuları ele alırken çoğunlukla izleyen üzerinde kaygı yaratma stratejisini kullanmaktadır (%19.7). Buna göre kişinin sağlığa ilişkin içeriğe dikkatini çekmek ya da sağlık kuruluşlarına müracaat etmelerini sağlamak amacıyla güttükleri izlenimine yol açtıkları söylenebilir.
7. Programlarda konunun sunumu esnasında içeriğe dikkat çekmek ve içeriği pekiştirmek amacıyla teknolojik öğelere sıkça yer verilmektedir. Ayrıca bu programlarda reklam hissi uyandıracak şekilde hazırlanmış içerikler ve sağlık kuruluşlarının bir tanıtımı niteliği taşıyan video görüntüleri de yayınlanmaktadır (%53.1).
8. İçeriklerin sunumundan hemen sonra, uzman hekimce sorunun çözümüne yönelik tavsiyelerde bulunulmakta (%21.4), hastalar aynı veya farklı branştaki diğer uzmanlara ve hastanelere yönlendirilmektedir (%15.3).
9. Telefonla sağlık programlarına bağlanan izleyenlerin çoğunluğunu (%56) kadınlar oluşturmaktadır ve bunların çoğunluğu da (%51) kendi sağlık sorunlarına ilişkin sorular sormaktadır. Bu soruların %72.6'sı anlatılan konuyla bağlantılıdır. İzleyenlerin %43.7'si var olan bir şikayetlerini ana hatlarıyla anlatmakta bunların %62.1'i rahatsızlıklarını teşhis ettirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca telefonla bağlanan izleyicilerin %22.1'i önceki doktorunun verdiği tedaviyi onaylatmak amacıyla sorular sormaktadır. Kadınlar, çocukları veya eşleriyle ilgili sorular sormaktayken (Kadın %34.4; Erkek: %27.6); erkekler, kendi sorunlarına ilişkin (%56.6) sorunları uzman katılımcıyla paylaşmaktadırlar.
10. Programlara soru sormak için bağlanan izleyenlerin %50.5'inin teşhis edilmiş bir hastalığı vardır ve bununla ilgili tedavi almaktadır. Buna göre hastalığı olan bireylerin diğer bireylere göre daha çok sağlık programlarının içeriklerine ilgi gösterdikleri gözlemlenmektedir.

\* Soru formu, beş bölümden oluşmaktadır. Bunlar; katılımcıların sağlık durumlarının tespitine yönelik sorular, televizyon izleme ve katılımcıların sağlık programlarına olan ilgilerinin saptanmasına yönelik sorular, televizyonda yayınlanan sağlık programlarıyla ilgili yargılara örneklemin katılım düzeyini saptamaya yönelik sorular, sağlık programlarının izlenme motivasyonları ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorulardır.

11. Kamu televizyonundaki programlara katılan uzmanlar ile özel televizyon kanalındaki programlara katılan uzmanların çalıştıkları kurumlar birbirlerinden farklılık sergilemektedir. Öyle ki; kamu televizyonu sağlık programlarına çağrılan uzman konukların %83.3'ü kamu hastanelerinin katılımcıdır. Özel televizyon kanallarında yayınlanan programların uzman konuklarının %94.9'u özel hastane hekimleridir. Buna ilaveten kamuda çalışan hekimlere göre özel sağlık kuruluşlarının hekimleri tehdit ve korku içeren veya izleyende kaygı oluşturan ifadelerle daha çok yer vermektedirler. Tüm tehdit ve korku yaratıcı ifadelerin %77.5'i özel hastane hekimlerince kullanılmıştır.

12. Video, resim, vb. görsel öğelerle içeriğin anlatımı ya da reklam amaçlı bu görüntülerin kullanılmasına, özel televizyon kanallarında kamu televizyonuna nazaran daha fazla yer verilmektedir. Kendi muayenehane veya ameliyat görüntüsüne, içerik sunumunda yer verenlerin %90.9'u özel televizyon kanallarında yayınlanan sağlık programlarına konuk olmuşlardır.

