

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**OBEZİTEYE YÖNELİK TUTUM VE İNANÇLARIN
GELİŞTİRİLMESİNDE SAĞLIK PROGRAMLARININ
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülcan KAHRAMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: . Prof. Dr. Türker BAŞ

MAYIS-2014

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

OBEZİTEYE YÖNELİK TUTUM VE İNANÇLARIN
GELİŞTİRİLMESİNDE SAĞLIK PROGRAMLARININ
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülcan KAHRAMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 5./6./2014 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği/Oyçokluğu ile kabul edilmiştir”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Türker BAŞ	BAŞARILI	
Prof. Dr. Rana ÖZEN KUTANIS	BAŞARILI	
Yrd. Doç. Dr. mahmut AKBOLAT	BAŞARILI	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gülcan KAHRAMAN

30.05.2014

ÖNSÖZ

Çalışmam boyunca desteğini benden esirgemeyen, akademik birikimini ve tavsiyelerini paylaştan, iyi bir dinleyici olan değerli danışmanım ve hocam *Prof. Dr. Türker BAŞ*'a, yoğun iş yüküne rağmen sabırla ve özveriyle çalışmamın her adımında klavye dokunuşu olan, bana bu işi sevdiren ve öğreten sevgili hocam *Yrd. Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT*'a ve ilk akademik çalışmamı birlikte hazırladığım, tez jürimde olmasından onur duyduğum değerli hocam *Prof. Dr. Rana ÖZEN KUTANIS*'e,

Verileri toplama sürecinde tesadüfen tanıştığım, obezite ile mücadeleyi kendine meslek edinmiş canım arkadaşım *Ülkühan YILMAZ DÜZENLİ*'ye, *Halk Sağlığı Müdürlüğü*'ne ve aile hekimlerine,

Sakarya Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezi'nin güleryüzlü diyetisyeni *Nafiye BÖLÜKBAŞI*'na,

Sakarya ilinde gerçekleşen "altın günlerinin" listesini tutan, bana örneklem arayan ve veri toplama sürecinde destek olan *Kaan CANCI*'ya,

Fikirleri ve tecrübeleriyle yanımda olan, moral ve destek veren değerli hocalarım *Yrd. Doç. Dr. Harun KIRILMAZ* ve *Yrd. Doç. Dr. Sema ÜLKÜ*'ye,

Her adımında yanımda olan oda arkadaşım, dostum *Sümeyye ARSLAN*'a, çalışma arkadaşlarım *Çiğdem UGAN*, *Fatma AYPARÇASI* ve *Merve Türkmen*'e,

Beni her gördüğünde kilolarını nasıl vereceğine dair dert yanan, bu sebeple tezimin bir fotokopisini de kendisine vereceğim fotokopicimiz *Osman DEMİR*'e,

Tez yazma sürecinde limonlu çayımı eksik etmeyen *Metin abi*'ye ve *Ogün*'e,

Üzerimde çok emeği olan *Prof. Dr. Emine Remide ARKUN* ve *Dr. Özgür ARKUN*'a,

Bana okumayı sevdiren babam *Erol KAHRAMAN*'a, öğrencilik hayatım boyunca valizimi taşıyan kardeşim *Murat Can KAHRAMAN*'a, beni büyüten babaannem *Hanım KAHRAMAN*'a ve yüreğim sızladığında yüreği sızlayan annem *Gülsün KAHRAMAN*'a sonsuz şükranlarımla...

Not: Bu tez çalışması, *Bilimsel Araştırma Projesi (BAP)* olarak desteklenmiştir (Proje Numarası: 2013-70-02-005).

Gülcan KAHRAMAN
30.05.2014

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: OBEZİTE HASTALIĞI	5
1.1. Obezitenin Tanımı.....	5
1.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite Görülme Sıklığı	6
1.3. Obezitenin Nedenleri ve Tehlikeleri	8
1.4. Obezite Tedavisinde Kullanılan Yöntemler.....	10
1.4.1. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi.....	10
1.4.2. Egzersiz tedavisi	11
1.4.3. Farmakolojik tedavi	11
1.4.4. Cerrahi tedavi (Bariatrik Cerrahi).....	11
1.4.5. Davranış Değişikliği Tedavisi.....	12
BÖLÜM 2: SAĞLIK İNANÇ MODELİ	14
2.1. Sağlık İnanç Modeli	14
2.2. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri.....	15
2.2.1. Algılanan Duyarlılık ve Algılanan Ciddiyet	15
2.2.2. Algılanan Fayda	16
2.2.3. Algılanan Engel	17
2.2.4. Sağlık Değeri	18
2.3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanıldığı Çalışmalar.....	18

BÖLÜM 3: SAĞLIK PROGRAMLARI.....	21
3.1. Görsel ve İşitsel Kitle İletişim Aracı Olarak Televizyon.....	21
3.2. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları	21
3.2.1. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarının Tutum ve İnanç Geliştirmede Olumlu Etkisi	23
3.2.2. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarının Tutum ve İnanç Geliştirmede Olumsuz Etkisi	24
BÖLÜM 4: OBEZİTEYE YÖNELİK İNANÇ VE TUTUM GELİŞTİRMEDE SAĞLIK PROGRAMLARININ ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA	27
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	27
4.2. Araştırmanın Kısıtları.....	27
4.3. Araştırmanın Yöntemi.....	28
4.4. Araştırma Evren ve Örneklemi	29
4.5. Araştırma Hipotezleri.....	29
4.6. Ölçeğin Geçerliliği ve Güvenilirliği.....	34
4.6.1. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	34
4.6.2. Sağlık Programları Ölçeği.....	39
4.7. Araştırmanın Bulguları.....	42
4.7.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	42
4.7.2. Obezite İle İlgili Tanımlayıcı Özellikler	44
4.7.3. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	47
4.7.4. Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkların İncelenmesi.....	49
4.7.5. Değişkenlere İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizleri	63
4.7.6. Bulguların Değerlendirilmesi.....	68
4.7.7. Sağlık İnanç Modeli ve Televizyon Programlarına İlişkin Hipotezlerin Testi.....	73

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
KAYNAKÇA	77
EKLER.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SİM: Sağlık İnanç Modeli

OSİM: Obezite Sağlık İnanç Modeli

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması	6
Tablo 2: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Ait Güvenilirlik Bulguları	37
Tablo 3: Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik Analizi Uyum Ölçütleri	39
Tablo 4: Sağlık Programları Ölçeğine Ait Güvenilirlik Bulguları	40
Tablo 5: Sağlık Programları Ölçeğinin Geçerlilik Analizi Uyum Ölçütleri	41
Tablo 6: Katılımcılara Ait Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)	43
Tablo 7: Katılımcılara Ait Beden Kitle İndeksi Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=341)	45
Tablo 8: Katılımcılara Ait Spor Yapma Alışkanlığı Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)	45
Tablo 9: Katılımcılara Ait Sigara İçme Alışkanlığı Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)	46
Tablo 10: Katılımcıların Yakın Çevresinde Obezite Bulunma Durumu Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)	46
Tablo 11: Sağlık Bilgisi Edinmede En Çok Tercih Edilen Kitle İletişim Araçları Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)	47
Tablo 12: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinde Yer Alan İfadelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=365)	48
Tablo 13: Sağlık Programları Ölçeğinde Yer Alan İfadelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=365)	49
Tablo 14: Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)	50
Tablo 15: Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)	51
Tablo 16: Beden Kitle İndeksi Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=341)	53
Tablo 17: Yaş Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)	55
Tablo 18: Eğitim Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)	57
Tablo 19: Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=260)	59
Tablo 20: Spor Yapma Alışkanlığına Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)	61
Tablo 21: Meslek Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)	63
Tablo 22: Obezite Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Programları Arasındaki İlişki	65

Tablo 23: Sağlık Programlarının Sağlık Değerini Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	66
Tablo 24: Sağlık Programlarının Tehdit Algısını Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	66
Tablo 25: Sağlık Programlarının Engel Algısını Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	67
Tablo 26: Sağlık Programlarının Fayda Algısını Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	68
Tablo 27: Araştırma Hipotezlerinin Testi	69

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Modeli	34
Şekil 2: Obezite Sağlık İnanç Modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	38
Şekil 3: Sağlık Programları Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	41

Tezin Başlığı:

Obeziteye Yönelik Tutum Ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi

Tezin Yazarı: Gülcan KAHRAMAN **Danışman:** Prof. Dr. Türker BAŞ**Kabul Tarihi:** 05.06.2014**Sayfa Sayısı:** ix (ön kısım) + 85 (tez) +4 (ekler)**Anabilimdalı:** Sağlık Yönetimi**Bilimdalı:** Sağlık Yönetimi

Etkili ve sürdürülebilir kilo kontrolü için stratejilerin belirlenmesinde, kilolu ve obez bireylerin hastalığa ilişkin tehdit algısı, fayda algısı, engel algısı ve sağlık değerine ilişkin algısının tanımlanması önemlidir. Kitle iletişim araçlarından televizyon, özellikle sabah kuşağında yayınlanan sağlık programları ile sağlık bilgisi edinmede eyleme geçirici unsur olarak kullanılmaktadır. Obezitenin medyadaki yansımalarıyla ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmesinde etkili olup olmadığı ile ilgili çalışmalar yeterince aydınlatıcı değildir.

Bu tezde, obezite problemi yaşayan bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmelerinde sağlık ile ilgili televizyon programlarının etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Çalışmada, obezite sorunu yaşayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinde etkili olup olmadığı da incelenmiştir. Bu amaçla, Sakarya ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarına başvuran 365 kilolu ve obez birey üzerinde bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, Dedeli ve Fadiloğlu (2011) tarafından geliştirilen Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ile ilgili 6 soru sorulmuştur.

2014 yılının Ocak ayında başlanan veri toplama süreci, 2014 yılının Mart ayında sonlandırılmıştır. Nicel verilerin analizi, frekans analizi, fark analizi, korelasyon analizi ve regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, cinsiyet ve medeni durum dışında kalan bütün sosyo-demografik özellikler ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir farkın olduğu, ölçeklerin alt boyutları arasında anlamlı fakat zayıf bir ilişkinin olduğu ve sağlık programlarının obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde zayıf bir etkisinin olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Sağlık İnanç Modeli, Sağlık Programları.

Sakarya University Institute of Social Sciences Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: Impact of Health Programs In The Development of Attitudes and Beliefs Towards Obesity	
Author: Gülcan KAHRAMAN	Supervisor: Prof. Dr. Türker BAŞ
Date: 05.06.2014	Nu. of pages: ix (pre text)+85 (main body) +4 (app.)
Department: Health Management	Subfield: Health Management
<p>Definitions of overweights and obese people' perceptions of disease-related threat, perceptions of benefit, perceptions of barriers and perceptions of health value are important in identification of strategies for effective and sustainable weight control. Although there are some studies related to reflection of obesity in the media, these studies are not informative enough whether health programmes have impact on developing attitudes and beliefs towards obesity.</p> <p>In this thesis, it is intended to measure the impact of television programs related to health for individuals who suffer from overweight and obesity in developing attitudes and beliefs towards obesity. In the study, it is also examined whether socio-demographic characteristics of individuals, that have problem with obesity, is effective in performing preventive health behaviors or not. For this purpose, a survey was conducted on 365 overweight and obese individuals, that is consulting to health facilities in Sakarya. Obesity Health Belief Model Scale, that is developed by Dedeli and Fadiloğlu (2011), was used in the research. 6 questions was prepared with regarding to health programmes on television.</p> <p>The process of data collection, that was started in January of 2014, was terminated in March of 2014. Quantitative analysis of the data was evaluated by the frequency analysis, difference analysis, correlation analysis and regression analysis. According to the survey, it can be said that exclude marital status and sex, all socio-demographic characteristics and development in attitudes and beliefs towards obesity have significant difference. There is significant but weak relationship between sub-dimensions of scale and health programmes have weak impact on development in attitudes and beliefs towards obesity.</p>	
Keywords: Obesity, Health Belief Model, Health Programs.	

GİRİŞ

Şişmanlık kavramı, Ortaçağ ve Rönesans döneminde güç, refah ve sağlık göstergesi olarak görülmektedir. İnsan yaşamının çok uzun olmadığı dönemlerde, ilk insan heykellerinde kadın figürlerinin genelde şişman ve obez ağırlıklı olduğu gözlenmektedir. Afrika ülkelerinde çok yemek yiyen biri zengin olarak düşünülürken, Avrupa ülkelerinde çok yemek yemek, olumsuz olarak algılanabilmektedir. 21. yüzyıla gelindiğinde ise, aşırı şişman olmak ve obezite, büyük bir halk sorunu olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, obezite, “sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır.

1980 yılından bu yana obezite oranlarının, neredeyse ikiye katlandığı söylenebilir (<http://www.who.int>). Dünyada yaklaşık 400 milyon erişkin obez olup, bu oranın 2014 yılında 700 milyonun üzerine çıkacağı öngörülmektedir. Obezitenin gözle görülür artışı, “obezite tsunamisi” şeklinde ifade edilmektedir. Bu tsunami, ülkemizde de önemli ölçüde etkili olmaktadır. Ülkemizde, yaklaşık beş erkekten biri, beş kadından da ikisinin obez olduğu saptanmıştır (<http://www.beslenme.gov.tr>). Health Statistics (2010) raporlarında, Türkiye, obezite görülme sıklığı bakımından 12. sırada yer almaktadır. Dünya genelinde obezite, özellikle gelişmiş ülkelerde yoğun olarak görülmektedir. Hastalık, gelişmiş ülkelerde genellikle alt sosyoekonomik kesimlerde, gelişmekte olan ülkelerde ise üst kesimlerde daha sık görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda, obezite, diyabet hastalığının %44’ünün, kalp hastalıklarının %23’ünün ve kanser hastalıklarının neredeyse %41’inin nedeni olarak ifade edilmektedir. Temelde karbonhidrat metabolizmasının bozulması sonucu ortaya çıkan hastalığın tamamen önlenemez, düzeltilebilir ve iyileştirilebilir olduğu belirtilmektedir. Bu süreçte, sağlık kuruluşları ve bakanlığın obezite ile mücadeleye yönelik uygulamaları olduğu görülmektedir. Ancak, sadece bakanlığın ve sağlık kuruluşlarının mücadelesinin yeterli olmadığı; kişinin kendisinin de obeziteyi önleme ve koruyucu sağlık davranışına yönelme konusunda istekli olmasının gerektiği söylenebilir. Obezite hastalığının önlenmesi ve tedavisinde, bireyin hastalığı algılayış biçimi ve geliştirdiği tutumun oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın Konusu

Obezite, uzun süreli bir tedavi gerektirmektedir (Bozboru, 2002:9). Hastalığın önlenmesi için erken dönemde tedaviye başlanmasının gerekli olduğu söylenebilir. Bu bakış açısıyla, obezitenin önlenmesinde bireyin hastalığı algılama biçimi ve geliştirdiği tutum oldukça önemlidir. Diğer bir ifadeyle, hastanın koruyucu sağlık davranışına yönelmesinde sağlık konusundaki inancı etkilidir (Kirscht, 1974, Aktaran: Baltaş, 2000:37).

Televizyon, oldukça büyük bir insan grubuna hitap etmesi, görsel ve işitsel özellikleri bir arada bulundurması sebebi ile diğer iletişim araçlarına göre daha etkin kullanılmaktadır (Strasburger, 2004:55). Sağlık için düşünüldüğünde, bilimsel bilginin bilimsel olmayan bilgiden ayrılmasının zor olduğu bir alanda, kişiler medyanın telkinleriyle yanlış yönlendirilebilmektedir. Özellikle televizyonda yayınlanan sağlık programlarında dayatılan korku ve umutsuzluk, kişilerin tedaviye inançlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Bununla birlikte, bireylerin yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam davranışına yönelmelerinde, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bu tez kapsamında; birinci bölümde obezite hastalığı ele alınarak, obezitenin tanımı, görüldüğü ülkeler, obezite nedenleri, risk faktörleri ve tedavi yöntemlerinden bahsedilmektedir. İkinci bölümde, kişiyi obeziteden korunmaya ve sağlıklı davranışa yönelmeye neyin motive ettiği sorusunun cevabı, Sağlıkta İnanç Modeli ile açıklanmaktadır. Bu bölümde Sağlık İnanç Modeli ve modelin bileşenleri ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise; televizyonda yayınlanan sağlık programları ve bu programların bireylerin inanç ve tutumlarına etkileri tartışılmaktadır. Çalışmanın son bölümünde ise, araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın kapsam ve kısıtları, araştırmanın yöntemi ve araştırmada kullanılan ölçekler, araştırmanın modeli, araştırma hipotezleri ve araştırmanın bulgularına yer verilmiştir. Sonuç ve öneriler kısmında ise, elde edilen sonuçlar diğer çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılarak, değerlendirme ve önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmanın Amacı

Bu tez kapsamında, obezite problemi yaşayan bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmesinde sağlık ile ilgili televizyon programlarının etkisini ölçmek amaçlanmaktadır. Çalışmada, obezite sorunu yaşayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışı gerçekleştirmesinde etkili olup olmadığı da incelenecektir.

Çalışmanın Önemi

Obezite tedavisinde hekim belirleyici olmakla birlikte, kişilerin hastalığa ilişkin tavsiyelere ve düzenlemelere aktif katılımı oldukça önemlidir. Çünkü sadece hekim tedavisiyle yürütülmeye çalışılan kilo kontrolü, birey uyum sağlamazsa, büyük oranda başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Etkili ve sürdürülebilir kilo kontrolü için stratejilerin belirlenmesinde, kilolu ve obez bireyin hastalığa ilişkin tehdit algısı, fayda algısı, engel algısı ve sağlık değerine ilişkin algısının tanımlanması önemli olduğu düşünülmektedir.

Kitle iletişim araçlarından televizyon, özellikle sabah kuşağında yayınlanan sağlık programları ile sağlık bilgisi edinmede kullanılmaktadır. Bu programlarda obezite, sağlıklı yaşam ve kilo kontrolü gibi temalar sıkça işlenmekte, programlara katılan uzman hekimler konuya ilişkin açıklamalarda bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde, bu sağlık programlarının obeziteye yönelik inanç ve tutum değişikliği konusunda ne derece etkili olduğunu inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda ise, sadece obezite inanç modeli ele alınmış, eyleme geçirici unsur olan medyanın obeziteye yönelik inanç ve tutum değişikliğine yansımaya değinmemiştir.

Bireylerin inanç, tutum ve davranışlarını etkileyebilme gücü olan kitle iletişim araçlarının kilolu ve obez bireyler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Televizyonda yayınlanan kadın ve sağlık programlarının obez hastaların inanç ve tutumlarına etki derecesini ölçmenin, bu alanda çalışan akademisyenler ve bu sağlık programlarını hazırlayan televizyon programı yapımcıları için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın Kapsamı

Çalışmada televizyonda yayınlanan sağlık programlarının obez bireylerin tutum ve inançlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırma örneklemini, Sakarya ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarına başvuran 365 obez bireyden oluşmaktadır. Araştırmada veriler anket formu vasıtasıyla elde edilmiştir. Obez bireylerin inanç ve tutumlarını ölçmeyi amaçlayan, Dedeli ve Fadiloğlu (2011) tarafından geliştirilen *Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği* kullanılmıştır. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ile ilgili 6 sorudan oluşan soru formu ise, bu programlara yönelik küçük çaplı içerik analizi yapılarak hazırlanmıştır.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışmada nicel yöntemlerden faydalanılmıştır. Çalışmanın örneklemini, Sakarya ilindeki hastanelerde sağlık kuruluşlarına başvuran 365 kilolu ve obez birey oluşturmaktadır. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının obez bireylerin inanç ve tutumlarına etkisini ölçmek amacıyla, 3 bölümden oluşan bir soru formu kullanılmıştır. İlk bölümde, obez hastaların inanç ve tutumlarını ölçmeyi amaçlayan, Dedeli ve Fadiloğlu (2011) tarafından geliştirilen *Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği* kullanılmıştır. Ölçek, Dedeli ve Fadiloğlu'nun (2011) çalışmasında ilk haliyle 32 ifadeden oluşmaktadır. Uzman görüşü alınarak yapılan değerlendirmeler sonucunda, ölçek 28 ifadeye indirilmiş, bu sorular üzerinden inanç ve tutumların ölçülmesi amaçlanmıştır. İkinci bölüm, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının değerlendirildiği 6 sorudan oluşmaktadır. Sorular oluşturulurken, bu programlara yönelik küçük çaplı içerik analizi yapılarak sorular o içeriklerden yola çıkarak hazırlanmıştır. Son bölümde ise, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

BÖLÜM 1: OBEZİTE HASTALIĞI

1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite kelimesi, Latince kökenli bir kelime olup, "ob" (nedeniyle) ve "edere" (yemek) kelimelerinin birleşmesinden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır (<http://www.beslenme.gov>).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezite, vücuda alınan günlük enerjinin harcanan enerjiden fazla olması ile ortaya çıkmaktadır. Bu harcanamayan enerji, vücutta yağ olarak depolanmakta, vücutta istenmeyen kilolar oluşturmaktadır. Bir başka ifadeyle obezite, enerji metabolizmasının bozulması veya yeterli miktarda alınmaması sonucu oluşmaktadır.

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ dokusu oluşturur. Erkeklerde bu oranının %25, kadınlarda ise %30’un üzerine çıkması durumu obezite olarak tanımlanmaktadır (<http://www.who.int>). Obeziteyi belirlemek için yaygın olarak “Beden Kitle İndeksi (BKİ)” kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünerek elde edilmektedir. BKİ, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta, ancak vücutta yağ dağılımı hakkında yeterince bilgi vermemektedir (<http://www.beslenme.gov>).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan yetişkinlerde beden kitle indeksine göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması Tablo 1’de verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, DSÖ 25 ve üzeri beden kitle indeksine sahip kişileri toplu, hafif şişman veya fazla kilolu olarak isimlendirmekte; şişmanlığı derecelendirerek değerlendirmede bulunmaktadır. 30,00-34,99 beden kitle indeksi 1. derece olurken; 35,00-39,99 beden kitle indeksi ikinci derece, 40 ve üzeri beden kitle indeksi 3. derece olarak sınıflandırılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1

Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması

Beden Kitle İndeksi Sınıflaması (BKİ) (kg/m²)		
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18,50	<18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16,00	<16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	>25,00	>25,00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Şişman (Obez)	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
Şişman I. Derece	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Şişman II. Derece	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Şişman III. Derece	>40,00	30,00 - 32,49

Kaynak: World Health Organization, BMI Classification, <http://www.who.int/en/>, Erişim Tarihi: 9.9.2013.

1.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite Görülme Sıklığı

Dünyada yaklaşık 400 milyon erişkin obez olup, bu oranın 2014 yılında 700 milyonun üzerine çıkacağı öngörülmektedir. Health Statistics (2010) verilerine göre, Amerika %30,6 oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Obezitenin en çok görüldüğü ABD’de 2009-2010 yılları arasında yapılan bir araştırmada, 78 milyondan fazla yetişkin obez olduğu gözlenmektedir. ABD’de obezite görülme sıklığı, erkeklerde %35,5, kadınlarda ise %35,8 ve genel olarak %35,7 olarak bulunmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013:22). Dünyadaki obezitenin üçte biri Kuzey Amerika’da yaşayan bireylerde görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde MONICA çalışması yürütülmektedir. Kardiyovasküler hastalıkları belirlemede uluslararası yürütülen bu çalışma verilerine göre, 10 yıllık gözlemler sonucunda, obezite sıklığının %10–30 arasında bir artış gösterdiği vurgulanmaktadır. Avrupa genelinde %10'un üzerinde olan obezite oranının, İngiltere, Almanya, Yunanistan ve Finlandiya'da %20'nin üzerine çıktığı görülmektedir.

2009 yılında Avrupa genelinde yapılan Sağlık Görüşme Araştırması'nda obezite görülme sıklığının en yüksek olduğu ülkeler sıralamasında Malta, İngiltere, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti'nin önlerde olduğu; en düşük olduğu ülkelerin ise Romanya, İtalya, Bulgaristan ve Fransa olduğu ifade edilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013:22). Bir başka araştırmada, obezite prevalansının yüksek olduğu ülkeler sıralamasında, Kuveyt, Hırvatistan, Katar ve Mısır bulunmaktadır. Aşırı kilolu olma durumunun yüksek olduğu ülkeler arasında Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere görülmektedir. Türkmenistan ve Özbekistan, obezite yaygınlığının en düşük olduğu ülkelerdir (<http://www.bbc.co.uk>).

Health Statistics (2010) raporlarında, Türkiye, obezite görülme sıklığı bakımından 12. sırada yer almaktadır. Türkiye'de, on yılda bir yürütülen "TEKHARF" çalışmalarında, obezite ve aşırı kiloluluk oranlarının arttığı görülmektedir. Bu çalışmalar, Türk Kardiyoloji Derneği tarafından rastgele 59 şehir seçilerek yedi coğrafi bölgede yürütülmektedir. Yumuk (2005:9), ülkemizdeki obezite oranının 1990 yılında %18,6 civarında olduğunu; aynı çalışma on yıl sonra tekrarlandığında, bu oranın %21,9'a yükseldiğini vurgulamaktadır. Araştırmada, obezite görülme sıklığının en fazla Anadolu'nun merkezinde yoğunlaştığı, Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise en düşük oranlara sahip olduğu belirtilmektedir (Satman, 2002:1553). Çalışma sonuçlarına göre, kadınların %43'ünün, erkeklerin ise %21,1'inin şişman olduğu söylenebilir (Aktaran: Furuncuoğlu, 2010:10). 30 yaşını aşkın Türk erkeklerin dörtte birinde (%25,2), kadınların ise hemen hemen yarısında (%44,2) obezite olduğu bulunmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013:27).

1.3. Obezitenin Nedenleri ve Tehlikeleri

Endüstriyel yaşama geçişle birlikte, fiziksel güce dayalı yaşam tarzı yerini daha az fiziksel güç kullanılan işlere bırakmış durumdadır. Hareketsizlik nedeniyle birey

enerjinin fazlasını vücudunda yağ olarak depolamaktadır (Nestle and Jacobson, 2000:15). Çalışmalarda, televizyon ve bilgisayarın karşısında zaman geçirmenin de bireyleri hareketsizliğe yönelttiği ve bu durumun beden kitle indeksi artışında etkili olduğu belirtilmektedir (Francis, Lee ve Birch, 2003).

Yapılan çalışmalarda, genlerin vücutta yağ depolanmasında ne derece etkili olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (<http://www.hsph.harvard.edu>). Kalıtımın önemli bir etken olabileceği tartışma konusu iken, aile üyelerinin birbirlerinden model olarak beslenme, yaşam tarzı ve aktivite alışkanlıklarını değiştirdikleri gözlenmektedir (Saraç, 2010:33; Lyon ve Hirschhorn, 2005:215). Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerden bir ya da ikisi obez ise, diğerlerinde de obezite görülme riskinin arttığı ifade edilmektedir. Benzer bir ifadeyle, obez çocukların sıklıkla obez ebeveynlere sahip olduğu görülmektedir (Wangensteen ve ark., 2005, Aktaran: Altunkaynak ve Özbek, 2006:139). Ailesinde obezite hikayesi olan bireyler için obezite riskinin, yaklaşık olarak iki-üç kat olduğu söylenebilir (Peker ve ark., 2000:85; Nelson ve ark., 2000:49; Haffner ve ark., 1989:930). Çünkü, böyle bir ailenin yemeklerinin enerji değerinin genelde yüksek olduğu ve aynı ailede yaşayan tüm bireylerde fazla enerji tüketimine yol açtığı gözlenmektedir (Baysal, 1996, Aktaran: Peker ve ark., 2000:85). Yine çalışma sonuçları, sosyal çevresinde obezite problemi yaşayan bireyler varsa, kişinin obezite riskinin artabileceğini göstermektedir (Lyon ve Hirschhorn, 2005:215). Ancak, Canan Efendigil Karatay (2013:98), obezite, diyabet, kalp ve damar hastalıkları gibi hastalıkların ailesel, kalıtsal ya da konjenital olma özelliği bulunsa da, bu hastalıkların özellikle çocuklarda ve gençlerde yanlış yaşama ve yanlış beslenme sonucu oluştuğunu vurgulamaktadır.

Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının artışının da obeziteye neden olduğu söylenebilir. Bireylerin yüksek kalorili beslenme ve büyük porsiyon tercih etme eğiliminde artış görülmektedir. İş ve yaşam temposunun bir gerekliliği olarak hızlı yemek yeme alışkanlığı ve sabahları iş yoğunluğundan kahvaltı öğününü atlayarak güne başlamak giderek yaygınlaşmaktadır. Sigara kullanımı (Chiolero ve ark., 2008:806) da, obezitenin yaygınlaşmasında etkin rol oynamaktadır.

Gebelik sürecindeki kadınlarda kilo artışı yaşanmakta, bu kilolar bazı durumlarda doğum sonrasında da devam etmektedir. Hamileliğin de kadınlarda obeziteyi

arttırabildiği söylenebilir (Samur, 2008:7). Yaşam tarzındaki değişikliklere ek olarak, tıbbi problemler ve kullanılan bazı ilaçlar da, obeziteyi arttırabilmektedir (<http://www.medicinenet.com>, Aktaran: Jeffords, 2010:11). Bazı hastalık türlerinde kilo artışları yaşanabilmekte, bazı antidepresanlar, anti-nöbet ilaçları ve diyabet ilaçları obeziteyi tetikleyebilmektedir.

Dünyada risk faktörü sıralamasında bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde yüksek tansiyon %13 oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Bu sıralamayı, ikinci sırada tütün kullanımı (%9), yüksek kan şekeri (%6), hareketsizlik (%6) ve fazla kilo ile obezite (%5) izlemektedir. Obezite nedeniyle her yıl yaklaşık 2,8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013:12).

Morbidite ve mortaliteyi artırma gibi olumsuzlukları olan obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda, diyabet hastalığının %44'ünün, kalp hastalıklarının %23'ünün ve kanser hastalıklarının neredeyse %41'inin nedeni olarak ifade edilmektedir. Çağın en tehlikeli hastalıklarından biri olan kanseri tetikleyen obezite, erkeklerde özellikle kolon, rektum ve prostat kanserini tetiklerken; kadınlarda yoğun olarak meme, serviks ve yumurtalık kanserine neden olmaktadır. Bunların yanı sıra, kas, bel, kalça, diz ve eklem ağrıları da obez bireylerin sıkça karşılaştıkları durumlardır. Obez birey, vücutta biriken fazla kilo sebebiyle, uyku sırasında solunum bozuklukları yaşayabilmekte, bu durum uyku apnesi oluşturarak kişinin rahatsız olmasına neden olmaktadır (Tuomilehto ve ark., 2009:50).

Obezite problemi ile karşı karşıya kalan birey, sadece fiziksel olarak değil, psiko-sosyal olarak da etkilenebilir. Kişide depresyon ve özgüven kaybı oluşabilir. Aynada karşılaştığı kendisi ile barışık olmayan birey, toplumdan uzaklaşarak, içine kapanma ve toplumsal uyum problemi yaşayabilmektedir. Obezite, özellikle kadınlarda ve genç nüfusta "anoreksiya nevroza (yemek yememe) ve "bulimia" (yediklerini kusarak çıkarma) gibi yeme bozuklukları oluşmasına sebep olabilmektedir (Truswell, 2003:56; Bozboru, 2002:7). Kısaca, bireyin hayat kalitesini ve süresini etkilemesi nedeniyle, obezite ile mücadele eden birey, aslında pek çok hastalıkla mücadele etmektedir.

1.4. Obezite Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmalarda, obezitenin büyük oranda önlenebilir, düzeltilbilir ve iyileştirilebilir bir hastalık olduğu ifade edilmektedir (Lim ve ark., 2011, Aktaran: Karatay Efendigil, 2013:14). Tedavinin temel hedefi, hızlı kilo vermek değil, sağlıklı bir kiloya ulaşmak ve bu kiloda kalmaktır. Kilo vermek için diyet değişiklikleri yapmak, fiziksel aktiviteleri arttırmak ve etkili diğer yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak mümkündür. Ancak bazı durumlarda, reçeteli ilaç kullanımı veya cerrahi girişim gerekebilir.

Pek çok uzman, obezite tedavisinin kişiye özel olması gerektiğini savunmaktadır. Tedavide bireyin yaşının, cinsiyetinin, obezite derecesinin, bireysel sağlık risklerinin, önceki kilo kaybı girişimlerinin, metabolik ve psiko-davranışsal özelliklerinin dikkate alınması gerektiği çalışmalarda sıkça vurgulanmaktadır (Hainer, Toplak ve Mitrakou, 2008:269).

Obeziteyi oluşturan nedenleri araştırmak, multidisipliner bir bakış açısı gerektirebilmektedir. Bu nedenle, hekim, beslenme uzmanı ve psikologtan oluşan üç basamaklı bir tedavi yöntemiyle değerlendirilmesinin hasta için faydalı olabileceği düşünülmektedir (Furuncuoğlu, 2010:111).

Tedavide kullanılan yöntemler, tıbbi beslenme (diyet) tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi girişimlerdir (Hainer, Toplak ve Mitrakou, 2008:270).

1.4.1. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi

Obezite, bir insülin direnci hastalığıdır ve bilimsel olarak karbonhidrat metabolizması bozukluğu ile gelişmektedir (Efendigil Karatay, 2013:20). Tıbbi beslenme (diyet) tedavisinde diyet stratejileri, beş grupta incelenmektedir. İlk grup olan düşük yağlı diyetler, kalori alımına değinmeden sadece yağ alımının sınırlandırılmasına odaklanan diyet türüdür. Düşük kalorili diyetler, yağları da içeren tüm makro besin miktarlarını azaltmaya odaklanmaktadır. Çok düşük kalorili diyetler, yağ ve karbonhidrat kısıtlayarak, normale yakın protein alımını koruyan bir diyet tedavisini açıklamaktadır. Karbonhidrat kısıtlı diyetler, iki seçenek sunmaktadır: Birincisi, karbonhidrat miktarında mütevazı bir kısıtlama ve protein alımında bir artış sağlanmasıdır. Diğer alternatif ise, karbonhidrat alımında çok ciddi bir kısıtlama ve bununla birlikte protein

ve yağ alımını arttırmaktır. Son olarak düşük glisemik indeksli diyetlerde ise, karbonhidrat alımı sürdürülmekte; fakat tüketilen karbonhidrat türü, daha düşük glisemik yüklemesi dağıtacak şekilde değiştirilmektedir (<http://www.medscape.com>).

1.4.2. Egzersiz tedavisi

Diyet tedavisine mümkün olabildiği kadar egzersiz eklemek, faydaları maksimize edebilmektedir (<http://www.medscape.com>). Egzersiz tedavisinin kapsamlı bir obezite tedavisinin ayrılmaz bir parçası olduğu ifadesi, yapılan birçok çalışmada vurgulanmaktadır. Hainer, Toplak ve Mitrakou (2008:270), her bireyin ayrı ayrı obezite derecesi, yaşı ve obezite ile birlikte eşlik eden hastalıklarına dikkat edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Yine aynı çalışmada, orta şiddette uygulanan bir fiziksel aktivitenin egzersiz tedavisi süresince yeterli olacağı, haftada 5 gün ve 30 dakikadan oluşması gerektiği tavsiye edilmektedir. Obezite, günlük yapılması gereken fiziksel aktivitenin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, Baltacı (2012:15), yürüyüş, bisiklet ve merdiven çıkma aktiviteleri yapmanın obezite ile mücadelede teşvik edici olduğundan bahsetmektedir.

1.4.3. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar, kilo verme amacındaki birey tarafından egzersiz ve diyet değişiklikleri ile birlikte kullanılmalıdır. Diğer bir ifadeyle, bu ilaçları diyet, egzersiz ve davranış değişikliklerinin yerine kullanılmak doğru bir tedavi yöntemi değildir. Orlistat (Xenical), Lorcaserin (Belviq), Phentermine-topiramate (Qsymia), Phentermine (Adipex-P, Suprenza) gibi ilaçlar, obezite tedavisinde hekimler tarafından önerilen ilaçlardır. Altunkaynak ve Özbek (2006:140), obezite nedenleri ve tedavi seçeneklerini inceledikleri çalışmasında, obezite tedavisinde egzersiz ve düşük kalorili diyetlerin yetersiz kaldığı durumlarda ilaçlardan faydalandığını belirtmektedir. Furuncuoğlu (2010:123), farmakolojik tedavinin yağ depolanmasını önlemek ve yağ kullanımını engellemek amacıyla uygulandığını ifade etmektedir.

1.4.4. Cerrahi tedavi (Bariatrik Cerrahi)

Cerrahi tedavi (bariatrik cerrahi), özellikle 40 ve üzeri beden kitle endeksine sahip hastalara uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi, vücut ağırlığının yüzde 50'sini veya daha fazlasını vermeye yardımcı olabilen bir tedavi yöntemidir. Yaygın olan kilo verme

ameliyatları, gastrik bypass cerrahisi, laparoskopik gastrik bantlama, gastrik torba ve duodenal switch ile biliopankreatik diversiyon olarak sıralanabilmektedir. Furuncuoğlu (2010:81), cerrahi tedavinin obezite tedavisinde son seçenek olarak uygulanacağını belirtmektedir. Pek çok tedavi ve diyet yöntemini deneyen, ancak başarısız olan hastaların başvurabileceğini vurgulamaktadır.

1.4.5. Davranış Değişikliği Tedavisi

Günümüzde obezite, biyolojik, davranışsal ve sosyo-kültürel faktörlerin neden olduğu, kronik metabolik bozukluk olarak görülmektedir (Adachi, 2005:540). Dolayısıyla, obezite ile mücadelede sadece biyolojik etmenlerin değil, davranışların değiştirilmesi de önem taşımaktadır (Tanaka ve Nakanishi, 1996:139). Obezite tedavisi, bireyin sadece "belirgin fiziksel durumunu" değil, aynı zamanda "davranış değişikliğini" de kapsamaktadır (Adachi, 2005:542).

Uzmanlar, şişmanlık ve obezite tedavisinde davranış değişikliğinin önemli olduğunu, yaşam biçimi haline getirilen davranış değişikliğinin kiloların yeniden alınmasını engellediğini vurgulamaktadır (Aslan ve Attila, 2002:171). Davranış terapisinin amacı, hastanın kendi kendini kontrolünü arttırmaktır (Adachi, 2005:540). Bilişsel davranışçı terapinin, diyet ve egzersiz tedavisiyle birleştiğinde, kilo kaybını arttırmakta olduğu söylenebilir (<http://www.medscape.com>). Benzer bir ifadeyle, diyet ve fiziksel aktiviteye ek olarak davranışçı tedavinin uygulanmasının obez bireyler için yararlı olabileceği düşünülmektedir (Eker ve Şahin, 2002:248). Davranış tedavisinde amaç, yeme davranışına yol açan faktörlere karşı bireyi duyarsızlaştırmaktır.

Obezite, toplumun tamamını ilgilendiren bir patoloji olduğundan, hem Sağlık Bakanlığı mücadele başlatmış, hem de bireyler kendi sağlıkları için obezite ile mücadele için harekete geçmişlerdir. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam davranışına yönelmeleri için, erken teşhis ve önlemler oldukça önemlidir. Bir başka ifadeyle, obezitenin önlenmesi için erken dönemde tedaviye başlanmasının gerekli olduğu söylenebilir. Bu bakış açısıyla, obezitenin önlenmesinde bireyin hastalığı algılama biçimi ve geliştirdiği tutum oldukça önemlidir. Hangi tedavi seçilirse seçilsin, obez bireyin tedavinin başarısına inanması gerekmektedir. Hasta, tedaviye inandığı ve uyduğu sürece, tedavi başarısı artacaktır (Bozbora, 2002:10).

Tezin ikinci bölümünde, bireyin sağlık inanç ve tutumu ile ilgili olarak geliştirilen Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve bu modelin obez bireylerde nasıl ele alındığı üzerinde durulacaktır. Bir başka ifadeyle, kişiyi obeziteden korunmaya ve sağlıklı davranışa yönelmeye motive eden etkenlerin neler olduğu incelenecektir.

BÖLÜM 2: SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Geleneksel sağlık anlayışına göre, hastalık kontrolü tamamen sağlık görevlilerinin işi olarak görülmekte ve kişinin doğrudan ve etkin katılımına gerek olmadığı üzerinde durulmaktadır. Bu anlayış, biyomedikal model olarak adlandırılmaktadır. Ancak değişen sağlık anlayışı, sağlık organizasyonlarındaki kontrol odağını merkezi ve yerel yönetimlerden koruyucu davranış modellerine doğru kaydırmaktadır (Baltaş, 2000:33). Doktorun ilk görevinin hastalıkların teşhis ve tedavisi olmadığını hastalıkların önlenmesini vurgulayan bir sağlık anlayışı gelişmektedir (Yüksel ve ark., 2014:42). Hastalıkların önlenmesi süreci de, hastanın aktif katılımı ile şekillenen bir süreçtir (Baltaş, 2000:33). Hastanın hastalığıyla ilgili düşüncelerinin, duygularının, inanç ve tutumlarının, sağlıklarını doğrudan etkilediği düşünülmektedir.

Değişen bu sağlık anlayışı çerçevesinde, bu çalışmada, kişiyi obeziteden korunmaya ve sağlıklı davranışa yönelmeye neyin motive ettiği sorusunun cevabı aranmaktadır. Koruyucu sağlık davranışı teması, Sağlıkta İnanç Modeli ile açıklanmaktadır.

2.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, sosyal biliş kuramları içinde en eskilerinden biridir (Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005:64). Aynı zamanda sağlık davranışı kuramları içinde çok bilinen bir modeldir (Tabak, 1999:75). Model, 1950li yıllarda, halk sağlığı alanında çalışan bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir. Bu sosyal psikologlar, aşılama ve tarama gibi sağlık hizmetlerini kullanmayan bireylerin, neden bu sağlık hizmetlerinden yararlanmadıklarını sağlık inanç modeliyle ilişkilendirmiştir (Sutton, 2002:2; Rosenstock, 1960). Modelin, sağlık taramalarında kişilerin katılımını ifade etmek için kullanıldığı söylenebilir.

Conner ve Norman'ın (1996) tanımıyla, sağlıkta inanç modeli, hastalıktan korunmak, hastalığı erkenden teşhis etmek, sağlığı geliştirmek ve iyileştirmek için kontrol altına alınan aktiviteler olarak ifade edilmektedir (Aktaran: Conner, 2002:1). Model, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya neyin motive ettiğini tanımlamaktadır (Champion ve Skinner, 2008:46). Sağlıkla ilişkili davranışları tahmin etmede ve davranış değişikliğinde müdahaleleri çerçevelemek amacıyla kullanılmaktadır (Champion ve Skinner, 2008:61). Model bir değer-beklenti modelidir ve bilişsel değişkenlere

odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi *değer*, sağlık davranışlarının hastalığı önleyeceği inancı ise *beklenti* olarak ifade edilmektedir (Janz, Champion ve Strecher, 2002; Aktaran: Çenesiz ve Atak, 2007:427). Temelde sağlıkta inanç modeli, bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında ya da birey sağlık tehdidini önleyici bir takım şeyler yapıp yararını gördüğünde, koruyucu sağlık davranışı gösterildiği söylenebilir (Çam ve Bilge, 2007:217).

Sağlıkta İnanç Modeli, erken teşhis sürecinde ve tedavi sırasında bireyde oluşan korku, endişe, sempati gibi duyguları dikkate almadığı gerekçesiyle eleştirilmektedir. Modele göre, bireyde oluşan inançların statik olduğu düşünülmekte, inancın bireye tam olarak yerleştiği varsayılmaktadır (Tabak, 1999:76).

2.2. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

Sağlıkta inanç modelinin temelde algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda, algılanan engel, eylem ipuçları ve son zamanlarda yapılan çalışmalarda bir de özyeterlik olmak üzere toplam yedi bileşeni bulunmaktadır (Champion ve Skinner, 2008:46). Baltaş (2000:37), koruyucu sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörleri, kişisel algı, hastalık tehdit algısı ve yarar-engel algısı şeklinde sıralamaktadır. Model, farklı hastalıklar için farklı bileşenleri içermektedir, ancak çalışmaların çoğunda algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda ve algılanan engel olmak üzere dört kavram üzerinden ifade edilmektedir (Çimen ve ark, 2012:88).

Dedeli ve Fadıloğlu (2010:534), çalışmasında kişiyi harekete geçmeye hazır hale getiren faktörlerin hastalığın algılanan duyarlılığı ve hastalığın algılanan ciddiyeti olduğunu ifade etmektedir. Algılanan fayda (algılanan eylem avantajları), algılanan engel (algılanan maliyet ya da belirli bir eylemin kısıtlamaları) ve sağlık değeri, Dedeli ve Fadıloğlu'nun (2010) çalışmasında yer alan diğer ana bileşenlerdir.

2.2.1. Algılanan Duyarlılık ve Algılanan Ciddiyet: Algılanan Tehdit

Bireyin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Birey, koruyucu bir eylemi gerçekleştirmek için, hastalığa karşı duyarlı olduğunu hissetmelidir (Tabak, 1999:75). Tanının kabulü ve hastalığa yakalanma olasılığı, algılanan duyarlılık kapsamındadır. Algılanan duyarlılık, bireyin sağlık problemine yatkın olduğuna inanmasıdır (Çam ve Bilge, 2007:217; Ran ve ark., 2003). Champion ve Skinner (2008:47), bir kadının

mamografi çekirmek için başvurmadan önce, meme kanserine yakalanma olasılığının olduğuna inanması gerektiğini algılanan duyarlılığa örnek olarak vermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008; Aktaran: Aydoğdu ve Bahar, 2011:36).

Algılanan ciddiyet, hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançtır. Bir başka ifadeyle, tehdit edici sağlık probleminin kişide yarattığı endişedir (Çam ve Bilge, 2007:217; Ran ve ark, 2003). Hastalık durumunda ciddiyet algısı, sakatlık, ağrı, ölüm, sosyal kayıplar gibi sonuçlar üzerinden değerlendirilmektedir. Çoğunlukla süreç tıbbi bilgi veya tecrübeye dayanır, ancak kişinin genel hayatının da etkili olduğu söylenebilir. Aydoğdu ve Bahar (2011:36), yoksul kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yaptıkları çalışmada, algılanan ciddiyeti örnekendirerek açıklamıştır: “Çoğu birey solunum yolu enfeksiyonunu önemsemez ve birkaç gün dinlenme sonrasında iyileşeceğine inanır. Ancak bireyde aynı zamanda astım varsa, grip algısı, onun ciddi bir hastalık olabileceği yönündedir.”