### 4.3. Alan Araştırması Bulguları

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının izleyicileri üzerinde yapılan alan araştırmasının bulguları şu şekilde özetlenebilir:

1. Sağlık programlarını 41 yaş ve üstündeki bireyler genç yaştakilere oranla daha fazla izlemektedirler. Sağlık programlarını her gün izlediğini ifade eden katılımcıların % 57.1'i 41 yaş ve üzerindeki bireylerdir. 16-40 yaş arası bireyler, sağlığa ilişkin bilgiye çoğunlukla internet üzerinden ulaşmaktadırlar. Bu yaş grubunun % 85.6'sı sağlık bilgisi kaynağı olarak interneti işaret etmişlerdir. Kadınlar erkeklere oranla sağlık bilgisine ulaşmak ve tıbbi gelişmeleri takip etmek amaçlı olarak çoğunlukla televizyonu tercih etmektedirler (kadınlar:%33.3, erkekler:%28.2). Erkeklerin bu gereksinimlerini karşılamak için genelde internete yöneldikleri çalışmada ortaya konulmuştur (internetten sağlık bilgisine erişenlerin %46.5'i erkek; %39.7'si kadındır).

2. Televizyon üzerinden sağlık bilgisine erişmek isteyen izleyicilerin çoğunluğu (%50.3), konusu tümüyle sağlık olan "sağlık programları"ni tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Haber bültenlerindeki sağlık bilgisine ilgi gösterdiğini ifade edenlerin oranı %40.4 olarak ikinci sıradadır. Sağlık programlarının izleyicileri bu programları izlemek için ayrıca vakit ayırmamakta; denk gelirse veya izleyecek başka bir şey yoksa (%83.05) sağlık programlarını izlemektedirler.

3. Kronik bir hastalık nedeniyle tedavi olan kişiler (%58.1), sıhhatli olduğunu belirtenlere (47.3) oranla sağlık programlarına daha çok ilgi göstermektedir. Kendi hastalığına ilişkin bilgi verildiğini veya verileceğini duyanların %75.6'sı bu programları izlemek için fazladan bir çaba göstermektedir.

4. Araştırmaya katılanların %40'ı sağlık programlarının sıkıcı olarak sunulduğunu düşünmektedir. Ancak bunların %67'si içeriği sıkıcı bulmasının yanında verilen bilgileri önemli ve %76.1'i toplumsal sağlık ve bireysel sağlık için faydalı olarak algılamaktadır. Bu programların izleyicilerinin %50.1'i, sağlık programlarına konuk olan uzman hekimlerin gerçekleştirdiği ameliyat ya da tedaviye ilişkin işlemlerin ücretlerinin, diğer meslektaşlarına nazaran daha yüksek maliyette olduğunu düşünmektedir.

Sağlık programlarının izlenme motivasyonlarını saptamaya çalışan bu araştırma izleme motivasyonlarından **enformasyon ve farkındalık**'ın ilk sırada olduğunu ortaya koymuştur. Bu faktör grubunun özdeğeri 4.21'dir ve bu grup tek başına toplam varyansın %16.20'sini açıklamaktadır. Birinci faktör grubunun güvenilirlik düzeyi %83.8 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan faktör analizinde, yaş değişkenine göre enformasyon – farkındalık motivasyonuna verilen önem arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0.039$ ,  $F=2.357$ ,  $sd=5$ ). Bu farkın 31-40 yaş ve 41-50 yaş grubundaki bireyler arasında yapılan analizlerde görülmüştür. Eğitim düzeyi ile enformasyon- farkındalık motivasyonu için sağlık programlarını izlenmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu yapılan ANOVA analizi sonucunda ortaya çıkmıştır ( $p=0.02$ ,  $F=5.027$ ,  $sd=3$ ). Farkın ilkökul mezunlarıyla, lise mezunları arasında ve yine ilkökul mezunlarıyla üniversite mezunları arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlkokul mezunları, lise ve üniversite mezunlarına oranla daha fazla enformasyon- farkındalık motivasyonu için sağlık programlarını izlemektedirler.