Rosenstock (1974), çalışmasında, duyarlılık ve ciddiyetin birlikteliğinin bireye hareket enerjisi sağladığını ifade etmektedir. Duyarlılık ve ciddiyet, bir arada “**algılanan tehdit**” olarak ifade edilmektedir (Champion ve Skinner, 2008:47). Bu tez kapsamında algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet boyutları birleştirilerek, algılanan tehdit tek bir boyut olarak düşünülmüştür.

Koruyucu sağlık davranışı değerlendirmesinde, diyetin tehdit algısı oluşturmada kendine özgü bir takım özellikleri bulunmaktadır. Kilolu olma durumunda sağlığa yönelik tehdit, acil değil, geleceğe yönelik bir tehdittir. Bir de beden imajı, sosyal kabullenme gibi sağlık dışı nedenler, tehdit unsuru oluşturabilmektedir (Becker ve ark., 1977).

2.2.2. Algılanan Fayda

Birey, koruyucu davranışın ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetini azaltmada yararlı olacağını hissetmektedir (Çam ve Bilge, 2007:217; Ran ve ark., 2003). Benzer şekilde, sağlık davranışı gerçekleştirildiği durumda, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı beklentisi içindedir. Bir başka ifadeyle, birey, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin fayda sağlayacağını düşünmektedir (Aydoğdu ve Bahar,

2011:36). Engeller çıkarıldığında, algılanan fayda, bireye harekete geçme yolu konusunda yol gösterici olmaktadır (Champion ve Skinner, 2008:49).

2.2.3. Algılanan Engel

Bireyin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir (Çam ve Bilge, 2007:217; Ran ve ark, 2003). Bu engeller, bir çeşit bilinçli olmayan maliyet-fayda analizi gibi düşünülmektedir (Champion ve Skinner, 2008:47). Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar, koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenleri belirler. Champion ve ark. (1997), meme kanseri erken tanısıyla ilgili yaptıkları çalışmada, kadınların bilgi eksikliğini, utanmalarını, tedavinin maliyetli olduğunu düşünmelerini, vakit bulamamalarını, radyasyon almaktan duydukları korkuyu engel olarak ifade etmektedir. Bu tez konusunu oluşturan obezite hastalığında ise, davranış değişikliğinin yaşam boyu sürdürülmesi gerekmektedir (Bozbora, 2002:102). Hastaların, yaşam boyu bu şekilde yaşama zorunluluğu hissetmeleri bir engel olarak düşünülmektedir. Tedavinin zaman alıcı olduğunun düşünülmesi, hasta beklentilerinin yüksek olması, motivasyon eksikliği, daha önceki deneyimlerdeki başarısızlıklar gibi nedenler, tedavi başarısını ve kişilerin tutumlarını etkilemektedir (Bozbora, 2002:102).

Algılanan engel ve algılanan fayda arasındaki fark, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişkendir (Glanz ve ark., 2008; Aktaran: Aydoğdu ve Bahar, 2011:36). Sağlık İnanç Modelinin bileşenleri bir arada düşünüldüğünde, algılanan duyarlılık, ciddiyet ve fayda, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranışın gerçekleşeceği söylenebilir. Bireyde tedaviye yönelik oluşan fayda algısı, ağrı, utangaçlık ya da pahalılık gibi fiziksel, psikolojik, parasal ve diğer maliyetlerden daha büyük bir anlam ifade etmektedir (Tabak, 1999:76).

Sağlık İnanç Modeli bileşenleri, yaygın olarak davranış gerçekleştirme olasılığını etkilemek için ilave olarak oluşturulmuştur. Bu yüzden, yüksek duyarlılık, yüksek şiddet, yüksek fayda algısı ve düşük engel algısı, önerilen eyleme uyum sağlama olasılığını arttırmaktadır (Sutton, 2002:2). Çok benzer bir ifadeyle, hastaların davranış değişikliğinde, fayda algısının yüksek, algılanan engelin düşük düzeyde olması beklenmektedir (Petro-Nustus ve ark., 2002:264).

2.2.4. Sağlık Değeri

Dedeli ve Fadiloğlu tarafından geliştirilen Obezite Sağlık İnanç Modelinde ‘‘Sağlık Değeri’’ olarak ifade edilen bileşen, konuyla ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde ‘‘Sağlık Motivasyonu’’ olarak ifade edilmektedir. Sağlık Motivasyonu, Becker ve Rosentock (1988) tarafından eklenen bir sağlık inanç modeli bileşenidir. Sağlık motivasyonu veya sağlık değeri, bireyin genel isteği ve niyetini ölçmektedir (Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004:72). Sosyal öğrenme teorisine göre, davranış beklentisi önemlidir. Sağlığına değer vermeyen bir kişinin yeme alışkanlıklarını geliştirmesi beklenemez (AbuSabha ve Achterberg, 1997:1129).

Dedeli ve Fadiloğlu (2011:534), yaptıkları çalışmada 4 temel bileşene ek olarak, sağlık değeri değişkenini kullanmışlardır. Obeziteyle ilgili geliştirdikleri ölçekte, sağlık değerini ölçen soruları řu şekilde sıralamaktadır;

1. Görsel ve yazılı medyayı takip etme,
2. Uzman görüşüne danışma,
3. Eğitim programlarını takip etme,
4. Düzenli ve dengeli beslenme,
5. Uyku düzeni ve
6. Fiziksel aktivitedir.

Bütün bu sorulara olumlu cevap veren bireyin, sağlık değerini önemseydiği ve iyi bir yaşam biçimine sahip olduğu ifade edilmektedir.

2.3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanıldığı alışmalar

Bu bölümde ilgili yazın taraması yapılarak, Sağlık İnanç Modeli'nin kullanıldığı çalışmalara yer verilmektedir:

Sağlık İnanç Modeliyle ilgili ilk teorik alışmalar, Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından yapılmıştır (Haefner ve Kirscht, 1970:478). Houcbaum'un (1956) tüberküloz erken teşhisinde göğüs röntgeni ektirme davranışını incelediği çalışması, sağlık inanç modeliyle ilgili yapılan ilk çalışmalar arasında sayılmaktadır. Çalışmada,

1200 kişinin tüberküloza ilişkin duyarlılıkları ve göğüs röntgeni çekirme konusundaki tutumları değerlendirilmiş; algılanan duyarlılık ve fayda bileşenlerinin kişilerin gönüllü olarak göğüs röntgeni çekirme davranışlarını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Aktaran: Champion, 1984:73).

Kegeles (1963), koruyucu ağız taramalarında, 430 fabrika çalışanı üzerinde sağlık inancı ve tutum değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sağlık inanç modelinin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda ve algılanan engel olmak üzere dört boyutu üç yıl boyunca yapılan çalışmada analiz edilmiştir. Çalışmadan hareketle, fabrika çalışanlarının inanç miktarı azaldıkça, koruyucu ziyaretlerin de azaldığı görülmektedir. Özellikle algılanan duyarlılık ve algılanan engellerin bu koruyucu ağız sağlığı ziyaretlerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Aktaran: Champion, 1984:73).

Becker ve ark. (1977), obez çocuklar üzerinde diyet reçetelerinin uygulanmasına ilişkin annelerin tutumunun incelendiği sağlık inanç modeli çalışmasında, sağlık motivasyonu, hastalık tehdidi, potansiyel kilo kaybının sağladığı fayda, tedaviye uyum konusunda karşılaşılan engeller ve sağlık üzerindeki kontrol olmak üzere beş boyutta incelenmiştir. Annelerin obez çocuklarının diyet reçetelerine ilişkin tutumları ve bu boyutlar arasında önemli ölçüde anlamlı korelasyon bulunmuştur (Aktaran: Champion, 1984:74).

Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile yapılmış araştırmaları bir araya getiren Çenesiz ve Atak (2007:427-434), sekiz araştırmayı incelemiştir. Yazın taramasında, meme kanserinde koruyucu sağlık davranışına yönelmede inancın etkisini araştıran pek çok çalışma, Sağlık İnanç Modeli kuramsal yapısı kullanılarak oluşturulmuştur. Karayurt (2003), Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkçeye uyarlamasını yapmış ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörleri belirlemiştir. Secginli ve Nahcivan (2006) tarafından geliştirilen Türk kadınlarında Meme Kanseri Tarama İnanç Ölçeği ve Dündar ve ark. (2006) tarafından geliştirilen Türkiye’nin batısında kırsal alanda uygulanan mamografi ile ilgili bilgi ve tutum ölçen Sağlık İnanç Modeli ölçeği, kanser ile ilgili yapılan önemli çalışmalar arasındadır. Üçüncül koruma olarak adlandırılan diyabet hastalığında da inanç modeli geliştirilmiş, sağlık inancının bakıma olan etkisi incelenmiştir (Kır, 2003). Benzer bir çalışma da, Bolu’da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları değerlendirilmiştir (Gökdoğan ve Akıncı, 2001). Osteoporoz tedavisinde de Sağlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır. Bir diğer

çalışma, ebeveynler üzerinde geçerlik ve güvenilirliği yapılan Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğidir (Sunmaz, 2003).

Sağlık inanç modeliyle ilgili bir meta analiz çalışmasında, algılanan engellerin, davranışın en tutarlı belirleyicisi olduğu ifade edilmektedir. Algılanan ciddiyet ise en az tutarlı bulunan belirleyicidir (Janz ve Becker, 1984). Harrison, Mullen ve Green'in (1992) araştırma bulgularına göre, yakın zamanda yapılan çalışmalarda algılanan fayda ve engellerin ortalama puanının yüksek bulunduğu ve belirgin bir şekilde etkilediği görülmektedir. Geçmişe dönük çalışmalarda ise, algılanan ciddiyetin daha geniş bir etkiyle vurgulandığı görülmektedir (Aktaran: Sutton, 2002:2).

Çimen ve ark. (2012:93) tarafından astım hastalarının sağlık inanç modeline dayalı algı ve tutumlarının incelendiği çalışmada, algılanan yarar boyutunda en yüksek düzeyde katılımın, algılanan ciddiyet boyutunda ise en düşük katılımın olduğu görülmektedir. Gözüm, Karayurt ve Aydın (2004:79) tarafından yapılan çalışmada, meme kanseri taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması yapılmış; algılanan engel arttıkça, kadınların KKMM uygulama sıklığının azaldığı gözlenmiştir. Dündar ve ark. (2006:7), algılanan ciddiyet, algılanan duyarlılık ve motivasyonun (bu tez içindeki ifadesiyle sağlık değerinin) KKMM davranışında etkili olmadığını; yüksek algılanan fayda ve düşük engel algısının davranışta daha belirleyici olduğu bulgusunu elde etmiştir.

Literatür incelendiğinde, kitle iletişim araçlarının, bireylerin inanç ve tutumlarını etkilemede eyleme geçirici faktör olarak ele alındığı görülmektedir. En önemli kitle iletişim araçlarından biri olan televizyonun, sağlık iletişimde önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünde, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının bireyleri olumlu ve olumsuz etkilemesine yönelik literatür taraması yer almaktadır.

BÖLÜM 3: SAĞLIK PROGRAMLARI

3.1. Görsel ve İşitsel Kitle İletişim Aracı Olarak Televizyon

Medya, yazılı, görsel, işitsel ve dokunsal kitle iletişim araçlarına verilen genel isimdir. İngilizcede media, “medium” kelimesinin çoğulu olarak kullanılmaktadır ve “iletişim aracı” anlamına gelmektedir (İspirli, 2000:11). Tabak (1999:15), kitle iletişimini “geniş, heterojen, dağınık özellikteki hedef gruba mesajın teknoloji ürünü kanal ve araçlarla iletilmesi” olarak tanımlamaktadır.

Vivian (2013:14), genel olarak, kitle iletişiminin amaçlarını bilgilendirme, ikna etme, eğlendirme ve aydınlatma olarak sıralamaktadır. Medya, toplumun kültürel ve sosyal yapısını belirlemede en güçlü araçlardan biridir ve toplumun düşünce, davranış ve değer yargılarını şekillendirmektedir (Özbaş ve Özkan, 2010:542, Strasburger, 2004:55).

Medya, gazete, dergi, TV, radyo, billboard, doğrudan posta, telefon, faks ve İnternet gibi iletişim araçlarını içermektedir. Bu tez çalışmasında, kitle iletişim aracı olarak sadece televizyon incelenmektedir. Televizyon, medyayı oluşturan araçlar içinde en önemlilerinden biridir (Strasburger, 2004:55). Yunanca “uzak” anlamına gelen “tele” ve Latince “görme” anlamına gelen “vision” sözcüklerinin bir araya gelmesiyle oluşmuştur. Bir mekânda kaydedilen hareketli görüntülerin ve sesin, bir başka mekândaki alıcıya aktarılması ve bunun eşzamanlı yapılması temeline dayanmaktadır (Şentürk, 2009:18).

Bütün toplumu kapsayıcılığı nedeniyle televizyon, diğer kitle iletişim araçlarıyla karşılaştırıldığında, daha ekonomik ve daha hızlıdır (Gollop, 1997:145). Kitle iletişim araçları içinde hitap ettiği alan ve kitle yoğunluğu olarak en yoğun olan araç, televizyonlardır (Avcı ve Sönmez, 2013:121; Çakır, 2005:126; Bahadır, 1997:471). Bununla birlikte, televizyon, sosyal etkileşimlerin taleplerine esnek olmadığı için eleştirilmektedir. Televizyonda, konuşmacı ve dinleyici arasında monolog bir iletişim kurulmaktadır.

3.2. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları

Sağlık anlayışının odağı giderek değişmekte, “hastalık” kavramı yerine “sağlıklı olmak” ifadesi tercih edilmektedir (Sezgin, 2010:52). Buna bağlı olarak, medyada sağlık temasına daha sık yer verilmektedir. Medyada haber programlarında, özel sağlık programlarında, yazı dizilerinde ve internet bloglarında, “sağlıklı yaşam tarzı” vurgusu giderek artmaktadır.

Koçak ve Bulduklu (2010:6), çalışmasında en etkili sağlık iletişimi araçlarından birinin televizyon olduğunu vurgulamaktadır. RTÜK tarafından yapılan kadın ve medya temalı bir araştırmada, kadınların televizyonda yer verilmesini arzu ettiği programlar sıralamasında sağlık programları % 62,4 oranıyla ilk sırada yer almaktadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008:17). Televizyon, sağlık hakkındaki bilgi için ortak bir dağıtım mekanizmasıdır (Gollop, 1997:143). Sağlık bilgisi edinme ile ilgili yapılan pek çok çalışmada, bilgi kaynağı olarak televizyon kullanılmaktadır (Yüksel ve ark., 2014:335; Bulduklu, 2010:75; Koçak ve Bulduklu, 2010:5; Dişçigil ve ark., 2007:33; Dündar ve ark., 2006; Seçginli ve Nahcivan, 2006:169; Pohls ve ark., 2005).

Signorielli (1003:15), pek çok prime-time programının sağlık ve tıp ile ilgili konulara odaklandığını vurgulamaktadır (Aktaran: Çınarlı, 2008:101). Ulusal kanalların haftalık yayın akışları incelendiğinde özel olarak sağlıkla ilgili olarak hazırlanmış programların özellikle sabah kuşağında yayınlandığı görülmektedir (Atilla ve İşler, 2012:223; Çınarlı, 2008:101). Avcı ve Sönmez (2013:123), televizyonda yayınlanan sağlık programlarının belirgin özelliklerini inceledikleri çalışmasında, bu programlarının genellikle 09.00-11.00 arasında yayınlandığını vurgulamaktadır. Televizyonda, özellikle sabah kuşağında yayınlanan sağlık programları, toplumun geneline yönelik bilgilendirme yapmakla birlikte, belirli günlerde belirli sağlık sorunlarını işlemektedir. Dolayısıyla, o gün konusu işlenen sağlık sorununa sahip bireyler, programın hedef izleyici kitlesini oluşturmaktadır. Hemen hemen programların tamamında içerikler ve işlenen konular birbirine yakındır. Bu sağlık programlarında kitle iletişiminin bilgilendirme amacı (Vivian, 2013:14), zaman zaman eğlendirme amacıyla (Vivian, 2013:17) birlikte sunulmaktadır (Avcı ve Sönmez, 2013:123).

Kitle iletişimde bireysel ve toplumsal iki türlü etki bulunmakta (Milio, 1986); bireysel düzlemde kişinin tutum ve davranışları, pozitif ve negatif olmak üzere iki farklı şekilde etkilenmektedir (Aktaran: Koçak ve Bulduklı, 2010:8). Bu bölümde, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının tutum ve inanç geliştirmede olumlu ve olumsuz etkileri üzerinde durulacaktır.

3.2.1. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarının Tutum ve İnanç Geliştirmede Olumlu Etkisi

Kitlelerin sağlık ve hastalık hakkındaki görüşlerini biçimlendirmede televizyonun öneminden bahsedildiği çalışmalarda (Demircioğlu ve ark., 2013:272; Çınarlı, 2008:101), televizyonun tutum ve davranış değişikliğini olumlu yönde destekleyebileceği üzerinde durulmaktadır. Bireyin, sağlık programlarından etkilenme durumunu bir zincir olarak düşünürsek, “haberdar olma” ya da “farkındalık” (awareness) ilk halka, “bilgi” (knowledge) ikinci halka, “tutum değişikliği” üçüncü halka ve “davranış değişikliği” de son halka olarak düşünülebilir (Çınarlı, 2008:68). Diğer bir ifadeyle, televizyon, sağlığın geliştirilmesi sürecinde, inanç, tutum ve davranış değişikliğini desteklemektedir. Kitle iletişimi, bireylere davranış değişikliğini sağlayacak bilgi ve normları ileterek, onları davranış değişikliği için hazır duruma getirmektedir (Tabak, 1999:58). Miles ve ark. (2001:358) da, kitle iletişiminin sağlığa ilişkin farkındalığı geliştirdiğini ve bireylerin sağlık bilgi düzeyini arttırdığını vurgulamakta, ancak beklenen davranış değişikliği konusunda yeterince aydınlatıcı olmadığını ifade etmektedir.

Çınarlı (2008:66), sağlık ile ilgili sorunların çözümünün toplumun genelinden ziyade bireye yönelik olduğunu ifade etmektedir. Bilinç düzeyi artan bireyin, bilgi edinme motivasyonu ve tutum değişikliği gösterme olasılığı artacağı vurgulanmaktadır (Tabak, 1999:67). Televizyonda yayınlanan sağlık programlarında vurgulanan düzenli beslenme, düzenli spor, düzenli uyku gibi temel sağlık davranışları, kişinin tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkileyebilir. Program boyunca hastalığa ilişkin semptomlar ve tedavi seçenekleriyle bilinçlenen hedef izleyici kitlesi, istenilen sağlık davranışına yönelmekte, özellikle erken teşhis sürecinde farkındalık düzeyleri artmaktadır. İzleyici kitlesi, kendisi veya bir yakınının sağlık durumuyla ilgili bilmediği bir konuda bilgi edinmekte ve programdan öğrendiklerinin yaşantısına fayda

sağlayabileceğini düşünmektedir. Bahadır (1997:471), bu durumun bireyin kendisi dışındakilere güvenme ve inanma ihtiyacının sonucunda bilgi edinme ve belirsizlikten kurtulma eylemlerinin bir sonucu olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte, sağlık programlarını izleyen insanlar, televizyondan gördükleri ile iyi bir yaşam biçiminin nasıl olacağı ile ilgili bilgi sahibi olmaktadır. Medyada sağlık, “doğal veya mucize reçeteler, alternatif tedavi yöntemleri, diyetler, sağlıklı besinler, spor aktiviteleri ve birer popüler kültür ögesi haline gelmiş doktorların önerileri” gibi konularla işlenmektedir (Birsen ve Öztürk, 2011:7). Bu sağlık programlarını izleyen bireylerin, sağlıkları konusunda daha özenli davrandıkları görülmektedir (Anne ve Yeni Doğan Sağlığı Konularında Topluluk Bilinci Yaratmaya Yönelik Kitlesele İletişim Kampanyası Medya Analiz Raporu, 2007, Aktaran: Özbaş ve Özkan, 2010:544). “Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi” kavramına vurgu yapan Sezgin (2011:56), bireylerin medyadan öğrendiklerinin gündelik konuşmalarına yansıdığını ve birbirlerinin tıbbi birikimlerini düzelttiğinden söz etmektedir. Beslenme önerileri de bu sağlık programlarında tartışılmakta, hangi sebze, meyve veya bitkinin hangi hastalığa iyi geldiği türünde söylemlerin, bireylerin sağlık konusunda bilinçlenmesinde önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

WHO (1998) tarafından yayınlanan obezite raporunda da kitle iletişim araçlarının obeziteyi azaltmada önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Miles ve ark., 2001:358). Bu tezin kapsamında incelenen obezite hastalığı, televizyonda yayınlanan sağlık programlarında tartışılan hastalık türleri arasındadır. Bu programlarda, obeziteye yönelik inanç ve tutum geliştirme amacıyla, bireylere tavsiyelerde bulunulmakta, hastalığa önlem olarak yapılması gerekenler sıralanmakta ve tedavi yöntemleri hakkında bilgiler sunulmaktadır. Bu programlara konuk olarak katılan uzmanların görüşlerinin, özellikle erken teşhis ve farkındalık oluşturmada obez bireyler için aydınlatıcı olduğu söylenebilir.

3.2.2. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarının Tutum ve İnanç Geliştirmede Olumsuz Etkisi

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının inanç ve tutum değişikliği konusundaki olumlu yansımaları bulunmakla birlikte, bir de bireylerin inanç ve tutumlarını olumsuz yönde etkileme ihtimali de bulunmaktadır. Sabah kuşağında yayınlanan sağlık

programlarına konuk olarak katılan sağlık kuruluşları ve buralarda çalışan hekimler, daha önce iyileştirdikleri hastaları kullanarak, kurumlarının açık veya örtülü reklamını yapmaktadır (Avcı ve Sönmez, 2013:123; ınarlı, 2008:102). Özellikle sağlık programlarında obezite teması işlenirken, daha önce cerrahi müdahale yapılmış ve hastalarını çok kısa bir sürede zayıflatmış hekimlere yer verilmektedir. Ancak bu zayıflayan hastaların şimdiki sağlık durumları, vücutlarında kısa sürede zayıflamanın etkisiyle oluşmuş deformasyonlar ya da tedavide başarısız olmuş hastalarla ilgili bilgi yeterince aydınlatıcı değildir. Programı izleyen özellikle aşırı kilolu ve obez hastalar, bir yanıyla mide kapılılar da; kafalarında bu yapılan reklamların aldatmaca olabileceği sorusu belirlemektedir. Bu da, tedaviye yönelmelerinde olumsuz düşünceler ve tutumlar oluşmasına yol açabilmektedir.

Özellikle programlara katılan uzman hekimler tarafından dayatılan korku, hastaların umutsuzluğa kapılmasına yol açabilmekte, kişilerin tedaviye inançlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Bununla birlikte, sağlık programlarında sağlıklı yaşam önerilerinin yanı sıra bazı hastalıklarla ilgili tıbbi tedavi, buluş ve yöntemler ‘‘mucize’’ gibi sunulmaktadır. Bu programlardaki ‘‘mucize’’ vurgusunun, hastaların beklentilerini yükselttiği söylenebilir. Beklentileri yükselen hastalar, söylendiği gibi mucizelerin gerçekleşmediğini fark ettiklerinde, inançları sarsılmakta ve hayal kırıklığı yaşamaktadırlar (Sezgin, 2011:73).

Bahadır (1997:471), medyanın telkinleriyle ortaya çıkan düşüncelerin kişinin kendisi tarafından benimsenmesi durumunda yaşanabilecek risklerin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık programlarda tartışılan diyet ve zayıflama nerileri, ideal beden dayatması oluşturarak, özellikle kadınların çirkin ve şişman oldukları hissine kapılmasına yol açabilmektedir. Fiji'de yapılan bir deneyde, Amerika'daki televizyon programlarında yapılan bu ideal beden ls vurgusu, belirli kilonun üzerindeki kadınlarda yeme bozuklukları sıklığının artmasına yol açtığını göstermektedir (Becker ve ark, 2002:509-514).

Bu tez kapsamında incelenen obezite hastalarının durumu dşnldğnde, sağlık programlarında, bilimsel bilgi vurgusu yapılarak, hızlı ve kolay kilo kaybı vaadinde bulunan bir sürü mesaj verilmektedir. Önerilen bitkisel ilaçlar ve tek tip besine dayalı diyetler kısa vadede yardımcı olabilir, ancak reçeteli ilaçlar kadar sıkı testten

geçmedikleri için yan etkileri bulunma olasılığı yüksektir. Özellikle obezite tedavisinde, hızlı kilo vermekten ziyade, bunun sağlıklı yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır.

3.3. Sağlık İnanç Modeli ve Televizyon Programları

Becker ve Maiman (1975:12), Sağlık İnanç Modelini incelediği çalışmasında, kitle iletişim araçlarını bireyi eyleme geçirici bileşen olarak ele almaktadır. Baltaş (2000:39), benzer şekilde, hastanın hastalığını tehdit olarak algılamasında, medyanın eyleme yönelten faktörlerden biri olduğunu belirtmektedir. Aydoğdu ve Bahar (2001:36), yoksul kadınlarda meme ve serviks kanseri üzerinde sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımını inceledikleri çalışmasında, sağlık inanç modeli bileşenlerini üç grupta inceleyerek, bireysel özellikler, algılar ve eyleme geçiriciler olarak sınıflandırmaktadır.

Dündar ve ark.(2006:7), araştırmasında bilgi düzeyinin kendi kendine meme muayenesinde pozitif etkisinin olduğu sonucuna ulaşmış, bilgilendirme kaynağı olarak da ilk sırada televizyon programları olduğu belirtmiştir. Meme kanseri ile ilgili yaptıkları çalışmada, örneklem grubunun yaklaşık %39.3'ünün ana bilgilendirme kaynağı olarak televizyon ve radyo programlarını kullandıkları görülmektedir. Çalışmada, bilgi düzeyinin bireyi davranışa yönlendirmede önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hyun (2003:417; Aktaran: Dündar ve ark., 2006:7) ve Lagerlund (2000:422), benzer çalışmalarda aynı vurguyu yapmaktadır. Secginli ve Nahcivan (2006:169), çalışmasında televizyon ve radyonun meme kanseri hakkında bilgi edinmede temel kaynakların başında yer aldığını belirtmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da, medyanın ve televizyonun bilgi edinmede etkili olduğu ve bireyleri olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Pedro Nustus ve Michael, 2002:270; Pedro-Nustus, 2001:184).

Dedeli ve Fadiloğlu (2011) tarafından geliştirilen obezite sağlık inanç modelinde “eyleme geçiriciler” bileşenine değinilmemiştir. Ancak yapılan birçok çalışmada, “davranışı gerçekleştirmek için hazır bulunma durumunun ancak eyleme geçiriciler ile artabileceği” vurgulanmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011:37). Eyleme geçiricilerin, davranışı tetikleyen mekanizma olduğu söylenebilir. Bu tez konusu kapsamında, televizyonda yayınlanan sağlık programları eyleme geçirici bir bileşen olarak düşünülerek, bu programlarının etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

BÖLÜM 4: OBEZİTEYE YÖNELİK İNANÇ VE TUTUM GELİŞTİRMEDE SAĞLIK PROGRAMLARININ ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı ve önemi, kapsamı ve sınırlılıkları, araştırmanın yöntemi, araştırma kapsamında kullanılan ölçekler, araştırma modeli ve hipotezler yer almaktadır. Son olarak, araştırma bulgularına yer verilmektedir.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu tezde, obezite problemi yaşayan bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmelerinde sağlık ile ilgili televizyon programlarının etkisini ölçmek amaçlanmaktadır. Çalışmada, obezite sorunu yaşayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinde etkili olup olmadığı da incelenmiştir. Bu amaçla, Sakarya ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarına başvuran 365 obez birey üzerinde bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

Obezitenin medyadaki yansımasıyla ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen, televizyonda yayınlanan kadın ve sağlık programlarının bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmesinde etkili olup olmadığıyla ilgili çalışmalar yeterince aydınlatıcı değildir. Ayrıca çalışmada, sağlık ile ilgili medya içeriklerinin bireylerin tutum ve inançlarını etkilemesi hipotezinden hareketle, koruyucu sağlık davranışına yönelik mesajların verilmesinde yayın organlarına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

4.2. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma sadece Sakarya ilindeki sağlık kuruluşlarına başvuran 365 kilolu ve obez bireyle sınırlı tutulmuştur. Örneklem grubunun sağlık kuruluşuna başvurması çalışma için önemlidir, çünkü obezite problemi yaşayan bireylerin bazılarında beden kitle indeksine ilişkin farkındalık oluşmadığı için, sağlık uzmanının desteğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu tez kapsamında, vücuttaki yağ oranları dağılımı, bel-kalça oranları dikkate alınmayarak, sadece Beden Kitle İndeksi hesaplaması ile sınırlı tutulmuştur. Araştırmanın örneklem grubu, beden kitle indeksi 25 ve üzerinde olan hastalar olarak düşünülmüştür. Farklı kilo ve beden kitle indeksine sahip bireylerin obezite tutum ve inançlarının farklı şekillerde değişebileceği düşünülerek, sınıflandırma yapılmıştır.

Katılımcıların, günlük yaşamını zorlaştıran herhangi bir bedensel sakatlığının olmamasına özen gösterilmiştir.

Çalışmanın belirli bir zaman diliminde bitirilmesi zorunluluğu sebebiyle Sakarya ilinin dışına çıkılamamıştır. Araştırmanın genelinde nicel araştırma yöntemlerinden yararlanılmış olup; çalışmanın ikinci bölümünde televizyonda yayınlanan sağlık programlarına yönelik sorulan sorularda bu programlara yönelik küçük çaplı içerik analizi yapılarak, sorular o içeriklerden yola çıkarak hazırlanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılımın gönüllü olarak gerçekleşmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları genellenmemiş, sadece bu çalışma ile sınırlı tutulmuştur.

4.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Veriler yüz yüze standardize edilmiş anket yöntemiyle elde edilmiştir. 20 kişilik kilolu ve obez bireyden oluşan bir gruba ilk hazırlanan anket formu sunulmuş, bu formda anlaşılmayan veya hatalı olduğu düşünülen soruları işaretlemeleri istenmiştir. İlk pilot uygulama sonucu yapılan hatalar düzeltildikten sonra, uzman görüşü alınarak anket formunun son şekli verilmiştir. Anket formlarından elde edilen veriler, Sakarya Halk Sağlığı Müdürlüğü Obezite Birimi tarafından koordine edilerek, Sakarya ilinde faaliyette bulunan Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği tarafından obez bireylerin gönüllü katılımı ile elde edilmiştir.

Araştırmada temelde üç bölümden oluşan bir soru formu kullanılmaktadır. Ancak katılımcıların hastane ortamında anlayabilmelerini kolaylaştırmak ve belirli bir yaş grubunun sorulara cevap verirken kafalarının karışmasına engel olmak için anket soruları küçük gruplara ayrılarak sorulmuştur. Araştırmada veriler katılımcıların demografik özellikleri, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve sağlık programlarına yönelik bir soru formundan oluşan üç bölümü kapsamaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde, araştırmaya katılan obez bireylerin sosyo-demografik özellikleri ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünü, Dedeli ve Fadıoğlu (2011) tarafından geliştirilen “Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” oluşturmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik analizlerinde Cronbach Alpha Katsayısı 0,80 olarak

bulunmuştur. Geliştirilen ölçek, temelde beş bileşeni içermektedir. Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda, algılanan engel ve sağlık değerlerini ölçen toplamda 32 ifade bulunmaktadır (Dedeli ve Fadiloğlu, 2011:536). Bu tez çalışmasında, İngilizce olarak yayınlanan makaledeki ölçeğin Türkçe'ye çevirisi yapılarak, ifadeler uzman görüşü alınarak tekrar oluşturulmuştur. Pilot uygulama sonrasında, bu tez kapsamında 20 ifade kullanılmıştır. Obezite Sağlık İnanç Modeli soruları, 1'den 5'e kadar değişen 5'li Likert tipi ölçekleme yöntemiyle sorulmuştur. Obez bireylerin sorulara "Kesinlikle Katılmıyorum" (1), "Katılmıyorum" (2), "Kararsızım" (3), "Katılıyorum" (4) ve "Kesinlikle Katılıyorum" (5) şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise, televizyonda yayınlanan sağlık programlarına yönelik literatür taranarak içerik analizi yapılmış ve sorular oluşturulmuştur.

2014 yılının Ocak ayında başlanan veri toplama süreci, 2014 yılının Mart ayında sonlandırılmıştır. Bu süreçte, toplam 365 adet geçerli anket formu elde edilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen veriler araştırma amacı ve hipotezleri doğrultusunda ilgili nicel analiz teknikleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda nicel verilerin analizi IBM SPSS Statistics 20 programı aracılığıyla frekans analizleri, fark analizleri, korelasyon ve regresyon analizleri yapılarak değerlendirilmiştir.

4.4. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Sakarya ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarına başvuran, beden kitle indeksi 25 ve üzerinde olan kilolu ve obez bireyler oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Sakarya ilinde toplamda Karar Destek Sistemleri (KDS) içinde kayıtlı obez hasta sayısı 2013 yılı için 1461 morbid obez olduğu tespit edilmiştir. Bu sayı, sadece aile hekimleri tarafından kayıt altına alınan sayıdır. Bunların dışında, Sakarya Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından 3000 üzerinde kilolu ve obez bireyin olduğu vurgulanmaktadır.

Bu doğrultuda, sağlık kuruluşlarına başvuran 365 kilolu ve obez birey, örnekleme temsil etmektedir. Çalışmada, tesadüfi örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi tercih edilmiş (Altunışık ve ark., 2005:132) ve toplamda 365 katılımcıya ulaşılmıştır.

4.5. Araştırma Hipotezleri

Bu tezde, obezite problemi yaşayan bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmelerinde sağlık ile ilgili televizyon programlarının etkisini ölçmek amaçlanmaktadır. Çalışmada, obezite sorunu yaşayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinde etkili olup olmadığı da incelenmiş; araştırma kapsamında 3 ana hipotez geliştirilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık inancı ve sağlık programlarına yönelik tutumlarında farklılıklar görülebilmektedir. Champion ve Miller (1992), sosyo-demografik özelliklerin tutumları etkileyebileceğini ve dolaylı olarak bireylerin davranışlarında farklılığa sebep olabileceğini ifade etmektedir (Aktaran: Dünder ve ark., 2006:7). Demografik özellikler ile inanç ve davranış arasındaki ilişkinin tüberküloz hastalarında incelendiği bir çalışmada, Haefner ve Kirscht (1970:481), yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerin etkili olduğunu belirtmektedir.

Sağlık inancında bir hastalığı tehdit olarak algılama durumu yaşa göre farklılık gösterebilir. Kalp damar hastalıklarına duyarlı yaş grubu ile AIDS hastalığına duyarlı grubunun yaş ortalamaları, birbirinden farklıdır. Diyabetli hastaların sağlık inançlarının bakımlarına olan etkisinin incelendiği bir çalışmada, yaş arttıkça algılanan ciddiyet boyutunda alınan ortalama puanların arttığını görülmektedir (Kır, 2003; Gökdoğan ve Akıncı, 2001:14). Haefner ve Kirscht (1970:481)'in çalışmasında, yaşın algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyette farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Çalışmalar göstermektedir ki, yaş arttıkça, şişmanlığa bağlı mortalitede artış görülmektedir (Bozbora, 2002:8).

Walden ve Heiss (2000), sağlık davranışlarının başlatılmasında cinsiyetin önemli olduğunu belirtmektedir. Sağlık inanç modeli alt boyutlarından algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda gibi boyutlarının erkeklere göre kadınlarda daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bunun da sebebinin kadınların evde daha uzun süre vakit geçirmeleri ve kitle iletişim araçlarını takip etme olasılığının yüksek olması olarak belirtilmektedir (Rodriguez-Reimann ve ark.,2004).

Gökdoğan ve Akıncı (2001:15), evli olanların bekar olanlara göre diyabet tedavisine daha çok uyum gösterdiklerini belirtmektedir. Çimen ve ark. (2012:94), çalışmasında,

algılanan fayda boyutunda, evli olanların, evli olmayanlara göre daha fazla sağlık inancı geliştirmekte olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık inanç modeli ile ilgili çalışmalarda, gelir durumunun sağlık davranışlarında etkili olduğu görülmektedir (Cabrera, Morisky ve Chin, 2002; Walden ve Heiss, 2000). Sağlık inanç modeli kapsamında obezite dışında kanser, tüberküloz, astım gibi pek çok hastalık incelenmektedir. Bu hastalıkların bazıları, hasta için oldukça maliyetli olmaktadır. Ekonomik durumu kötü olan bireyin sağlık ihtiyacını karşılayabilecek gücü olmadığı ve hastalığın tedavisine yönelemediği söylenebilir.

Aile geçmişinde kanser olan bireyin de hastalık konusundaki tehdit algısı farklılaşmaktadır (Kandemir, 2010:20; Hisar, 2007; Çenesiz, 2007). Çimen ve ark. (2012:94), astım hastaları üzerinde sağlık inanç modelini inceledikleri çalışmasında, ailede başka astım hastası bulunuyorsa, bu hastaların daha büyük oranda inanç tutumu geliştirdikleri belirtilmektedir.

Bu tez kapsamında, cinsiyet, medeni durum, yaş, beden kitle indeksi, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, spor yapma alışkanlığı ve meslek grupları sosyo-demografik özellikler olarak ele alınmış, bu doğrultuda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H₁: Sosyo-demografik özellikler ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma sonucunda H₁ hipotezi cinsiyet ve medeni durum dışındaki bütün sosyo-demografik özelliklerde anlamlı fark oluşturduğundan kabul edilmiştir. Cinsiyet ve medeni duruma göre obeziteye yönelik tutum ve inancın değişmediği Tablo 14 ve Tablo 15'te görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, Sağlık İnanç Modeli ölçeği pek çok çalışmada kullanılmaktadır. Ölçeğin alt boyutları arasında ilişkiler, Pearson Korelasyon analizi yapılarak değerlendirilerek; farklı hastalıklar için geliştirilen sağlık inancı ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmektedir. Dedeli ve Fadiloğlu tarafından geliştirilen Obezite Sağlık İnanç Modeli (2010) alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda, algılanan duyarlılık ve ciddiyet arasında pozitif yönde, algılanan engel ve algılanan fayda arasında negatif yönde, sağlık değeri ve algılanan fayda arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.00) (Dedeli ve

Fadıloğlu, 2011:539). Becker ve ark. (1977), obez çocuklar üzerinde diyet reçetelerinin uygulanmasına ilişkin annelerin tutumunun incelendiği sağlık inanç modeli çalışmasında, sağlık motivasyonu, hastalık tehdidi, potansiyel kilo kaybının sağladığı fayda, tedaviye uyum konusunda karşılaşılan engeller ve sağlık üzerindeki kontrol boyutları arasında önemli ölçüde anlamlı korelasyon bulunmuştur (Aktaran: Champion, 1984:74).

Bu doğrultuda aşığıdaki hipotez geliştirilmiştir:

H₂: Obezite sağlık inanç modeli ölçęi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Yapılan analizler sonucunda H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Analizin detaylarına Tablo 22'de yer verilmektedir.

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarında obeziteye yönelik pek çok içerik hazırlandığı görülmektedir. Özellikle sabah kuşağında yayınlanan programlarda pek çok sağlık profesyoneli, belirli bir hastalık temasını işleyerek izleyicileri bilgilendirmektedir. Ancak bu bilgilendirmelerin kişilerin tedavi sürecinde ne derece etkili olduğuna dair fikir yürütmek zordur. Obezite problemi için düşünöldüğünde, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığına dair pek çok öneri verilmektedir. Kişilerin verilen önerileri nasıl değerlendirdiği ile ilgili yapılan çalışma sayısı azdır.

Sağlık inanç modeline bağlı olarak geliştirilen çalışmalarda, televizyon, bireyleri eyleme geçirici bileşen olarak ele alınmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2001:36; Baltaş, 2000:39; Becker ve Maiman, 1975:12). Pedro-Nustus ve Michael (2002:270; Pedro-Nustus, 2001:184) de medyanın ve televizyonun bilgi edinmede ve kişileri sağlık davranışına yöneltmede etkili olduğunu vurgulamaktadır.

Literatür incelendiğinde pek çok çalışma, televizyonun bireyler tarafından sağlık bilgisi edinmede sıkça kullanıldığını ifade etmektedir (Secginli ve Nahcivan, 2006:169; Hyun, 2003:417; Lagerlund, 2000:422). Dündar ve ark.(2006:7), araştırmasında bilgi düzeyinin kendi kendine meme muayenesinde pozitif etkisinin olduğunu belirtmektedir. Çalışmada, örneklem grubunun yaklaşık %39,3'ünün ana bilgilendirme kaynağı olarak ilk sırada televizyon ve radyo programlarını kullandıkları görülmektedir. Bergman (2004) tarafından sağlık bilgisinin ana kaynaklarının incelendiği çalışmada, katılımcıların %82,9'u ana kaynak olarak televizyonu kullandıklarını belirtmiştir.

Amerika’da yapılan bir çalışmada, televizyondan bilgi edinme oranı yaklaşık %40 düzeyinde olduğu bulgusu elde edilmiştir. Televizyondan elde edilen bilginin (%40), hekimlerden alınan bilgiden (%36 düzeyinde) fazla olduğu ifade edilmektedir. %58 oranında davranış değişikliğine neden olduğu, çalışmada elde edilen bir başka bulgudur (Aktaran: Yüksel, Öğüt ve Kaya, 2012:33).

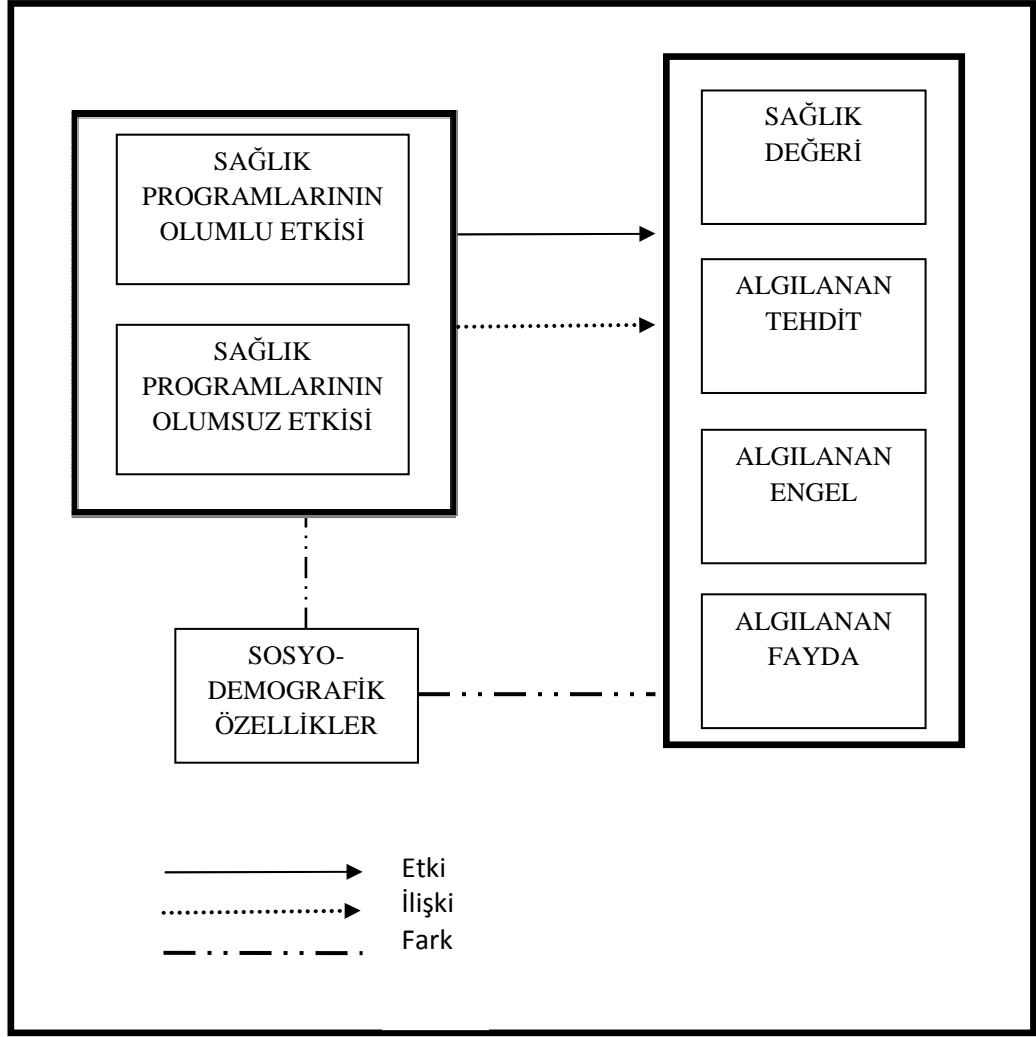
Elik (2006:69), kendi kendine meme muayenesi konusunda çoğunlukla televizyon ve sağlık personelinden bilgi alındığını belirtmektedir. Demirhan ve ark. (2002), üniversitede okuyan kız öğrencilerde yaptıkları çalışmalarında, kendi kendine meme muayenesi bilgisinin %68 oranında kitle iletişim araçları ile elde edildiğini vurgulamaktadır. Karayurt (2003), kendi kendine meme muayenesinde bilgi edinmede %35 oranında televizyon ve radyo kullanıldığı belirtilmektedir. Abdel-Fattah ve ark. (2000)’nın çalışmasında bu oran %27,1; Seif ve Aziz’ in (2000) çalışmasında ise %30,4’dür (Aktaran: Elik 2006:69). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal kesimlerde bireyler, daha çok TV ve radyo ile bilgi edinmektedir (Çınarlı, 2008:68).

Obeziteye yönelik medyanın tutum ve inanç değişikliğini inceleyen bir çalışma bulunmamış; bu doğrultuda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H₃: Sağlık programları, obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde etkilidir.

Obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede sağlık programlarının etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla kurulan H3 hipotezi kabul edilmiştir. Analizin detaylarına Tablo 23, Tablo 24, Tablo 25 ve Tablo 26’da yer verilmektedir.

Araştırma doğrultusunda geliştirilen model, Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

4.6. Ölçeğin Geçerliliği ve Güvenilirliği

Bir test veya ölçekten elde edilen verilerin güvenilirlik derecesi, o test veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir (Altunışık ve ark., 2005:114). Bir ölçme aracının farklı ölçümlerde kararlı sonuçlar elde etme yeteneği veya özelliği olarak da tanımlanabilir (Aziz, 2013:59).