Bir diğer izlenme motivasyonu olarak **destek arama ve özdeşleştirme** faktörü ikinci motivasyon grubu olarak ortaya çıkmaktadır. İkinci izleme motivasyonu grubu 3.02'lik özdeğer ve %76.1'lik güvenilirlik düzeyiyle toplam varyansın %11.60'ını açıklamaktadır. Özellikle bir rahatsızlığı olan bireyler



kendi durumunda olan diğer bireyleri görüp moral bulma motivasyonu için de sağlık programlarının içeriklerini tüketmektedirler ( $t=2.76$ ,  $sd=761$ ,  $p=0.006$ ). Destek-özdeşleştirme motivasyonu ile sağlık programlarını izleyen hasta bireylerin ortalama değeri 51.6 iken, sağlıklı bireylerde bu değer 49.4 olarak bulunmuştur. Yine gelir değişkeni ile destek – özdeşleştirme motivasyonu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0.011$ ,  $F=3.015$ ,  $sd=5$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma da ilişkinin, 999 TL’den az gelire sahip olanlarla 3.001 TL ve üzeri gelire sahip olanlar arasında olduğu görülmüştür. Gelir gruplarının ortalama değerleri göz önünde bulundurulduğunda gelir seviyesi arttıkça destek-özdeşleştirme motivasyonuna verilen önem azalmaktadır. Televizyon izleme süresi ile destek – özdeşleştirme motivasyonuna verilen önem arasında da bir ilişkinin olduğu çalışmanın ortaya çıkardığı sonuçlardandır ( $p=0.028$ ,  $F=2.520$ ,  $sd=5$ ). Çoklu karşılaştırma sonucuna göre fark, günde 1-2 saat televizyon izleyenlerle 5 saatten çok izleyenler arasındadır. Televizyonu çok izleyen katılımcılar bu motivasyona daha çok önem vermekteyken, daha az izleyenler ise destek – özdeşleştirme motivasyonuna daha az önem vermektedirler. Bu motivasyon grubuyla eğitim değişkeni arasında da anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0.000$ ,  $F=11.208$ ,  $sd=3$ ). Yapılan çoklu karşılaştırmaya göre fark, ilkökul ve ortaokul mezunlarıyla üniversite mezunları arasındadır. Eğitim düzeyi arttıkça destek arama ve anlatılanlarla kendini özdeşleştirme motivasyonuna verilen önem azalmaktadır.

Üçüncü sırada ortaya çıkan izleme motivasyonu **alışkanlık ve sosyal aktivite olarak** belirlenmiştir. Bu faktör, 2.53’lük özdeğer ve %74.6’lık güvenilirlik düzeyiyle toplam varyansın % 9.73’ünü açıklamaktadır. Özellikle kadınların gündelik olarak yaptıkları işler sırasında veya bağımsız bir aktivite gibi sağlık programlarını izledikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan t-testi sonucuna göre, sosyal aktivite – alışkanlık motivasyonu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $t=-2.562$ ,  $sd=761$ ,  $p=0.011$ ). Erkekler bu faktör için 48.97’lik değer almışlarken kadınlar, 50.8’lik bir ortalama değere sahiptir. Buna göre kadınlar erkeklere oranla daha çok sosyal aktivite- alışkanlık motivasyonuna önem vermektedirler. Gelir düzeyine göre sosyal aktivite – alışkanlık motivasyonuna verilen önem arasında anlamlı bir farklılığın olduğu yapılan ANOVA analizi sonucunda görülmüştür ( $p=0.044$ ,  $F=2.292$ ,  $sd=5$ ). Bu farkın 999 TL’den az gelire sahip kişilerle 3.001 TL’den çok gelire sahip kişiler arasında olduğu tespit edilmiştir. Sağlığa zararlı alışkanlıkları olanların bu faktöre verdiği önem olmayanlara göre daha fazladır. Zararlı sağlık davranışı olanların ortalaması 48.88 iken, sağlığa zararlı alışkanlığı olmayanların ortalama değeri 50.58’dir. Buna göre, sağlığa zararlı bir alışkanlığı olmayanlar, sağlığa zararlı alışkanlığı olanlara nazaran daha çok sosyal aktivite – alışkanlık motivasyonu ile sağlık programlarını izlemektedirler.