Bu kısımda araştırmada kullanılan temel değişkenler ve temel değişkenlere ait boyutlara ilişkin güvenilirlik analizi bulguları yer almaktadır.

4.6.1. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının obez bireylerin tutum ve inançlarına etkisinin incelendiği çalışmada, araştırma kapsamında kullanılan ölçeklere ve alt

boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirlik analizleri yapılmış; 28 ifadeli Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin ilk hali ile Cronbach Alpha değeri 0,510 olarak hesaplanmıştır. Ancak daha sonra ölçekteki algılanan engel boyutunun diğer ifadeler ile zıt yönde ifadeler içermesi nedeniyle bu boyuta ait ölçek ifadeleri ters kodlanmış, bu şekli ile Cronbach Alpha Değeri 0,699 olarak hesaplanmıştır. Keşfedici faktör analizinden sonra, soru formundaki bazı ifadeler çıkarılmıştır. Doğrulayıcı faktör analiziyle güçlendirilen güvenilirlik analizinden sonra, ölçek toplamda 20 ifadeli şekliyle değerlendirilmiştir.

Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinde Sağlık değeri bölümünde yer alan "Hayattaki en önemli şey, insanın sağlıklı olmasıdır", "Sağlıkla ilgili bilgi edinmede doktora danışırım", "Günde 7-8 bardak su tüketirim" ifadeleri çıkarılmıştır. "Obezite, tedavi edilebilir bir hastalıktır", "Obezite, ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir", "Obezite ve sağlık sorunları tüm hayatımı değiştirebilir", "Kendime iyi bakarsam, obezite yüzünden sağlık sorunları yaşayacağımı düşünmüyorum" ve "Düzenli egzersizin kilo vermeme yardımcı olacağını düşünüyorum" ifadeleri de ölçekten çıkarılan diğer ifadelerdir.

Sağlık İnanç Modeli ölçeğinde ifadeler çıkarıldıktan sonra elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,780'dir. Araştırmalarda, Cronbach Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ölçeğin güvenilirliği düşük, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ölçek kabul edilebilir seviyede, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir (İslamoğlu ve Alınacak, 2013:278; Kalaycı, 2010:403-405). Bu durumda, Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin kabul edilebilir seviyede güvenilir olduğu görülmektedir. Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri, algılanan engel için 0,729; algılanan fayda için 0,781; sağlık değeri için 0,726 ve algılanan tehdit 0,756 olarak bulunmuştur. İfadeler çıkarıldıktan sonra, ölçek boyutlarının güvenilir olduğu söylenebilir.

Obezite Sağlık İnanç modeli bütününde ölçeğin açıklanan toplam varyansı %54,154 olarak bulunmuştur. Boyutlar bazında ise, algılanan engel %16,065, algılanan fayda %16,031, sağlık değeri %11,448 ve algılanan tehdit %10,610 oranında ölçeğin tamamını açıklamaktadır. Ölçeğin öz değerleri ise algılanan engel için %23,185;

algılanan fayda için %14,491; sağlık değeri için %9,743 ve algılanan tehdit için %6,735 değerlerinde bulunmuştur.

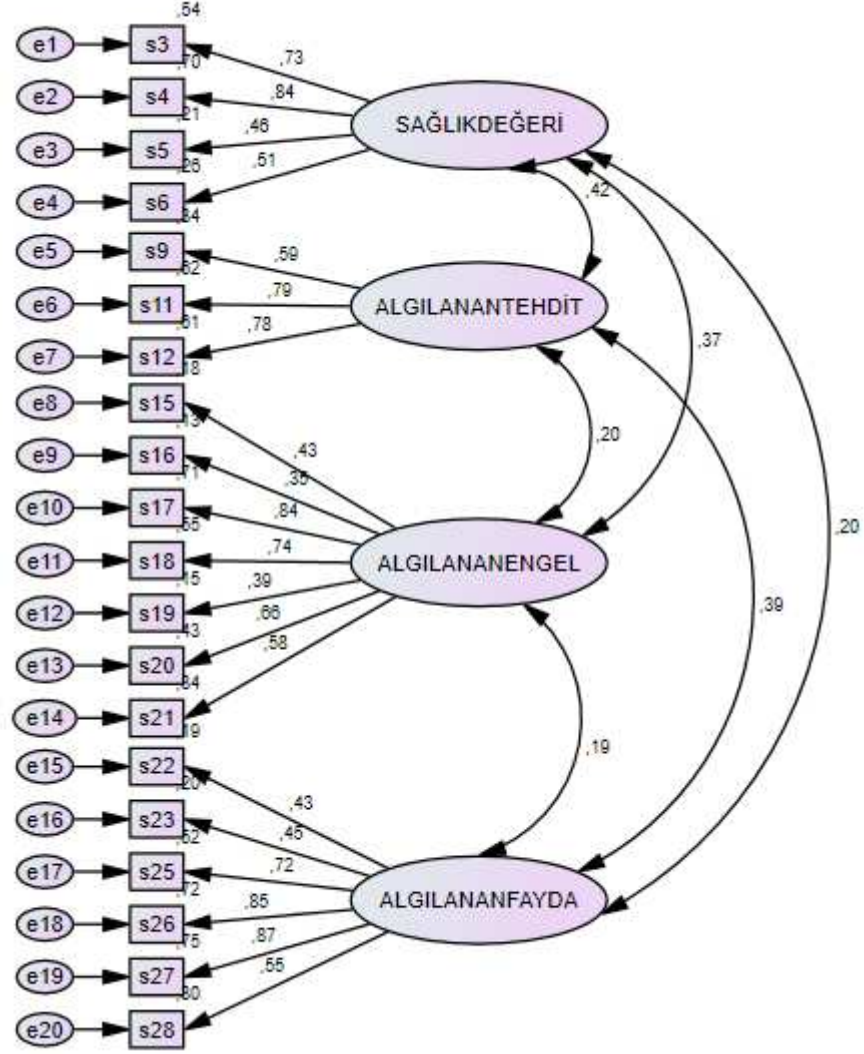
Bir ölçeğin yapısal geçerliliğinin test edilmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Faktör analizinin amacı, aralarında ilişki bulunan çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setine ait temel faktörleri ortaya çıkarmaktır. Böylelikle araştırmacının veri setindeki kavramların arasındaki ilişkiyi anlamasına yardımcı olmaktadır (Altunışık ve ark., 2005:212). Obezite sağlık inanç modeli ölçeğine ait faktör yükleri Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Ait Güvenilirlik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,799
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	2492,921	Df	190
Açıklanan Toplam Varyans	54,154	Cronbach Alpha Toplam	0,780
Obezite Sağlık İnanç Modeli		Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans
Faktör 1: Algılanan Engel (Özdeğer=%23,185)			16,065
Egzersiz, diyet gibi programlara kendimi hazır hissetmiyorum.		0,807	0,729
Fiziksel aktiviteyi arttırmanın benim için çok zor olacağını düşünüyorum.		0,755	
Asla amaçladığım kiloya ulaşacağımı düşünmüyorum.		0,741	
Yeme alışkanlıklarımı değiştirmenin benim için zor olacağını inanıyorum.		0,737	
Diyet ve egzersiz programlarını uygulamak bana sıkıcı gelir.		0,543	
Doktor gözetiminde kilo verdiğim zaman, tüm hayatımı başkaları kontrol ediyor gibi hissediyorum.		0,475	
Kilo vermenin benim için yararlı olacağını düşünmüyorum.		0,444	
Faktör 2: Algılanan Fayda (Özdeğer=%14,491)			
Kilo veririm, fiziksel olarak iyi görüneceğimi düşünüyorum.		0,856	0,781
Kilo veririm, daha iyi ve mutlu hissedeceğimi düşünüyorum.		0,772	
Düzenli diyet yapmanın kilo vermeme yardımcı olacağını düşünüyorum.		0,717	
Kilo vermenin sosyal ilişkilerimi olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyorum.		0,659	
Amaçladığım kiloya gelmek için, yaşam tarzımı değiştirmem gerek.		0,607	
Belirli bir programı takip ederek kilo verebileceğime inanıyorum.		0,573	
Faktör 3: Sağlık Değeri (Özdeğer=%9,743)			11,448
Günlük beslenmede öğün atlamamaya dikkat ederim.		0,812	0,726
Yeme içme konusunda dikkat ederim.		0,735	
Uyku düzenime dikkat ederim.		0,667	
Egzersiz, yürüyüş, bisiklet, koşu faaliyetlerinde bulunurum.		0,648	
Faktör 4: Algılanan Tehdit (Özdeğer=%6,735)			10,610
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşayabilirim.		0,845	0,756
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşama ihtimali beni korkutur.		0,772	
Obezite, mutlaka tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.		0,719	

Ölçeğin keşfedici faktör analizi yapıldıktan sonra oluşan boyutların uygunluğu, ayrıca doğrulayıcı faktör analizi ile de test edilmiştir. Bu amaçla, IBM SPSS AMOS programından yararlanılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen sonuç aşağıda yer almakta olup (Şekil 2), ayrıntılı bilgi Tablo 3’de yer almaktadır.



Şekil 2. Obezite Sağlık İnanç Modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA sonuçlarının kabul edilebilirliğini ortaya koymak amacıyla modelin uyum indekslerine bakılmıştır. Tablo 3'te görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,934 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değeri ise 0,044'dür. Bu değer, 0,05'in altında olduğunda iyi uyum söz konusudur. Değer, 0,05 ile 0,08 arasında olduğunda kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Bayram, 2010). Buna göre, RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,94 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed Fit Index-NFI) ise, 0,898 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir. Bu bulgulardan hareketle, sağlık inanç modeli ölçeğinden elde edilen veri setinin geçerli olduğu söylenebilir.

Tablo 3

Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik Analizi Uyum Ölçütleri

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare (CMIN)	260,580
Serbestlik Derecesi (sd)	154
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	1,692
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,044
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,934
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,910
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,955
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)-Delta 1	0,898
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,94
Artırımlı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,955
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,865
Model (AIC)	372,580

Açıklamalardan görüldüğü üzere $p < 0,01$ düzeyinde ölçeği oluşturan ifadeler anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik değerleri de dikkate alındığında ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu ve çalışmada kullanılabileceği söylenebilir.

4.6.2. Sağlık Programları Ölçeği

Sağlık programları ölçeğine yönelik güvenilirlik bulguları, konu ile ilgili literatür taranıp içerik analizi yapılarak oluşturulmuştur.

Sağlık programları ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirlik analizleri yapılmış; Cronbach Alpha değeri ilk haliyle 0,542 olarak hesaplanmıştır. Ancak daha sonra ölçekteki sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutu zıt yönde ifadeler içermesi nedeniyle bu boyuta ait ölçek ifadeleri ters kodlanmış, bu şekli ile Cronbach Alpha Değeri 0,710 olarak hesaplanmıştır. Boyutlar ayrı ayrı incelendiğinde, sağlık programlarının olumlu etkisi boyutunda Cronbach's Alpha değeri 0,855; olumsuz etkisi boyutunda ise 0,869 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bütününe güvenilirliği kabul edilebilir seviyede, boyutlar bazında ise güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

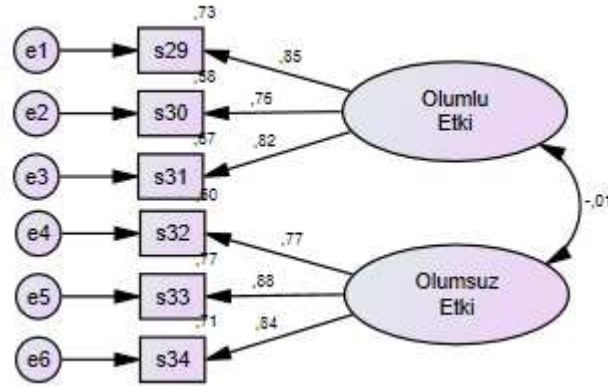
Tablo 4

Sağlık Programları Ölçeğine Ait Güvenilirlik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,723
Bartlett's Test of Sphericity	0,000	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	1072,298	Df	190
Açıklanan Toplam Varyans	79,016	Cronbach Alpha Toplam	0,710
Obezite Sağlık İnanç Modeli	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi (Özdeğer=%41,149)		39,841	0,869
Sağlık programlarında obezite ile ilgili yanlış bilgiler verildiğini düşünüyorum.	0,907		
Sağlık programlarında verilen mucize ilaç ya da diyet gibi bilgilerin zararlı olduğunu düşünüyorum.	0,898		
Sağlık programlarında verilen bilgiler, obezite konusunda korku yaşamama neden oluyor.	0,868		
Faktör 2: Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi (Özdeğer=%37,867)		39,175	0,855
Sağlık programları daha fazla bilgi sahibi olmamı sağlar.	0,898		
Sağlıkla ilgili programlar obezite konusunda farkındalık oluşturur.	0,885		
Fazla kilonun zararlarını öğrenmemde sağlık programlarının katkısı olmuştur.	0,863		

Obezite Sağlık İnanç modeli bütününe ölçeğin açıklanan toplam varyansı %79,016 olarak bulunmuştur. Boyutlar bazında ise, sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutunda %39,841 oranında ve olumlu etkisi boyutunda %39,175 oranında ölçeğin tamamını açıklamaktadır. Ölçeğin öz değerleri ise sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutu için %41,149; olumlu etkisi boyutu için %37,867 değerlerinde bulunmuştur. Keşfedici faktör analizinden sonra, doğrulayıcı faktör analiziyle güçlendirilen

güvenilirlik analizi yapılmış (Şekil 3), ayrıntılı bilgi Tablo 5’te verilmiştir. Bu durumda, sağlık programları ölçeğinin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.



Şekil 3.Sağlık Programları Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA sonuçlarından hareketle, modelin uyum indeksleri incelendiğinde, uyum iyiliği (GFI) 0,992 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değeri ise 0,045'tir. Bu değer, 0,05'in altında olduğunda iyi uyum söz konusudur. Buna göre, RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,989 ve Normalize Edilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index-NFI) ise 0,992 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir (Tablo 5). Bu bulgulardan hareketle, sağlık inanç modeli ölçeğinden elde edilen veri setinin geçerli olduğu söylenebilir.

Tablo 5

Sağlık Programları Ölçeğinin Geçerlilik Analizi Uyum Ölçütleri

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare (CMIN)	8,761
Serbestlik Derecesi (sd)	5
p değeri	0,119
Ki-kare/sd	1,752
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,045
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,992
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,967
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,996
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)-Delta 1	0,992
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,989
Artırılmış Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,997
Tutarlı Uyum İyiliği İndeksi (PGFI)	0,332
Model (AIC)	40,761

4.7. Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında kullanılan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ve araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizleri yer almaktadır.

4.7.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan kilolu ve obez bireylerin sosyo-demografik dağılımlarına yer verilmiştir.

Katılımcıların 226'sı (%61,9) kadın ve 139'u (%38,1) erkektir. Bu durumda, obezite problemi yaşayan katılımcıların büyük oranda kadınlardan oluştuğunu söylemek mümkündür. Katılımcıların medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde, 254'ü (%69,6) evli, 111'i (%30,4) bekâr katılımcılardan oluşmaktadır.

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 30'un altında yaşı olan 77 kişi (%21,1), 31-40 yaş arasında 116 kişi (%31,8), 41-50 yaş arasında 87 kişi (%23,8) ve 50'nin üstünde yaşı olan 85 kişi (%23,3) olduğu görülmektedir. Seçilen örneklemin %47,1'i 40 yaşın üzerindedir.

Katılımcıların 66'sı (%18,1) ilköğretim mezunu, 49 (%13,4)'ü ortaöğretim mezunu, 98 (%26,8)'i lise mezunu, 48 (%13,2)'si yüksekokul mezunu, 67 (%18,4)'si lisans mezunu ve 37 (%10,1)'si lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Bu tez kapsamında, katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımında, lise mezunlarında obezite oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma örnekleminde, lisansüstü eğitim düzeyine sahip obez bireylerin daha az olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 98 (%26,8)'i ev hanımı, 50 (%13,7)'si bir kamu kuruluşunda memur, 53 (%14,5)'ü sağlık çalışanı, 38 (%10,4)'ü akademisyen, 31 (%8,5)'i öğrenci, 33 (%9,0)'ü emekli ve 62 (%17,0)'si özel sektörde çalışmaktadır. Meslek dağılımları karşılaştırmasında, örneklemin büyük oranda ev hanımlarından oluştuğu görülmektedir. Çalışmanın sağlık kuruluşlarına başvuran obez bireylerden oluştuğu düşünüldüğünde, ev hanımlarının daha yüksek oranda sağlık kuruluşlarına başvurduğu söylenebilir. Özellikle sabah saatlerinde yayınlanan sağlık programlarında sıkça vurgulanan obezite

ve sağlıklı yaşam konusunun, ev hanımlarını sağlık kuruluşlarına yöneltebileceği düşünülmektedir.

Katılımcılar, gelir düzeyine göre gruplandığında, 35 kişi (%13,5) 1000 TL'nin altında, 109 kişi (%41,9) 1001-2000 TL arası, 91 kişi 2001-3000 TL arası ve 25 kişi 3000 TL'nin üstünde gelir düzeyine sahiptir. 365 kişiden oluşan örneklem grubumuzda yalnızca 260 kişi gelir ile ilgili soruya cevap vermiştir. Büyük oranda ev hanımları (%26,8), gelir sorusuna cevap vermemiştir.

Tablo 6

**Katılımcılara Ait Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları
(n=365)**

Değişkenler	Kategori	Frekans (N)	(Yüzde) %
Cinsiyet	Kadın	226	61,9
	Erkek	139	38,1
Medeni durum	Bekâr	111	30,4
	Evli	254	69,6
Yaş	≤30	77	21,1
	31-40	116	31,8
	41-50	87	23,8
	≥50	85	23,3
Eğitim	İlköğretim	66	18,1
	Ortaöğretim	49	13,4
	Lise	98	26,8
	Yüksekokul	48	13,2
	Lisans	67	18,4
	Lisansüstü	37	10,1
Meslek	Memur	50	13,7
	Sağlık çalışanı	53	14,5
	Ev hanımı	98	26,8
	Akademisyen	38	10,4
	Öğrenci	31	8,5
	Özel sektör	62	17,0
	Emekli	33	9,0
Gelir	≤1000 TL	35	13,5
	1001-2000 TL	109	41,9
	2001-3000 TL	91	35,0
	≥3000 TL	25	9,6
	Toplam	260	100,0

4.7.2. Obezite İle İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmanın bu bölümünde, obezite ile ilişkili tanımlayıcı özelliklere yer verilecektir.

Katılımcıların beden kitle indekslerine ilişkin frekans analizinde, 25-29 arası 36 katılımcı (%10,6), 30-34 arası 148 katılımcı (%43,4), 35-39 arası 114 katılımcı (%33,4), 40 ve üzeri beden kitle indeksine sahip 43 katılımcı (%12,6) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 30-34 arası beden kitle indeksine sahip katılımcılar (%43,4), sayıca diğerlerinden daha fazladır. Çalışmada 25-29 arası beden kitle indeksine sahip 36 kilolu katılımcı, sağlık inanç modelinde kiloluluk ve obezite derecesinin fark oluşturup oluşturmadığını belirlemek için örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırmada 24 katılımcı beden kitle indeksine ilişkin soruya cevap vermemiştir (Tablo 7).

Tablo 7

Katılımcılara Ait Beden Kitle İndeksi Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=341)

Beden Kitle İndeksi	Sayı	Yüzde
25-29	36	10,6
30-34	148	43,4
35-39	114	33,4
≥40	43	12,6
Toplam	341	100,0

Katılımcıların spor yapma alışkanlıklarına ilişkin frekans analizinde, düzenli olarak spor yaptığını ifade eden katılımcı sayısının 46 (%12,6), nadiren spor yaptığını ifade eden katılımcı sayısının 196 (%53,7), spor yapmaya zaman ayırmadığını ifade eden katılımcı sayısının ise 123 (%33,7) olduğu görülmektedir. 365 katılımcıdan oluşan örneklem grubunda, nadiren spor yapan ve hiç spor yapmayan katılımcılar, sayıca fazladır (%87,4). Araştırmadan hareketle, şişman ve obez bireylerin büyük oranda spor yapma alışkanlığı edinmediği görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8

Katılımcılara Ait Spor Yapma Alışkanlığı Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)

Spor Yapma Alışkanlığı	Sayı	Yüzde
Düzenli	46	12,6
Nadiren	196	53,7
Hiç	123	33,7
Toplam	365	100,0

Katılımcıların sigara içme davranışına ilişkin frekans analizinde, “Sigara Kullanıyorum” diyen 174 katılımcı (%47,7) ve “Sigara Kullanmıyorum” diyen 191 katılımcı (%52,3) bulunmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9

Katılımcılara Ait Sigara İçme Alışkanlığı Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)

	Sayı	Yüzde
Evet	174	47,7
Hayır	191	52,3
Toplam	365	100,0

Bu tez kapsamında, “Ailenizde ve akrabalarınızda obezite problemi yaşayan başka bireyler var mı?” sorusu yöneltilerek, katılımcıların yakın çevresinde obez birey olup olma durumunun genetik faktörlerden etkilenip etkilenmediğini belirlemek amaçlanmıştır (Tablo 10). Anne veya babasında obezite görülen katılımcı sayısı 113 (%31) ve kardeşinde obezite görülen katılımcı sayısı 56 katılımcı (%15,3) olarak hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra katılımcıların 22’si (%6) ikinci derece akrabasının obez olduğunu ve katılımcıların 12’si de (%3,3) üçüncü derece akrabasının obez olduğunu belirtmiştir.

Obezitenin oluşmasında birlikte yaşamının gerektirdiği ortak beslenme alışkanlıklarının etkili olup olmadığını belirleme amacıyla evli katılımcılarda eşlerinde obezite görülme durumu ile ilgili soru sorulmuştur. Katılımcıların 71’i (%19,5) eşinin de kendi gibi obez olduğunu belirtmiştir. Çocuk sahibi olan katılımcıların çocuklarında görülme durumu incelendiğinde ise, 48 katılımcı (%13,2) çocuğunun da kendi gibi obez olduğunu belirtmiştir.

Tablo 10**Katılımcıların Yakın Çevresinde Obezite Bulunma Durumu Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)**

	Var		Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Eş	71	19,5	294	80,5
Çocuk	48	13,2	317	86,8
Ebeveyn	113	31,0	252	69,0
Kardeş	56	15,3	309	84,7
İkinci Derece Akraba	22	6,0	343	94,0
Üçüncü Derece Akraba	12	3,3	353	96,7

Katılımcıların sağlık bilgisi edinmede en çok kullandığı kitle iletişim araçlarını belirlemek için frekans analizi yapılmıştır (Tablo 11). 207 katılımcı (%56,7) televizyon programlarından bilgi edindiğini, 168 katılımcı (%46) gazetede haberleri takip ettiğini, 217 katılımcı internetten bilgi aradığını (%59,5), 57 katılımcı (%15,6) dergi okuduğunu, 43 katılımcı (%11,8) radyodan bilgi edindiğini ve 14 katılımcı (%3,8) posta yoluyla sağlık bilgisi edindiğini ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamında internetten bilgi arama davranışı en yüksek frekansa sahip olurken, televizyonda yayınlanan sağlık programları aracılığı ile bilgi edinme ikinci sırada yer almaktadır.

Tablo 11**Sağlık Bilgisi Edinmede En Çok Tercih Edilen Kitle İletişim Araçları Frekans ve Yüzde Dağılımları (n=365)**

Kitle İletişim Aracı		Sayı	Yüzde
Televizyon	Evet	207	56,7
	Hayır	158	43,3
Gazete	Evet	168	46,0
	Hayır	197	54,0
İnternet	Evet	217	59,5
	Hayır	148	40,5
Dergi	Evet	57	15,6
	Hayır	308	84,4
Radyo	Evet	43	11,8
	Hayır	322	88,2
Posta	Evet	14	3,8
	Hayır	351	96,2

4.7.3. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan ölçeklerin boyutları ve boyutlarını oluşturan ifadelerle ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinde yer alan 20 ifadeye katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 12’de görülmektedir. Bu kapsamda “Kilo verirsem, fiziksel olarak iyi görüneceğimi düşünüyorum” ve “Kilo verirsem, daha iyi ve mutlu hissedeceğimi düşünüyorum” ifadelerine katılım sırasıyla 4,70 ve 4,69’luk bir ortalama değer ile kilolu ve obez bireylerin en çok katıldıkları ifadeler olarak tespit edilmiştir. İki ifade de algılanan fayda boyutu ile ilgili ifadelerdir. Fayda algısının davranışın en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmektedir (Carpenter, 2010:666; Janz ve Becker, 1984). Çimen ve ark. (2012:93) ile Lagerlund ve ark. (2000:422) da, inanç modeli ile ilgili çalışmalarında, en yüksek katılımın algılanan fayda boyutunda olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, algılanan tehdit ortalaması yüksek bulunmuştur. Karayurt’un (2003) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Öte yandan “Fiziksel aktiviteyi arttırmanın benim için çok zor olacağını düşünüyorum” ifadesi, 3,01’lik ortalama değer ile “Yeme alışkanlıklarımı değiştirmenin benim için zor olacağını inanıyorum” ifadesi 3,04’lük ortalama değer ile araştırmaya katılan kilolu ve obez bireylerin en düşük katılım gösterdiği ifadelerdir. İki ifade de algılanan engel boyutlarına ilişkin ifadelerdir. Seçginli ve Nahcivan’ın (2004) çalışmasında da en yüksek puan algılanan yararda, en düşük puan algılanan engelde elde edilmiştir.

Tablo 12

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinde Yer Alan İfadelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=365)

İFADELER	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Değeri	3,45	0,75
Yeme içme konusunda dikkat ederim.	3,66	0,91
Günlük beslenmede öğün atlamamaya dikkat ederim.	3,53	0,99
Egzersiz, yürüyüş, bisiklet, koşu faaliyetlerinde bulunurum.	3,08	0,97
Uyku düzenime dikkat ederim.	3,52	1,15
Algılanan Tehdit	4,30	0,62
Obezite, mutlaka tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.	4,55	0,64
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşayabilirim.	4,27	0,73
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşama ihtimali beni korkutur.	4,08	0,86
Algılanan Engel	3,33	0,81
Diyet ve egzersiz programlarını uygulamak bana sıkıcı gelir.	3,15	1,80
Doktor gözetiminde kilo verdiğim zaman, tüm hayatımı başkaları kontrol ediyor gibi hissediyorum.	3,32	1,89
Egzersiz, diyet gibi programlara kendimi hazır hissetmiyorum.	3,21	1,01
Asla amaçladığım kiloya ulaşacağımı düşünmüyorum.	3,37	1,20
Kilo vermenin benim için yararlı olacağını düşünmüyorum.	4,25	0,96
Yeme alışkanlıklarımı değiştirmenin benim için zor olacağını inanıyorum.	3,04	0,99
Fiziksel aktiviteyi arttırmanın benim için çok zor olacağını düşünüyorum.	3,01	1,00
Algılanan Fayda	4,33	0,54
Belirli bir programı takip ederek kilo verebileceğime inanıyorum.	3,81	0,95
Amaçladığım kiloya gelmek için, yaşam tarzımı değiştirmem gerek.	4,04	0,93
Düzenli diyet yapmanın kilo vermeme yardımcı olacağını düşünüyorum.	4,49	0,69
Kilo veririm, fiziksel olarak iyi görüneceğimi düşünüyorum.	4,70	0,59
Kilo veririm, daha iyi ve mutlu hissedeceğimi düşünüyorum.	4,69	0,57
Kilo vermenin sosyal ilişkilerimi olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyorum.	4,26	0,85

Sağlık programları ölçeğinde yer alan 6 ifadeye katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 13’de sunulmuştur. Bu kapsamda “Sağlıkla ilgili programlar obezite konusunda farkındalık oluşturur” ve “Sağlık programları daha fazla bilgi sahibi olmamı sağlar” ifadelerine katılım sırasıyla 4, 31’lik ve 4,01’lik bir ortalama değer ile kilolu ve obez bireylerin en çok katıldıkları ifadeler olarak tespit edilmiştir. Öte yandan “Sağlık programlarında obezite ile ilgili yanlış bilgiler verildiğini düşünüyorum” ifadesi 2,56’lık ortalama değer ve “Sağlık programlarında verilen bilgiler, obezite konusunda korku yaşamama neden oluyor” ifadesi 2,84’lük ortalama değer ile araştırmaya katılan kilolu ve obez bireylerin en düşük katılım gösterdiği ifadelerdir. Ölçeğe ilişkin ifadelerin ortalama ve standart

sapma değerlerinden yola çıkarak, katılımcıların sağlık programlarının olumlu etkisine daha yüksek oranda katılım gösterdiği söylenebilir.

Tablo 13

Sağlık Programları Ölçeğinde Yer Alan İfadelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=365)

İFADELER	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	3,99	0,67
Sağlık programları daha fazla bilgi sahibi olmamı sağlar.	4,01	0,76
Sağlıkla ilgili programlar obezite konusunda farkındalık oluşturur.	4,31	0,71
Fazla kilonun zararlarını öğrenmemde sağlık programlarının katkısı olmuştur.	3,66	0,96
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	2,87	0,74
Sağlık programlarında obezite ile ilgili yanlış bilgiler verildiğini düşünüyorum.	2,56	0,85
Sağlık programlarında verilen bilgiler, obezite konusunda korku yaşamama neden oluyor.	2,84	0,85
Sağlık programlarında verilen mucize ilaç ya da diyet gibi bilgilerin zararlı olduğunu düşünüyorum.	3,21	1,13

4.7.4. Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkların İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, beden kitle indeksine göre farklılıklarını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi bulgularına yer verilmiştir.

Cinsiyetin sağlık inancında ve sağlık programlarından etkilenmelerinde farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi yapıldı. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların erkek ya da kadın olmalarının bir farklılık oluşturmadığı Tablo 14'te görülmektedir ($p>0,005$).

Tablo 14**Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)**

	Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sağlık Değeri	Kadın	226	3,45	0,70	3,318	0,069
	Erkek	139	3,44	0,81		
Algılanan Tehdit	Kadın	226	4,35	0,61	0,435	0,510
	Erkek	139	4,23	0,62		
Algılanan Engel	Kadın	226	3,36	0,81	0,227	0,634
	Erkek	139	3,29	0,81		
Algılanan Fayda	Kadın	226	4,41	0,49	3,002	0,084
	Erkek	139	4,21	0,59		
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	Kadın	226	4,10	0,65	0,380	0,538
	Erkek	139	3,81	0,68		
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	Kadın	226	3,18	0,70	1,231	0,268
	Erkek	139	3,05	0,78		

Medeni durum değişkeninin katılımcıların sağlık inancı geliştirmelerinde ve sağlık programlarından etkilenmelerinde fark oluşturup oluşturmadığı Tablo 15'te görülmektedir. Yapılan bağımsız örneklerde t testi sonuçlarına göre, katılımcıların evli veya bekâr olmaları, anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,005$).

Tablo 15**Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)**

	Medeni Durum	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sağlık Değeri	Bekar	111	3,50	0,77	0,685	0,408
	Evli	254	3,42	0,74		
Algılanan Tehdit	Bekar	111	4,25	0,65	0,043	0,836
	Evli	254	4,33	0,60		
Algılanan Engel	Bekar	111	3,46	0,83	1,118	0,291
	Evli	254	3,28	0,80		
Algılanan Fayda	Bekar	111	4,35	0,50	0,469	0,494
	Evli	254	4,33	0,56		
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	Bekar	111	3,82	0,67	0,407	0,524
	Evli	254	4,06	0,66		
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	Bekar	111	3,15	0,71	0,052	0,819
	Evli	254	3,12	0,75		

Katılımcıların beden kitle indeksi sınıflamasına göre farklılıkların olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak elde edilmiştir (Tablo 16). Analiz sonuçlarına göre, bütün boyutlarda anlamlı fark oluşturmuştur ($p<,005$). Sağlık değeri boyutunda fark, 25-29 arası ile 35-39 arası beden kitle indeksine sahip bireyler ve 25-29 arası ile 40 ve üzeri beden kitle indeksine sahip bireylerden kaynaklanmaktadır. Bu durumda, 25-29 arası beden kitle indeksine sahip bireylerin 35 ve üzeri beden kitle indeksine sahip bireylerden sağlık değerine ilişkin davranışları ile farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu bölümde, “Yeme içme konusunda dikkat ederim”, “Günlük beslenmede öğün atlamamaya dikkat ederim”, “Egzersiz, yürüyüş, bisiklet, koşu faaliyetlerinde bulunurum” ve “Uyku düzenime dikkat ederim” ifadeleri yer almaktadır. 25-29 arası beden kitle indeksine sahip kilolu bireylerin, 35 ve üzeri beden kitle indeksine sahip obez bireylere göre bu davranışlara daha çok uyum gösterdikleri söylenebilir.

Algılanan tehdit boyutunda farkın, 25-29 ile 30-34, 25-29 ile 35-39 ve 25-29 ile 40 ve üzeri beden kitle indeksine sahip obez bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Kilolu bireylerin 30 ve üzerinde beden kitle indeksine sahip bireylere göre tehdit algısının daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Algılanan tehdit boyutundaki ifadeler değerlendirildiğinde, 25-29 arası beden kitle indeksine sahip kilolular, obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşama ihtimali ve korkusunu 30 ve üzerinde beden kitle indeksine sahip obezlere göre daha düşük düzeyde yaşamaktadır.

Algılanan engel boyutunda fark, 25-29 arası kilolular ile 35-39 arası ve 40 ve üzeri beden kitle indeksine sahip obezlerden; 30-34 arası obezler ile 35-39 ve 40 ve üzeri obezlerden; 35-39 arası obezler ile 40 ve üzeri obezlerden kaynaklanmaktadır. Bu durumda, beden kitle indeksi ile algılanan engel arasında anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ($p<,005$).

Beden kitle indeksi ile fayda algısı arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Algılanan fayda boyutunda fark, 25-29 arası kilolular ile 40 ve üzeri obezler; 30-34 ile 40 ve üzeri obez bireylerden kaynaklanmaktadır. Sabah kuşağında yayınlanan sağlık programlarında kilo problemleri ve obeziteye yönelik pek çok içerik oluşturulmaktadır. Özellikle 30 ve üzeri beden kitle indeksine sahip bireylerin sağlık programlarına ilişkin

fayda algıları, 25-29 arası kilolu bireylere göre daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Sağlık programlarının olumlu etkisi boyutunda fark, 25-29 arası kilolular ile 30-34, 35-39 ve 40 ve üzeri obez bireylerden kaynaklanmaktadır. Tablo 16'da görüldüğü gibi, katılımcıların beden kitle indeksleri ile sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutu arasındaki fark, 25-29 beden kitle indeksine sahip kilolu bireyler ile 35-39 beden kitle indeksindeki bireylerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 16

Beden Kitle İndeksi Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=341)

	BKİ	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Değeri	25-29	36	3,79	0,73	0,929	0,427	1-3 p=0,015 1-4 p=0,003
	30-34	148	3,48	0,73			
	35-39	114	3,37	0,68			
	≥40	43	3,22	0,82			
	Toplam	341	3,44	0,74			
Algılanan Tehdit	25-29	36	4,59	0,56	0,331	0,803	1-2 p=0,028 1-3 p=0,049 1-4 p=0,004
	30-34	148	4,28	0,61			
	35-39	114	4,29	0,63			
	≥40	43	4,12	0,59			
	Toplam	341	4,30	0,62			
Algılanan Engel	25-29	36	3,89	0,63	1,606	0,188	1-3 p=0,000 1-4 p=0,000 2-3 p=0,000 2-4 p=0,000 3-4 p=0,001
	30-34	148	3,59	0,67			
	35-39	114	3,07	0,76			
	≥40	43	2,58	0,68			
	Toplam	341	3,32	0,80			
Algılanan Fayda	25-29	36	4,44	0,57	2,713	0,045	1-4 p=0,047 2-4 p=0,008
	30-34	148	4,42	0,51			
	35-39	114	4,33	0,43			
	≥40	43	4,14	0,56			
	Toplam	341	4,36	0,50			
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	25-29	36	3,61	0,78	0,611	0,608	1-2 p=0,019 1-3 p=0,002 1-4 p=0,001
	30-34	148	3,97	0,66			
	35-39	114	4,06	0,64			
	≥40	43	4,19	0,57			
	Toplam	341	3,99	0,67			
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	25-29	36	2,88	0,73	0,754	0,521	1-3 p=0,048
	30-34	148	3,16	0,72			
	35-39	114	3,24	0,67			
	≥40	43	3,12	0,82			
	Toplam	341	3,15	0,72			

Katılımcıların yaş değişkenine göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular tek yönlü varyans analizi yapılarak elde edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, yaş ile algılanan engel ve sağlık programlarının olumlu etkisi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<,005$). Sağlık değeri, algılanan tehdit, algılanan fayda ve sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutlarında anlamlı bir farkın olmadığı

Tablo 17’da görülmektedir ($p>,005$). Yaş ile algılanan engel arasındaki fark, 30 yaş ve altındaki obezler ile 50 yaş ve üzerindeki obezlerden kaynaklanmaktadır. Bu durumda, yaşı 50 ve üzerindeki kilolu ve obez bireylerin engel algısının 30 yaş ve altındaki bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yaş ile sağlık programlarının olumlu etkisi boyutu arasındaki fark ($p<0,005$), 30 yaş ve altındaki katılımcılar ile 31-40 yaş arası ve 50 yaş ve üzeri katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Örneklem için düşünüldüğünde, yaş ortalamasının artışıyla daha çok televizyon ve sağlık programları izlendiği ve bu sağlık programlarının belli bir yaşın üzerindeki kişileri olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Tablo 17

Yaş Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)

	Yaş	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Değeri	≤30	77	3,34	0,81	0,906	0,438	
	31-40	116	3,52	0,79			
	41-50	87	3,42	0,67			
	≥50	85	3,47	0,69			
	Toplam	365	3,45	0,75			
Algılanan Tehdit	≤30	77	4,26	0,66	0,188	0,904	
	31-40	116	4,33	0,61			
	41-50	87	4,31	0,65			
	≥50	85	4,29	0,55			
	Toplam	365	4,30	0,62			
Algılanan Engel	≤30	77	3,54	0,77	3,961	0,008	1-4 p=0,007
	31-40	116	3,40	0,88			
	41-50	87	3,27	0,85			
	≥50	85	3,13	0,65			
	Toplam	365	3,33	0,81			
Algılanan Fayda	≤30	77	4,32	0,58	0,383	0,766	
	31-40	116	4,38	0,49			
	41-50	87	4,30	0,56			
	≥50	85	4,31	0,55			
	Toplam	365	4,33	0,54			
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	≤30	77	3,77	0,74	3,746	0,011	1-2 p=0,035 1-4 p=0,013
	31-40	116	4,03	0,64			
	41-50	87	4,03	0,60			
	≥50	85	4,09	0,70			
	Toplam	365	3,99	0,67			
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	≤30	77	3,05	0,75	1,905	0,128	
	31-40	116	3,04	0,70			
	41-50	87	3,21	0,65			
	≥50	85	3,24	0,83			
	Toplam	365	3,13	0,73			

Katılımcıların eğitim değişkenine göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular tek yönlü varyans analizi yapılarak elde edilmiştir (Tablo 18). Analiz sonuçlarına göre, eğitim ile sağlık değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<,005$). Fark, ilköğretim ile lise mezunu bireylerden kaynaklanmaktadır.

Eğitim ile algılanan engel arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<,005$). Fark, ilköğretim ile lisans ve lisansüstü mezunu kilolu ve obez bireylerden kaynaklanmaktadır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin algıladıkları engelin daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, kilolu ve obez bireylerin egzersiz, diyet gibi programlara kendini daha hazır hissettiği, fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıklarını değiştirmeye daha uyumlu oldukları ve kilo vermenin kendileri için yararlı olacağına daha çok inandıkları söylenebilir.

Eğitim değişkeni ile sağlık programlarının olumlu etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<,005$). İki arasında ki fark, lisans mezunu bireyler ile lise mezunu bireylerden kaynaklanmaktadır. Eğitim düzeyi ile sağlık programlarının olumsuz etkisi arasında anlamlı bir farkın olduğu görölmektedir ($p<,005$). Aradaki fark, ilköğretim mezunu ve ortaöğretim mezunu kilolu ve obez bireyler ile yükseköğretim mezunu bireylerden kaynaklanmaktadır. Eğitim düzeyi ile algılanan tehdit ve algılanan fayda arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>,005$).

Tablo 18

Eğitim Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)

	Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Değeri	İlköğretim	66	3,22	0,71	2,457	0,033	1-3 p=0,025
	Orta ğretim	49	3,38	0,69			
	Lise	98	3,58	0,60			
	Yksekkul	48	3,41	0,77			
	Lisans	67	3,57	0,85			
	Lisansüstü	37	3,41	0,92			
	Toplam	365	3,45	0,75			
Algılanan Tehdit	İlköğretim	66	4,27	0,63	0,552	0,737	
	Orta ğretim	49	4,24	0,54			
	Lise	98	4,33	0,52			
	Yksekkul	48	4,28	0,88			
	Lisans	67	4,28	0,61			
	Lisansüstü	37	4,44	0,54			
	Toplam	365	4,30	0,62			
Algılanan Engel	İlköğretim	66	3,04	0,77	3,026	0,011	1-5 p=0,011 1-6 p=0,022
	Orta ğretim	49	3,29	0,62			
	Lise	98	3,35	0,90			
	Yksekkul	48	3,34	0,68			
	Lisans	67	3,51	0,85			
	Lisansüstü	37	3,56	0,84			
	Toplam	365	3,33	0,81			
Algılanan Fayda	İlköğretim	66	4,37	0,47	0,555	0,735	
	Orta ğretim	49	4,39	0,48			
	Lise	98	4,31	0,52			
	Yksekkul	48	4,32	0,63			
	Lisans	67	4,27	0,63			
	Lisansüstü	37	4,41	0,48			
	Toplam	365	4,33	0,54			

Tablo 18'in Devamı

	Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	İlköğretim	66	4,08	0,61	3,270	0,007	3-5 p=0,013
	Orta Öğretim	49	4,11	0,54			
	Lise	98	4,11	0,63			
	Yüksekokul	48	3,92	0,73			
	Lisans	67	3,76	0,76			
	Lisansüstü	37	3,84	0,71			
	Toplam	365	3,99	0,67			
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	İlköğretim	66	3,22	0,79	3,121	0,009	1-4 p=0,025 2-4 p=0,013
	Orta Öğretim	49	3,28	0,61			
	Lise	98	3,15	0,75			
	Yüksekokul	48	2,79	0,78			
	Lisans	67	3,21	0,65			
	Lisansüstü	37	3,00	0,71			
	Toplam	365	3,13	0,73			

Katılımcıların gelir değişkenine göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak elde edilmiştir. Analiz sonucunda, gelir düzeyi ile sağlık değeri, algılanan tehdit, algılanan engel, algılanan fayda ve sağlık programlarının olumlu etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p < ,005$). Sadece sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. Fark, 1001-2000 TL ile 2001-3000 TL gelire sahip kilolu ve obez bireylerden kaynaklanmaktadır (Tablo 19).

Tablo 19**Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=260)**

	Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Değeri	1000-<	35	3,42	0,78	0,323	0,808	
	1001-2000 TL	109	3,42	0,73			
	2001-3000 TL	91	3,49	0,82			
	>3000	25	3,33	0,84			
	Toplam	260	3,44	0,78			
Algılanan Tehdit	1000-<	35	4,14	0,53	1,067	0,364	
	1001-2000 TL	109	4,24	0,57			
	2001-3000 TL	91	4,32	0,76			
	>3000	25	4,40	0,59			
	Toplam	260	4,27	0,64			
Algılanan Engel	1000-<	35	3,31	0,84	0,086	0,968	
	1001-2000 TL	109	3,29	0,80			
	2001-3000 TL	91	3,29	0,83			
	>3000	25	3,38	0,71			
	Toplam	260	3,30	0,80			
Algılanan Fayda	1000-<	35	4,34	0,44	0,184	0,907	
	1001-2000 TL	109	4,30	0,54			
	2001-3000 TL	91	4,28	0,61			
	>3000	25	4,24	0,53			
	Toplam	260	4,29	0,55			

Tablo 19'un Devamı

	Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	1000-<	35	3,95	0,59	0,197	0,899	
	1001-2000 TL	109	3,93	0,72			
	2001-3000 TL	91	3,96	0,65			
	>3000	25	3,85	0,53			
	Toplam	260	3,94	0,66			
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	1000-<	35	3,07	0,68	5,692	0,001	2-3 p=0,000
	1001-2000 TL	109	3,29	0,73			
	2001-3000 TL	91	2,86	0,73			
	>3000	25	3,19	0,82			
	Toplam	260	3,10	0,75			

Katılımcıların spor yapma alışkanlığına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak elde edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, sağlık değeri, algılanan engel ve sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutlarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,005$). Sağlık değeri boyutunda fark, düzenli spor yapanlar ile nadiren ve hiç spor yapmayan kilolu ve obez bireylerden; algılanan engel boyutunda düzenli spor yapanlar ile nadiren ve hiç spor yapmayan bireylerden ve sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutunda ise nadiren spor yapanlar ile hiç spor yapmayan kilolu ve obez bireylerden kaynaklanmaktadır (Tablo 20).