Son izleme motivasyon grubunu ise **paylaşma ve güven** motivasyonu oluşturmaktadır. Bu grup, 2.25’lik özdeğer ve %63.7’lik güvenilirlik düzeyiyle toplam varyansın %8.64’ünü açıklamaktadır. Yaşın artmasıyla bu grup motivasyonlarına verilen önemde artmaktadır ( $p= 0.008$ ,  $F=3.167$ ,  $sd=5$ ). Buna göre yaşlılar, gençlere oranla elde ettikleri bilgiyi paylaşma ve sunulan içeriğe güvenme motivasyonu ile sağlık programlarını izlemektedirler. Gelir ile paylaşma - güven motivasyonuna verilen önem arasında yapılan ANOVA analizinde p değeri 0.013, F değeri 2.925 olarak bulunmuştur. Buna göre gelir düzeylerine göre paylaşma ve güven motivasyonuna verilen önem arasında bir farklılık vardır. Farkın 999 TL’den az gelire sahip olan katılımcılarla 2.500 TL ve üzeri gelir elde eden izleyenler arasında olduğu yapılan çoklu karşılaştırma tablosuyla ortaya konulmuştur. Eğitim seviyesi de bu motivasyon grubunun üzerinde etkilidir ( $p=0.006$ ,  $F=4.166$ ,  $sd=3$ ). Farkın ilkökul ve ortaokul mezunlarıyla lise ve üniversite mezunları arasında olduğu istatistiksel testlerle ortaya konulmuştur. Ortalama değerlere göre, eğitim düzeyi arttıkça bu motivasyona verilen önem azalmaktadır.

## 5. SONUÇ

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarına izleyicilerin hangi amaçla ve hangi motivasyonlarla yöneldikleri bu çalışmayla ortaya konmuştur. Görülmektedir ki; sağlık programları, izleyicisinde anlatılan konuya ilişkin şüphe oluşturarak onun hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi yönünde davranış göstermesine sevk etmeye çalışmaktadır. Buna göre sağlık programları, bireyin kişisel sağlık bilgisini artırıcı işlevinin yanında, hekim – hasta etkileşimi üzerinde de bir etkiye sahiptir. Sağlık programının izleyicisi, izleme sonrasında programdan elde ettiği bazı bilgileri ya onaylatmak ya da hastalığın kendisinde olup olmadığını tespit ettirmek amaçlı doktora yönelmektedir. Bu programlar sayesinde hasta, doktora

rahatsızlığına ilişkin belirli bir bilgiye erişmiş olarak gitmektedir. Son dönemde bazı doktorlar, donanımlı gelen hastanın memnun edilmesinin güçlüğünden şikayet ediyor olsa da; hastanın, kendi rahatsızlığının farkına varması ve sağlık kuruluşlarına yönelmesi noktasında sağlık programları olumlu bir etkiye sahiptir. Buna göre, sağlık programlarının izlenmesi bilgi ve öğrenme amaçlı içerik tüketiminden daha fazla bir anlam ifade etmektedir. Bunun farkında olan televizyon kuruluşları da sağlık içeriklerini sunumlarında farklı üslupları geliştirerek izlenilirlilik düzeylerini artırma çabası içerisindeyler. Bu nedenledir ki; son dönem yapılan sağlık programları, bir uzman hekimin konuk olduğu ve bilgi bombardımanı şeklinde geçmekten ziyade eğlenceli içerikleri sunan, içerisinde farklı konu köşelerine yer veren ve birden çok uzman hekimin konuk olduğu bir yapıya bürünmüştür. Televizyon kanallarındaki bu üslup dönüşümü, kuşkusuz izleyenlerin eğlenceyi de içerisinde barındıran sağlık programlarına daha çok ilgi göstermesinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