Tablo 20

Spor Yapma Alışkanlığına Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)

	Spor Alışkanlığı	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Değeri	Düzenli	46	4,01	0,66	18,789	0,000	1-2 p=0,000 1-3 p=0,000
	Nadiren	196	3,43	0,74			
	Hiç	123	3,26	0,69			
	Toplam	365	3,45	0,75			
Algılanan Tehdit	Düzenli	46	4,46	0,51	1,863	0,157	
	Nadiren	196	4,3	0,65			
	Hiç	123	4,25	0,60			
	Toplam	365	4,3	0,62			
Algılanan Engel	Düzenli	46	3,82	0,58	12,627	0,000	1-2 p=0,001 1-3 p=0,000
	Nadiren	196	3,34	0,88			
	Hiç	123	3,14	0,69			
	Toplam	365	3,33	0,81			
Algılanan Fayda	Düzenli	46	4,47	0,45	1,723	0,180	
	Nadiren	196	4,31	0,57			
	Hiç	123	4,31	0,51			
	Toplam	365	4,33	0,54			
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	Düzenli	46	3,96	0,57	0,058	0,944	
	Nadiren	196	3,99	0,71			
	Hiç	123	3,99	0,65			
	Toplam	365	3,99	0,67			
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	Düzenli	46	3,28	0,68	4,304	0,014	2-3 p=0,03
	Nadiren	196	3,03	0,76			
	Hiç	123	3,24	0,69			
	Toplam	365	3,13	0,73			

Meslek gruplarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak elde edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, sağlık değeri, algılanan tehdit, algılanan engel, algılanan fayda ve sağlık programlarının olumlu etkisi boyutlarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>,005$). Meslek grubu ile sağlık programlarının olumlu etkisi boyutu arasındaki fark, sağlık çalışanları ile ev hanımlarından; akademisyenler ile ev hanımlarından; öğrenciler ile ev hanımlarından ve özel sektör ile ev hanımlarından kaynaklanmaktadır. Örneklem grubu incelendiğinde, ev hanımlarının sağlık programlarını izleme potansiyeli daha yüksek olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin, sağlık programlarını olumsuz değerlendirdiği

düşünülmektedir. Ev hanımlarının hekimlerin tersi şekilde sağlık programlarına karşı olumlu görüşleri, aralarında farkın sebebi olabilmektedir. Sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutunda ise, meslek grupları sınıflamasında emekliler ile memurlar ve sağlık çalışanlarından kaynaklandığı söylenebilir. Memurlar ve sağlık çalışanlarının bir kısmı sağlık programlarının olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor olabilirler, emekliler ise programlara çok ilgili olduklarından fark oluştuğu söylenebilir (Tablo 21).

Tablo 21

Meslek Gruplarına Göre Farklılıkların İncelenmesi (n=365)

	Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Değeri	Memur	50	3,44	0,68	0,423	0,863	
	Sağlık çalışanı	53	3,39	0,83			
	Ev hanımı	98	3,41	0,63			
	Akademisyen	38	3,52	0,86			
	Öğrenci	31	3,47	0,81			
	Özel sektör	62	3,42	0,85			
	Emekli	33	3,61	0,65			
	Toplam	365	3,45	0,75			
Algılanan Tehdit	Memur	50	4,29	0,61	2,100	0,053	
	Sağlık çalışanı	53	4,46	0,80			
	Ev hanımı	98	4,37	0,53			
	Akademisyen	38	4,38	0,62			
	Öğrenci	31	4,17	0,57			
	Özel sektör	62	4,12	0,61			
	Emekli	33	4,23	0,50			
	Toplam	365	4,30	0,62			
Algılanan Engel	Memur	50	3,43	0,89	1,072	0,379	
	Sağlık çalışanı	53	3,39	0,79			
	Ev hanımı	98	3,27	0,71			
	Akademisyen	38	3,32	0,89			
	Öğrenci	31	3,60	0,83			
	Özel sektör	62	3,23	0,74			
	Emekli	33	3,27	1,00			
	Toplam	365	3,33	0,81			

Tablo 21'in Devamı

	Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc Analizi
Algılanan Fayda	Memur	50	4,32	0,63	1,561	0,158	
	Sağlık çalışanı	53	4,32	0,62			
	Ev hanımı	98	4,44	0,47			
	Akademisyen,	38	4,17	0,66			
	Öğrenci	31	4,38	0,48			
	Özel sektör	62	4,26	0,44			
	Emekli	33	4,34	0,49			
	Toplam	365	4,33	0,54			
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	Memur	50	3,99	0,62	8,158	0,000	2-3 p=0,003 3-4 p=0,003 3-5 p=0,000 3-6 p=0,009
	Sağlık çalışanı	53	3,87	0,74			
	Ev hanımı	98	4,29	0,60			
	Akademisyen	38	3,72	0,64			
	Öğrenci	31	3,83	0,61			
	Özel sektör	62	3,72	0,56			
	Emekli	33	4,24	0,75			
	Toplam	365	3,99	0,67			
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	Memur	50	2,89	0,85	3,355	0,003	1-7 p=0,007 2-7 p=0,011
	Sağlık çalışanı	53	2,91	0,75			
	Ev hanımı	98	3,21	0,66			
	Akademisyen	38	3,18	0,63			
	Öğrenci	31	3,05	0,82			
	Özel sektör	62	3,21	0,69			
	Emekli	33	3,46	0,68			
	Toplam	365	3,13	0,73			

4.7.5. Değişkenlere İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizleri

Araştırma kapsamında Obezite Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Programları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi yöntemi ile incelenmiştir. Korelasyon analizine göre, korelasyon katsayısı r ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında değerler alabilir. Korelasyon işareti, ilişkinin doğru veya ters olduğunu gösterir (Altunışık ve ark., 2007:201). Eksi değerler, bir değişken artarken diğerinin azaldığını, artı değerler ise, her iki değişkenin birlikte artış veya azalış gösterdiğini belirtmektedir (Baş, 2010:162).

Obezite sağlık inanç modeli ve Sağlık programlarının etkisi ölçeklerinin boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir (Tablo 22). Analiz sonuçlarına göre, her bir faktör altında yer alan boyutların birbirleriyle ve diğer faktörün boyutlarıyla ilişkileri incelendiğinde, Obezite Sağlık İnanç Modeli boyutlarından algılanan tehdit ile sağlık değeri arasında ($r=0,346$) anlamlı fakat zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kilolu ve

obez bireylerin algıladıkları tehdit arttıkça, daha çok sağlık davranışına yöneldikleri söylenebilir. Yine, algılanan fayda ile algılanan tehdit arasında ($r=0,335$), sağlık programlarına yönelik olumlu tutum geliştirme ile algılanan fayda arasında ($r=0,277$) istatistiksel açıdan anlamlı fakat zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Kişilerin obeziteye yönelik inanç ve tutum geliştirmelerinde, hastalığın oluşturduğu tehdit algısı ile bireylerin tedaviye yönelik fayda algısının birlikte artış gösterdiği söylenebilir.

Buna ek olarak, algılanan engel ile sağlık değeri arasında ($r=0,260$), algılanan fayda ile sağlık değeri arasında ($r=0,204$) ve algılanan engel ile sağlık programlarının olumsuz etkisi arasında ($r=0,187$) istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişki söz konusudur ($p<0,01$ düzeyinde). Algılanan engel ile algılanan tehdit arasında ($r=0,126$) ve sağlık programlarının olumlu etkisi ile sağlık değeri arasında ($r=0,115$) pozitif yönde anlamlı ve çok zayıf bir ilişki söz konusudur ($p<0,05$ anlamlılık düzeyinde).

Yapılan analizler sonucu, sağlık programlarının olumlu etkisi ile algılanan engel arasında ($r= -0,124$) istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ve çok zayıf bir ilişki söz konusudur ($p<0,05$ düzeyinde). Sağlık programlarından olumlu etkilenme düzeyi arttıkça, algılanan engelin azaldığı söylenebilir.

Bunların dışında kalan algılanan fayda ile algılanan engel arasında ($r=0,093$), sağlık programlarının olumsuz değerlendirilmesi ile sağlık değeri arasında ($r=0,006$) ve algılanan tehdit arasında ($r=-0,026$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde, sağlık programlarının olumsuz etkisi ile algılanan fayda arasında ($r=0,005$), ve sağlık programlarının olumlu etkisi arasında da ($r=0,039$) ilişki anlamlı değildir.

Tablo 22

Obezite Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Programları Arasındaki İlişki

BOYUTLAR	1	2	3	4	5	6
Sağlık Değeri (1)	1					
Algılanan Tehdit (2)	,346**	1				
Algılanan Engel (3)	,260**	,126*	1			
Algılanan Fayda (4)	,204**	,335**	,093	1		
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi (5)	,115*	,179**	-,124*	,277**	1	
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi (6)	,006	-,026	,187**	,005	,039	1

** p<0,01 düzeyinde anlamlı korelasyon , * p<0,05 düzeyinde anlamlı korelasyon

Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya koyulduktan sonra, bu ilişkileri test etmek amacıyla bir regresyon modeli geliştirilmiştir. Sağlık programlarının sağlık değerine olan etkisinin ölçümü için yapılan regresyon analizi Tablo 23'de verilmiştir. Sağlık programlarının sağlık değerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan stepwise regresyon analizinde, sağlık programlarının olumlu etkisinin sağlık değeri üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta=0,11$). Tablo 23'de yer alan regresyon modeli ($F=4,849$; $p=0,028<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu durumda, sağlık programlarının olumlu etkisinin sağlık değerini istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Tabloda yer alan (0,013)'lük düzeltilmiş R^2 değeri sağlık değerinde yaşanan % 0,13'lük bir değişimin sağlık programlarının olumlu etkisi vasıtasıyla açıklandığını göstermektedir. Etkinin derecesinin zayıf olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, etki derecesi zayıf da olsa, katılımcıların sağlık programlarından elde ettiği bilgilerden yola çıkarak farkındalıkları arttıkça, bu kişilerin sağlık değerinin de artacağı söylenebilir.

Tablo 23

**Sağlık Programlarının Sağlık Değerini Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi
Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	2,938	0,234		12,574	0,000		
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	0,127	0,058	0,11	2,202	0,028		
R	0,11	R ²	0,013	F	4,849	P	0,028

Bağımlı Değişken: Sağlık Değeri

Sağlık programlarının tehdit algısına olan etkisinin ölçümü için stepwise regresyon analizinden yararlanılmıştır (Tablo 24). Sağlık programlarının obez bireylerin tehdit algısına olan etkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon analizinde, sağlık programlarının olumlu etkisinin tehdit algısı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta=0,18$). Tablo 24’de yer alan regresyon modeli ($F=12,077$; $p=0,001<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu durumda, sağlık programlarının olumlu etkisinin tehdit algısını istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Tabloda yer alan (0,03)’lük düzeltilmiş R² değeri obez bireylerin tehdit algısında yaşanan % 0,3’lük bir değişimin sağlık programlarının olumlu etkisi vasıtasıyla açıklandığını göstermektedir. Bu doğrultuda etkinin derecesi zayıf da olsa, sağlık programlarının olumlu etkileme durumu arttıkça, kilolu ve obez bireylerin tehdit algısının da artacağı söylenebilir. Sağlık programlarının olumsuz etkisi, tehdit algısını etkilememektedir.

Tablo 24

**Sağlık Programlarının Tehdit Algısını Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi
Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	3,649	0,191		19,116	0,000		
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	0,164	0,047	0,18	3,475	0,001		
R	0,18	R ²	0,03	F	12,077	P	0,001

Bağımlı Değişken: Algılanan Tehdit

Sağlık programlarının olumlu ve olumsuz etkisi bağımsız değişken, kilolu ve obez bireylerin engel algıları bağımlı değişken olarak kullanılmak suretiyle bir regresyon modeli geliştirilmiştir. Tablo 25’de de görüldüğü gibi engel algısında medyanın hem olumlu, hem de olumsuz etkisi istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir ($p<0,005$). Sağlık programlarının olumsuz etkisi, kişilerin kilo tedavisine yönelik algıladıkları engeli etkilemektedir ($F=9,989$; $p=0,000<0,005$). Modelin β katsayısı 0,192’dir. Kilolu ve obez bireyler, sağlık programlarından olumlu olarak etkilendiklerinde ise, engel algısı negatif yönde etkilenmektedir ($F=9,989$; $p=0,000<0,05$). Modelin β katsayısı -0,131 olarak görülmektedir. Modelde etki derecesinin zayıf olduğu görülmektedir.

Tablo 25

Sağlık Programlarının Engel Algısını Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P			
	β	Std. Hata	β					
1	Constant	3,299	0,301					
	Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	0,213	0,057	0,192	3,759	0,000		
2	Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	-0,158	0,062	-0,131	-2,562	0,011		
1	R	0,187	Düzeltilmiş R^2	0,032	F	13,211	P	0,000
2	R	0,12	Düzeltilmiş R^2	0,047	F	9,989	P	0,000

Bağımlı Değişken: Algılanan Engel

1.Sağlık Programlarının Olumsuz Değerlendirilmesi

2. Sağlık Programlarının Olumsuz Değerlendirilmesi; Sağlık Programlarının Olumlu Değerlendirilmesi

Sağlık programlarının obez bireylerin algıladıkları faydaya olan etkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon analizinde, sağlık programlarının olumlu etkisinin bireylerin algıladıkları fayda üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta=0,28$). Tablo 26’da yer alan regresyon modeli ($F=30,228$; $p=0,000<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu durumda, sağlık programlarının olumlu etkisinin fayda algısını istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Tabloda yer alan (,074)’lük düzeltilmiş R^2 değeri obez bireylerin fayda algısında yaşanan % 0,74’lik bir

değişimin sağlık programlarının olumlu etkisi vasıtasıyla açıklandığını göstermektedir. Bu doğrultuda etkinin derecesi zayıf da olsa, sağlık programlarının olumlu etkisi arttıkça, kilolu ve obez bireylerin fayda algısının da artacağı söylenebilir. Sağlık programlarının olumsuz tutum geliştirmesi, bireylerin algıladıkları faydayı etkilememektedir.

Tablo 26

Sağlık Programlarının Fayda Algısını Etkilemeye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	3,448	0,163		21,114	0,000		
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	0,222	0,040	0,28	5,498	0,000		
R	0,28	R ²	0,074	F	30,228	P	0,000

Bağımlı Değişken: Algılanan Fayda

4.7.6. Bulguların Değerlendirilmesi

Bu tez kapsamında, sağlık davranışını gerçekleştirmede, kilolu ve obez bireyleri nelerin motive ettiğini, nelerin engel oluşturduğunu, tehdit olarak nelerin algılandığını değerlendiren bir model kullanılmıştır. Buna ek olarak, sabah kuşağında televizyonda yayınlanan sağlık programlarının kilolu ve obez bireylerdeki etkisini değerlendiren bir soru formu kullanılmış; böylece obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede sağlık programlarının etkisini incelemek amaçlanmıştır. Obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede sağlık programlarının etkisi konusunda ilgili çalışmanın sınırlı olması nedeniyle Sağlık İnanç Modeli'nin diğer hastalıklardaki uygulamalarıyla ilgili sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmadaki istatistiksel analizler sonucunda, obezite sağlık inanç modeli ölçeği için algılanan fayda boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da, fayda algısının davranışın en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmektedir (Çimen ve ark., 2012:93; Carpenter, 2010:666; Seçginli ve Nahcivan, 2004; Lagerlund ve ark., 2000:422; Janz ve Becker, 1984). Araştırmadan hareketle, “Kilo veririm, fiziksel olarak iyi görüneceğimi düşünüyorum” ve “Kilo veririm, daha iyi ve mutlu

hissedeceğimi düşünüyorum” ifadeleri kilolu ve obez bireylerin en çok katıldığı ifadelerdir. Bu kişilerin, fiziksel görünüş olarak daha iyi ve daha mutlu olacaklarına inançları, tedaviye yönelmelerinde önemli ölçüde etkili olacağı söylenebilir. Obezite Sağlık İnanç Modeli'nde ikinci yüksek ortalama, algılanan tehdit boyutu ile ilgilidir. Karayurt'un (2003) çalışmasında da algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyetin, kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen en güçlü bileşenlerden olduğu ifade edilmektedir.

Harrison, Mullen ve Green (2002), sağlık inanç modeli ile ilgili çalışmalarda fayda ve engel algısının daha geniş bir etkiye sahip olduğunu ifade etmektedir (Aktaran: Sutton, 2002:2). Ancak bu çalışmada, sağlık inancında en az etkili olan ifadeler, algılanan engel boyutuna ait ifadeler olarak bulunmuştur. Örnekleme oluşturan katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurması dikkate alındığından, bu kişilerin engel algısının düşük olmasının normal olduğu söylenebilir. Seçginli ve Nahcivan'ın (2004) çalışmasında da en düşük puan algılanan engelde elde edilmiştir. Kilolu ve obez bireylerin tedaviye yönelmelerinde fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıklarını değiştirme konusu, en büyük engeli oluşturmaktadır. Obezite, bireyin uzun süreli tedavisini ve tedaviye aktif katılımını gerektirdiğinden, kısa vadeli davranışlar kalıcı olmayabilir. Özellikle fiziksel aktivite alışkanlık haline getirilmeyip kısa süreli uygulandığında, bireyin verdiği kiloyu fazlasıyla geri alması söz konusu olabilir. Yeme alışkanlıklarını değiştirmede profesyonel destek alınması konusu da, bireyler için bir başka engeli oluşturmaktadır. Obez bireyin sağlıklı beslenme konusunda bir başkasından destek alması, bazı kişiler için öz-kontrolünü kaybetmek olarak düşünülebilir.

Analizler sonucunda, sağlık programlarının olumlu etkisinin sağlık programlarının olumsuz etkisine göre obez bireyler tarafından katılım oranları daha yüksek bulunmuştur. Obez bireyler, sabah kuşağında yayınlanan sağlık programlarının kilo konusunda farkındalık oluşturduğunu ve bu programlar sayesinde konuya ilişkin daha fazla bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Koçak ve Bulduklu (2010:14), yaşlıların sağlık programlarını izleme motivasyonlarını incelediği çalışmasında da sağlık programlarının bilgilendirme ve farkındalık oluşturma özelliğine yer vermiş ve izleyicilerin motivasyonunu etkilemede önemli olduğunu belirtmiştir.

Pek çok çalışmada, sağlığı koruma ve geliştirme davranışında sosyo-demografik özelliklerin dolaylı etkisinin olduğu ifade edilmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011:35; Dündar ve ark., 2006:7; Champion ve Miller, 1992). Yapılan analizler sonucunda, cinsiyet ve medeni durum dışında kalan bütün sosyo-demografik özelliklerde anlamlı fark olduğu görölmüştür. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar mevcuttur. Hisar'ın (2007) tüberküloz hastalığında sağlık inanç modelini incelediği çalışmasında, cinsiyetin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görölmüştür. Astım (Çimen ve ark., 2012:94) ve diyabet hastalığında da (Gökdoğan ve Akıncı, 2001:14) cinsiyet anlamlı fark oluşturmamıştır. Bununla birlikte, cinsiyetin anlamlı fark oluşturduğu bazı çalışmalar da mevcuttur (Rodriguez-Reimann ve ark., 2004; Walden ve Heiss, 2000; Haefner ve Kirscht, 1970:481).

Analizler sonucunda, medeni durum da anlamlı fark oluşturmamıştır. Bu tez çalışması ile benzer bulguları olan Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001:15), Karayurt (2003) ve Secginli ve Nahcivan (2006:168) çalışmalarında da da, medeni duruma göre sağlık inancında anlamlı fark olmadığı görölmüştür. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda, evli olanların bekar olanlara göre tedaviye daha çok uyum gösterdikleri belirtilmektedir (Çimen ve ark., 2001:15; Gökdoğan ve Akıncı, 2001:15). Kendi kendine meme muayenesi ve inanç modeli ilişkisinin incelendiği çalışmalarda da medeni durumun etkili olduğu vurgulanmıştır (Petro-Nustas and Mikhail, 2002; Phillips ve Wilbur, 1995; Salazar, 1994).

Katılımcıların beden kitle indeksi sınıflamasına göre sağlık inancında anlamlı fark olduğu; 25-29 arası beden kitle indeksine sahip kilolu bireylerin, 30 ve üzeri beden kitle indeksine sahip obez bireylere göre sağlık davranışını daha çok gösterdikleri, engel algılarının daha düşük olduğu görölmüştür. Örnekleme için düşünöldüğünde, yaş ortalamasının artışıyla daha çok televizyon ve sağlık programları izlendiği ve bu sağlık programlarının belli bir yaşın üzerindeki kişilerin olumlu tutum ve inanca sahip olmasında etkili olduğu söylenebilir. Sağlık inanç modeli ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da yaş, istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır (Kır, 2003; Gökdoğan ve Akıncı, 2001:14; Haefner ve Kirscht, 1970:481). Koçak ve Bulduklu (2010:6), yaşlıların sağlık programlarını izleme motivasyonlarını araştırdığı çalışmasında, sağlık programlarının 50 yaş ve üzeri kadın izleyicilerin daha çok

tükettiğini belirtmektedir. Bu programlara konuk olan sağlık profesyonelleri, sağlıklı yaşam temasına vurgu yaparak, bir takım egzersiz çalışmaları ve sağlıklı beslenmeye yönelik öneriler vermektedir. Özellikle belirli bir yaşın üzerindeki obez bireyler, programlarda deneyimler sonucu kilo kontrolü sağlamada başarıya ulaşmış kişileri gördükçe, bu kişilerde algılanan engelin de azalabileceği söylenebilir.

Analizler sonucunda, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin algıladıkları engelin daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yükseldikçe, kilolu ve obez bireylerin egzersiz, diyet gibi programlara kendini daha hazır hissettiği, fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıklarını değiştirmeye daha uyumlu oldukları ve kilo vermenin kendileri için yararlı olacağına daha çok inandıkları söylenebilir. Haefner ve Kirscht'in (1970:481) çalışmasında da, eğitim düzeyinin algılanan ciddiyet, algılanan duyarlılık ve sağlık davranışında etkili olduğu belirtilmektedir. Karayurt'un (2003) çalışmasında, eğitim düzeyine göre, lise mezunu kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığı en yüksek bulunmuştur.

Gelir ile sağlık inanç modeline ilişkin boyutlar arasında anlamlı ilişki bulunmamış, sadece sağlık programlarının olumsuz etkisi boyutunda anlamlı fark olduğu görülmüştür. Karayurt'un (2003) çalışmasında da, kendi kendine meme muayenesi davranışında gelirin farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Ancak yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli üzerinden meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarındaki değişim incelenmiş; gelir düzeyinin pap-smear testi yaptırmada fark oluşturduğu bulunmuştur (Aydoğdu ve Bahar, 2011:35). Gelir düzeyine göre sağlık inancında fark oluştuğunu belirten başka çalışmalar da bulunmaktadır (Breitkopf, Pearson ve Breitkopf, 2005; Kalyoncu ve ark. 2003; Cabrera, Morisky ve Chin, 2002; Walden ve Heiss, 2000; McFarland, 1999; Peragallo, Alba ve Tow, 1997). Çınarlı (2008:68), gelir düzeyi ile kitle iletişim araçları arasındaki ilişkiyi açıklarken, gelişmekte olan ülkelerdeki kırsal kesimin sağlık bilgisini televizyondan elde ettiğini ifade etmiştir. Gelişmişlik düzeyi arttıkça, televizyondan elde edilen bilgi yeterli olmamakta, alternatif kaynaklara danışılmaktadır. Ekonomik durumu daha iyi olan bireyin sadece televizyondaki bilgiyle sınırlı kalmayarak daha çok bilgi kaynağına ulaşması sebebi ile, sağlık programlarının bazen kişileri olumsuz etkileyebileceğini düşünebilir.

Katılımcıların spor yapma alışkanlığına göre sağlık inançlarında farklılık olduğu görülmüş, farkın düzenli spor yapanlar ile nadiren ve hiç spor yapmayan kilolu ve obez bireylerden kaynaklandığı bulgusu elde edilmiştir. Özellikle kişilerin fiziksel aktivite uygulamaktan kaçarak, bunu hayatlarında engel olarak algılaması, kilolu ve obez bireyler için farklılaşmıştır. Araştırma için, kilolu kişilerin spor yapmaya daha yatkın olduğu ve obez kişilerde fiziksel aktivite yapma durumunun hemen hemen nadiren ya da hiç olduğu söylenebilir.

Meslek grubuna göre farklılığın kaynağını ev hanımları ve emekliler oluşturmuştur. Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin, sağlık programlarına karşı olumsuz tutuma sahip olduğu düşünülmektedir. Ev hanımlarının ve emeklilerin hekimlerin tersi şekilde sağlık programlarından etkilenme ile ilgili görüşleri, diğer meslek gruplarına göre farklılaşmıştır.