### KAYNAKÇA

- Babrow, Austin S, Mattson, Marifran (2003). Theorizing About Health Communication. (Edited By: Teresa L. Thompson, Alicia Dorsey, Katherine I. Miller, Roxanne Parrott). *Handbook of Health Communication*. NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 35-61.
- Bandura, Albert (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communications. (Edited By: Jennings Bryant, & Dolf Zillman). *Media Effects: Advances in Theory and Research*. (2nd Edition), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 121-153
- Berry, Dianne (2007). *Health Communication Theory and Practice*. NY: McGraw-Hill
- Biocca, Frank A. (1988). Opposing Conceptions of the Audience: The Active and Ppassive Hemisphere of Mass Communication Theory. (Edited By: James Anderson). *Communication Yearbook 11*, Newbury Park, CA: Sage, 51-80.
- Çam, Olcay ve Bilge, Ayşegül (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sivas: 2007; C:8, S: 3, 215-223.
- Çınarlı, İnci (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. İstanbul: Nobel
- Dance, Frank E.X. (1970). The Communication of Health, *The Ohio Speech Journal*, 8: 4,28-30.
- Edwards, Jeffrey R (1992). A Cybernetic Theory of Stress, Coping, and Well-being in Organizations. *Academy of Management Review*, Vol: 17 ss..238 – 274.
- Gorin, Sherri S. (2006). Models of Health Promotion. (Edited By: Sherri S. Gorin & Joan Arnold). *Health Promotion in Practice*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint, 21-66.
- Heath Robert L, Bryant, Jennings. (2000). *Human Communication Theory and Research: Concepts, Contexts and Challenges*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Koçak, Abdullah (2001). *Televizyon İzleyici Davranışları Televizyon İzleyicilerinin Tecrübeleri ve Doyumları Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
- Kreps, Gary L, Bonaguro, Ellen W and Query Jim L (1998). The History and Development of the Field of Health Communication. (Edited By: Lorraine D. Jackson & Bernard K. Duffy). *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*. Westport CT: Greenwood Press, 1-15.
- Kreps, Gary L (2003). Opportunities for Health Communication Scholarship to Shape Public Health Policy and Practice: Examples from the National Cancer Institute. (Edited By: Teresa L. Thompson, Alicia Dorsey, Katherine I. Miller, Roxanne Parrott). *Handbook of Health Communication*. NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 609-624.
- Logan, Robert A (2001). Science Mass Communication: Its Conceptual History. *Science Communication*. S:23, C:2, CA:Sage Publications, 135-163.
- McClelland, Cath, Rees, Lois (2000). A Foundation for Health Promotion in Pharmacy Practice. (Edited By: Paul Gard). *A Behavioural Approach to Pharmacy Practice*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 59-90
- Montaño, Daniel E, Kasprzyk, Danuta (2008), Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and Integrated Behavioral Model, (Edited By: Karen Glanz, Barbara K. Rimer ve Kasisomayajula Viswanath). *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*. (4.th Edition), San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint, 67-96.

- Murphy, Simon, Bennet, Paul (2002). Psychology and Health Promotion, (Edited By: R.obin Bunton and Gordon Macdonald). *Health Promotion Disciplines, Diversity, and Developments*, Second Ed.London:Routledge, 31-52.
- Neuhauser Linda, Kreps, Gary L. (2003). Rethinking Communication in the E-health Era, *Journal of Health Psychology*, Vol. 8, No. 1, 7-23.
- Okay, Ayla (2007). *Sağlık İletişimi*, İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri A.Ş
- Parrott, Roxanne (2004). Emphasizing Communication in Health Communication, *Journal of Communication*, Dec.1, V:54, N:4, 751-787
- Prochaska, James O, Redding, Colleen A, Evers and Kerry E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change, (Edited By: Karen Glanz, Barbara K. Rimer ve Kasisomayajula Viswanath). *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*. (4.th Edition), San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint 97-121.
- Ratzan, Scott C. (2001). Health Literacy: Communication for the Public Good, *Health Promotion International*, Vol:15, N:3 GB: Oxford University Press, 207-214.
- Redding, Colleen A, Rossi, Joseph S, Rossi, Susan, Velicer, Wayne F and Prochaska, James O. (2000). Health Behavior Models, *The International Electronic Journal of Health Education*, V:3, Special Issue,180-193.
- Rogers, Everett M. (1994). The Field of Health Communication Today, *American Behavioral Scientist*, Vol:38, No:2, November 1994, California: Sage Publications Inc. 208-214.
- Scaturo, Douglas J. (2005). *Clinical Dilemmas in Psychotherapy A Transtheoretical Approach to Psychotherapy Integration*, Washington: American Psychological Association
- Schiavo, Renata (2007). *Health Communication From Theory to Practice*, San Francisco: A Wiley Imprint
- Tabak, R.uhi S. (2003). *Sağlık İletişimi*, 2.Baskı, İstanbul:Literatür Yayınları
- Thomas, Richard K. (2006). *Health Communication*, NY: Springer Science + Business Media, Inc.
- Williams, Kevin(2003). *Understanding Media Theory*, London, UK: Oxford University Press Inc.