Yapılan analizlerde, boyutlar arasında en güçlü ilişkinin algılanan tehdit ile sağlık değeri arasında pozitif yönde ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Harrison, Mullen ve Green (1992), çalışmasında algılanan ciddiyet, algılanan duyarlılık, algılanan engel ve algılanan fayda arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu, ancak bu ilişkinin çok kuvvetli olmadığını belirtmiştir (Aktaran: Sutton, 2002:2). Bunların dışında, algılanan fayda ile algılanan tehdit arasında, sağlık programlarının olumlu etkisi ile algılanan fayda arasında, algılanan engel ile sağlık değeri arasında ve algılanan fayda ile sağlık değeri arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. Fayda algısı ile sağlık değeri arasındaki ilişki, Dedeli ve Fadıloğlu (2010) obezite sağlık inanç modeli çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Regresyon analizleri sonucunda, sağlık programlarının olumlu etkileme durumu arttıkça, kilolu ve obez bireylerin sağlık değerinin de artacağı söylenebilir. Araştırmada sağlık değeri ifadesi ile bireyin sağlık davranışlarını ne kadar uyguladığının ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla katılımcılara beslenme alışkanlığı, öğün atlamama, egzersiz, yürüyüş, bisiklet, koşu faaliyeti ve uyku düzeni ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Bu kişiler, sağlık programlarına konu olan beslenme ve fiziksel aktivite türünde bilgileri izlediklerinde programlardan olumlu etkilendiği ve konuya ilişkin farkındalıklarının arttığı görülmüştür. Farkındalığı artan birey, sağlık davranışına daha çok yönelmekte ve sonucunda obezite ile ilgili olumlu tutum ve inanç geliştirdiği söylenebilir. Benzer

şekilde, etkinin derecesi zayıf da olsa, sağlık programlarının olumlu etkisi arttıkça, kilolu ve obez bireylerin tehdit algısının da artacağı söylenebilir. Tehdit algısı, olumsuz bir ifade gibi algılansa da, içinde duyarlılık ve ciddiyet gibi kavramları içerdiğinden, obezite hastalığında önemli bileşen olarak düşünülmektedir. Çalışmadan hareketle, sağlık programlarına konuk olarak katılan hekimlerin hastalık ile ilgili paylaşımlarının kilolu ve obez bireyleri olumlu yönde etkilediği durumda, bireyin hastalığa ilişkin tehdit algısının da bundan etkilenebileceği söylenebilir.

Sağlık programlarının kilolu ve obez bireylerin algıladıkları engelle etkisi ölçüldüğünde, sağlık programlarının hem olumlu, hem de olumsuz etkisi engel algısında istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir. Sağlık programlarının olumsuz etkisinin, kilolu ve obez bireylerde engel oluşturma bakımından pozitif yönde; sağlık programlarının olumlu etkisinin kilolu ve obez bireylerin engel algısını negatif yönde etkilediği bulgusu elde edilmiştir. Son olarak, etkinin derecesi zayıf da olsa, sağlık programlarının halkı bilinçlendirme amacıyla üzerinde durduğu düzenli dengeli beslenme, fiziksel aktivite, obezite gibi konular aracılığıyla olumlu tutum geliştirmesi durumu arttıkça, kilolu ve obez bireylerin fayda algısının da artacağı söylenebilir. Kişiler, programlar sayesinde kilo tedavisine yönelmelerinin yaşamları için fayda sağlayabileceğine inanabilirler.

4.7.7. Sağlık İnanç Modeli ve Televizyon Programlarına İlişkin Hipotezlerin Testi

Araştırmanın bu bölümde araştırma öncesi kurulan hipotezlerin kabul ya da reddine ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Bu tez kapsamında, cinsiyet, medeni durum, yaş, beden kitle indeksi, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, spor yapma alışkanlığı ve meslek grupları, sosyo-demografik özellik olarak ele alınmıştır. Bu doğrultuda geliştirilen ‘**H₁**: Sosyo-demografik özellikler ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır’ hipotezi cinsiyet ve medeni durum dışındaki bütün sosyo-demografik özelliklerde anlamlı fark oluşturduğundan kabul edilmiştir.

Ölçeğin alt boyutları arasında ilişkileri incelemek amacıyla geliştirilen ‘**H₂**: Obezite sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır’ hipotezi, yapılan analiz sonucunda kabul edilmiştir.

Son hipotezde ise, obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede sağlık programlarının etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla ‘‘**H3**: Sağlık programları, obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde etkilidir’’ hipotezi test edilmiş ve kabul edilmiştir.

Tablo 27

Araştırma Hipotezlerinin Testi

Hipotezler	Kabul	Red
H₁ : Sosyo-demografik özellikler ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₁₁ : Cinsiyet ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.		X
H₁₂ : Medeni durum ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.		X
H₁₃ : Yaş ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₁₄ : Beden kitle indeksi ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₁₅ : Eğitim düzeyi ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₁₆ : Gelir düzeyi ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₁₇ : Spor yapma alışkanlığı ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₁₈ : Meslek grupları ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark vardır.	X	
H₂ : Obezite sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
H₃ : Sağlık programları, obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde etkilidir.	X	

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireyin sağlık davranışını gerçekleştirmesi için öncelikle yapılması gereken, sağlık veya hastalık durumunu tanımlamaktır. Eğer birey hasta ise, hastalığa karşı duyarlılığı, hastalığının ciddiyeti, hastalıkla mücadelede karşılaştığı engeller ve hastalıktan kurtulduğunda kazanacağı faydaları değerlendirmesi beklenir. Sağlık İnanç Modeli (SİM), kişilerin sağlık davranışını gerçekleştirmesinde öneme sahip olan algılarını, tutum ve inançlarını belirlemeyi kolaylaştıran bir değer-beklenti modelidir.

Obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede kilolu ve obez bireylerin neleri tehdit olarak algıladığı, neleri engel olarak gördükleri, neleri fayda olarak düşündüklerinin belirlenmesiyle obezite ile mücadelede daha gerçekçi politikaların oluşturulabileceği söylenebilir. Engellerin azaltılarak, duyarlılık ve fayda algılarının artırılması için risk faktörlerinin neler olduğunun belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Daha önce pek çok farklı hastalık türü için araştırılan sağlık inanç modelinin obezite hastalığındaki çalışmalarına yönelik yalnızca bir çalışma bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın da en önemli gündem maddelerinden birini oluşturan obezite konusunda nitel çalışmalara ağırlık verilerek, kilo sorunu yaşayan bireylerin problem alanlarının belirlenmesi önerilmektedir. Bu çalışmanın da boyutlarını oluşturan hastalıktaki tehdit algısı, engel algısı ve fayda algısının derinlemesine görüşmeler ile belirginleştirilmesi ve kişiselleştirilmesinin, kilo vermeye yönelik tedavilerin daha başarılı olmasına zemin hazırlayacağı düşünülmektedir.

Hareket zorluğu çeken obez bireylerin çalışma ortamından uzak kalarak zamanlarının büyük çoğunu evde geçirmesi ve sosyal çevreden kendilerini soyutlamaları sıkça karşılaşılan problemlerdendir. Bu durum, kişilerin algılanan engel düzeyini arttırabilmektedir. Bu sebeple, kişilerin iş ve sosyal yaşamdan kopmalarına engel olacak alternatif tedavi yöntemleri geliştirilebilir. Obezitede davranış değişikliği oluşturmada, sağlık kuruluşlarında bu hastalara yönelik ücretsiz danışmanlıklar ve eğitimlerin sayısının artırılması önerilmektedir. Bu noktada önemli olan, eğitimlerin sürekliliği ve davranış değişikliğine yöneltme potansiyelidir.

Bu tez kapsamında, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının obez bireylerin tutum ve inançlarına etki derecesinin zayıf olduğu görülmektedir. Bu tür programların

içerikleri hazırlanırken, bireylerin koruyucu davranışına ve kilo kontrolüne yönelik algıladıkları faydayı arttıracak, tehdit algısını olumlu yönde geliştirecek ve sağlık davranışına yöneltecek şekilde hazırlanması önerilmektedir. Kişilerin bu programları boş zaman değerlendirme aktivitesi olarak görmemesi için programların içerik kalitelerinin zenginleştirilmesi gerekmektedir. Programa konuk olarak katılan hekimler tarafından kilo kontrolüne yönelik daha gerçekçi öneriler sunulması, içeriklerin toplumu bilgilendirmeye yönelik olmasına dikkat edilmesi önerilmektedir.

Örnekleme oluşturan obez bireylerin büyük bir kısmını ev hanımları oluşturmaktadır. Bu kişiler, sağlık programlarını izleyerek, kendisinde, ailesinde ve yakın çevresinde gelişen çeşitli sağlık sorunlarına çözümler aramaktadır. Bu kişilere doğru bilgilerin aktarılması önem arz etmekte, program yapımcılarının bilgilendirme ve farkındalık oluşturma konusunda daha sorumluluk sahibi olması beklenmektedir. Reklam kaygısıyla obezite tedavisinde çözüm olarak sunulan ilaçlar ve tedavi seçeneklerinin güvenilirliği mümkün olabildiği kadarıyla denetlenmesi önerilmektedir. Obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede televizyon programlarının etkisinin zayıf bulunmasındaki sebeplerden birinin ürün ya da hizmet reklamı içerikli yayınların yapılması olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları genellenmemiş olup, sadece bu çalışma için değerlendirilmiştir. 365 kilolu ve obez birey ile sınırlı tutulan çalışmanın, değişik sosyo-ekonomik düzeyleri temsil eden, daha geniş gruplara uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- ABDEL FATTAH, M., Zaki, A., Bassili, A., El-Shazly, M., Tognoni, G., (2000), Breast-self Examination Practice And Its Impact On Breast Cacer Diagnosis In Alexandria, Egypt, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6(1), 34-40.
- ABUSABHA, R., ACHTERBERG., C., (1997), Review Of Self-Efficacy And Locus Of Control For Nutrition- And Health-Related Behavior, *Journal Of The American Dietetic Association*, 97(10), 1122-32.
- ADACHI, Y, (2005), Behavior Therapy For Obesity, *The Japan Medical Association Journal (JMAJ)*, 48(11), 539-544.
- ALTUNIŞIK, R., Recai Coşkun, Serkan Bayraktaroğlu, Engin Yıldırım, (2007), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri - SPSS Uygulamalı, 5. Baskı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.
- ALTUNKAYNAK, Berrin Zuhul ve Elvan Özbek, (2006), Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri, *Van Tıp Dergisi*: 13(4), 138-142.
- Anne Çocuk Eğitim Vakfı, (2007), Anne Ve Yeni Doğan Sağlığı Konularında Topluluk Bilinci Yaratmaya Yönelik Kitleleş İletişim Kampanyası Medya Analiz Raporu, Excel Communications, Hill& Knowlton Communications, 6-33.
- ASLAN, Dilek ve Sema Attila, (2002), Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(5), 169-171.
- ATILLA, G. ve Didar Büyüker İşler, (2012), Tüketim Nesnesi Olarak Sağlıklı Olma Kültürü (Healthism) Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 34, 221-230.
- AYDOĞDU, N.G., Bahar, Z., (2011), Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 34-40.
- AZİZ, A. (2013), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri, 7. Basım, Nobel Yayınları, Ankara.
- BAHADIR, A. (1997), Günümüz Kitle İletişim Araçlarının, Ruhsal ve Toplumsal Hayatımız Üzerindeki Olumsuz Etkileri ve Korunma Yolları, *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 7, 469-492.
- BALTACI, G. (2012), Obezite Ve Egzersiz, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara.
- BALTAŞ, Z. (2000), Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Nisan, 1. Basım, Remzi Kitabevi.
- BAŞ, T., (2010), Anket, Seçkin Yayıncılık, 6. Baskı, Ankara.
- BAYRAM, N., (2010), Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: AMOS Uygulamaları. Bursa, Ezgi Kitabevi.

- BAYSAL, A. (1996). Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, 6. Baskı, Ankara, 463-469.
- BECKER, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E.,(2002), Eating Behaviours And Attitudes Following Prolonged Exposure To Television Among Ethnic Fijian Adolescent Girls, *British Journal of Psychiatry*, 180, 509 -514.
- BECKER, M., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., Haefner, D.P., Drachman, R.H., (1977), The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment, *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348-366.
- BECKER, M.H. and Lois, A. Mailman, (1975), Sociobehavioral Determinants of Compliance With Health and Medical Care Recommendations, *Medical Care*, January, 13(1), 10-24.
- BERGMAN, Mohan J. Dutta, (2004), Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors, *Health Communication*, 16(3), 273-288.
- BİRSEN, Ö. ve Şule Y. Öztürk. (2011), Tüketim Kültürü Çerçevesinden Sağlık Haberleri, Akademik Bakış Dergisi, 6, *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 1-21.
- BOZBORA, Alp, (2002), Obezite ve Tedavisi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- BOZKURT AVCI, İ. Ve Mehmet Ferhat SÖNMEZ, (2013), Sağlık İletişimi Bağlamında Bireylerin Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları Ve Motivasyonları: Elazığ Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2(2), 119-138.
- BREITKOPF, R.C., Pearson, H. C., Breitkopf, D. M. (2005), Poor Knowledge Regarding The Pap Test Among Low-Income Women Undergoing Routine Screening, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(2), 78-84.
- CABRERA, D.M., Morisky D. E., Chin, S., (2002), Development Of A Tuberculosis Education Booklet for Latino Immigrant Patients, *Patient Education and Counseling*, 46, 117-124.
- CARPENTER, Christopher J., (2010), A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior, *Health Communication*, 25:8, 661-669.
- CHAMPION, V.L, Skinner CS., (2008), The Health Belief Model, In Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K., Health Behavior And Health Education: Theory, Research And Practice, San Francisco, Jossey-Bass, 32-44.
- CHAMPION, V.L. (1984), Instrument Development For Health Belief Model Constructs, *Advances in Nursing Science*, 6(3), 73-85.
- CHAMPION, V.L. ve Miller TK, (1992), Variables Related To Breast Self-Examination. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 81-86.

- CHIOLERO, Arnaud, David Faeh, Fred Paccaud, and Jacques Cornuz. (2008), Consequences of Smoking For Body Weight, Body Fat Distribution And Insulin Resistance, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 801–809.
- CLIFTON, P.M. (2008), Dietary Treatment for Obesity, *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*, 5(12), 672-681.
- CONNER, M. and Norman, P. (1996), (edt.) Predicting Health Behaviour, Buckingham, UK: Open University Press, 121-162.
- CULBERTSON, H. M., Stempel, G. (1986), How Media Use And Reliance Affect Knowledge Level, *Communication Research*, 13, 579–602.
- ÇAKIR, Vedat (2005), Bir Sosyal Etkinlik Olarak Eğlence ve Televizyon: Konya Örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13, 123–142.
- ÇAM, O., Bilge, A. (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç Ve Tutumlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-223.
- ÇENESİZ, E., Atak, N. (2007), The Evaluation of the Researches In The Health Belief Model in Turkey, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6 (6), 427-434.
- ÇINARLI, İ. (2008), Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- ÇİMEN, M., Akbolat, M., Çiftçi, F., Işık, O., Şahin, B. (2012), Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları İle Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerin Belirlenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), s. 87-96.
- DEDELİ, Ö. (2010). Obez Bireylerin Kilo Vermeye Yönelik Tutum ve İnançlarının İncelenmesi: Sağlık İnanç Modeli'nin Uygulanması, *Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi, İzmir.
- DEDELİ, Ö., Fadiloğlu, Ç. (2011), Development and Evaluation of The Health Belief Model Scale in Obesity, *TAF Prev Med Bulletin*, 10(5), 533-542.
- DEMİRCİOĞLU, S., Bulanık, E., Cennet, Ö., Boybay, Z., Benderlioğlu, E., Aslan, D. (2013), Mart, Ağustos, Ekim 2011 ve Şubat 2012 Aylarında Tirajı En Yüksek Ulusal Beş Gazetenin Obezite Konusundaki Haberlerinin İçerik Açısından İncelenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 271-282.
- DEMİRHAN, H., Özen, İ, Bostancı, M., Zencir, M., (2002), Pamukkale Üniversitesi Kredi ve Yurtlar Kurumu Kız Öğrencilerinde Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bir Araştırma, *Sağlık ve Toplum*, 12(3): 81-84.
- DİŞCİGİL, Güzel, Nazlı Şensoy, Nil Tekin, Aydın Söylemez, (2007), Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları, *Marmara Medical Journal*, 20(1), 29-36.
- DÜNDAR, Pınar Erbay, Dilek Özmen, Beyhan Öztürk, Gökçe Haspolat, Filiz Akyıldız, Sümeyra Çoban and Gamze Çakıroğlu, (2006), The Knowledge And Attitudes Of Breast Self Examination And Mammography In A Group Of Women In A Rural Area In Western Turkey, *BMC Cancer*, 6(43), 1-9.

- Dünya Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Obezite Nedir?, Erişim Tarihi: 31.10.2013, <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=38>
- Dünyanın üzerindeki obezite yükü, Erişim Tarihi: 15.08.2013. http://www.bbc.co.uk/turkce/haberler/2012/06/120618_obesity_world.shtml
- EFENDİGİL KARATAY, C. (2013), Karatay Diyeti'yle Obezite ve Diyabete Çözüm Var, HayyKitap, 11. Baskı, Nisan, İstanbul.
- EKER, Ela ve Melih Şahin. (2002), Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(7), s. 246-249.
- ELİK, Z. (2006), Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Kocaeli.
- FRANCIS LA, Lee Y, Birch LL, (2003), Parental Weight Status And Girls' Television Viewing, Snacking, And Body Mass Indexes, *Obesity Research*, 11(1):143-151.
- FURUNCUOĞLU, Y. (2010), Obeziteden Diyetle Bilimsel Zayıflama, Akis Kitap, İstanbul.
- GLANZ, K., Rimer, B.K., Wiswanath, K., (2008), Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4th Edition, September, Jossey-Bass.
- GOLLOP, C.J., (1997), Health Information-Seeking Behavior And Older African American Women, *Journal of the Medical Library Association*, 85(2), 141-146.
- GÖKDOĞAN F, Akıncı F. (2001), Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5, 10-17.
- GÖZÜM, S., Özgül Karayurt ve İlknur Aydın, (2004), Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 71-85.
- GÖZÜM, S; Aydın, I., (2004), Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales, *Cancer Nursing*, 27(6), 491-498.
- HAEFNER, D.P. and KIRSCHT, J.P. (1970), Motivational and Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs, *Public Health Reports*, 85(6), June, 478-484.
- HAFNER, S.M., M P Stern, H P Hazuda, B D Mitchell, J K Patterson and E Ferrannini, (1989), Parental History Of Diabetes Is Associated With Increased Cardiovascular Risk Factors. *Arteriosclerosis*, 9(6), 928-933.
- HAINER, V., Toplak, H., Mitrakou, A. (2008). Treatment Modalities Of Obesity, What Fits Whom?, *Diabetes Care*, 31(2), 269-277.

- HARRISON, J.A., Mullen P.D., Green, L.W., (1992), A Meta-Analysis Of Studies Of The Health Belief Model With Adult, *Health Education Research Theory and Practice*, 7(1), 107-116.
- Health Statistics, (2010), <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>, Erişim Tarihi: 10.09.2013.
- HİSAR, F., (2007), Tüberküloz Hastalarının Sağlığının Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisinin Uygulanması, *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- HYDE, T. S., Jenkins, J. L., (1969), The Differential Effects Of Incidental Tasks On The Organization Of Recall Of A List Of Highly Associated Words, *Journal of Experimental Psychology*, 82, 472-481.
- HYUN, E.L., (2003), Breast Examination Performance Among Korean Nurses, *Journal For Nurses In Staff Development*, 19, 81-87.
- İSPIRLİ, Muhammet, (2000), Medya Gerçeği ve Haberciler, Akçağ Yayınları, Medya Dizisi.
- JANZ, N.K., Champion V.L., Strecher, V.J. 2002. *The Health Belief Model*. Eds: Glanz K, Rimer B.K., Lewis, F.M. Health Behavior and Health Education. 3rd Edition. San Fransisco: Jossey-Boss; 2002. p. 45-66.
- JEFFORDS, J.M., *The Causes of Obesity*, <http://www.uvm.edu/~vlrs/Health/causes%20of%20obesity.pdf>, Erişim Tarihi: 15.08.2013.
- KALAYCI, Ş., (2010), SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın, Ankara.
- KALYONCU, C., Işıklı, B., Özalp, S., Küçük, N. (2003), Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları, *Sağlık ve Toplum*, 13, 60-66.
- KANDEMİR, B., (2010), Sağlık İnanç Modeli'ne Göre Verilen Sağlık Eğitimlerinin Periferik Arter Hastalarının Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- KARAYURT, Ö. (2003), Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye İçin Uyarlanması Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, *Doktora Tezi*, İzmir.
- KIR, E., (2003), Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Programı, *Yüksek Lisans Tezi*, Bolu.
- KIRSCHT, J.P., (1974), Research Related To The Modification Of Health Beliefs, *Health Education Monographs*, 2, 9-26.

- KOÇAK, Abdullah ve Yasin Bulduklu, (2010), Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- LAGERLUND, M, Hedin A, Sparen P, Thurfjell E, Lambe M. (2000), Attitudes, Beliefs, And Knowledge As Predictors Of Nonattendance In A Swedish Population-Based Mammography Screening Program, *Preventive Medicine*, 31, 417-428.
- LIM, E.L., K. G. Hollingsworth, B. S. Aribisala, M. J. Chen, J. C. Mathers, R. Taylor, (2011), Reversal of Type 2 Diabetes: Normalisation Of Beta Cell Function In Association With Decreased Pancreas And Liver Triacylglycerol, *Diabetologia*, 54, 2506–2514.
- LYON, Helen N. and Joel N Hirschhorn, (2005), Genetics of Common Forms Of Obesity: A Brief Overview, *The American Journal of Clinical Nutrition*, USA, 82, 215-217.
- MCFARLAND, D. M., (1999), Cervical Cancer And Pap Smear Screening In Botswana: Knowledge And Perceptions. Doctoral Thesis, Boston College, Graduate School of Nursing, Massachusetts, United States.
- MILES, A., L. Rapoport, J. Wardle, T. Afuape and M. Duman, (2001), Using The Mass-Media To Target Obesity: An Analysis of The Characteristics and Reported Behaviour Change Of Participants In The BBC's 'Fighting Fat, Fighting Fit' Campaign, *Health Education Research*., 16(3), 357-372.
- MILIO, N. (1987). Making Healthy Public Policy; Developing The Science By Learning The Art: An Ecological Framework For Policy Studies, *Health Promotion International*, 2(3), 263-274.
- NAHCIVAN, Ö.N, Seçginli S. (2003), Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar; Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı., *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7, 33- 37.
- NEJAD, L.M., Wertheim, E.H. ve Greenwood, K.M. (2005), Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in The Prediction of Dieting and Fasting Behaviour, *E-Journal Of Applied Psychology: Social Section*, 1(1), 63-74.
- NELSON, T.L., Vogler, G.P., Pedersen, N.L., Hong, Y., Miles T.P. (2000), Genetic And Environmental Influences On Body Fat Distribution, Fasting Insulin Levels And Cvd: Are The Influences Shared, *Twin Research and Human Genetics*, 3, 43-50.
- NESTLE, M., and M. F. Jacobson, (2000), Halting The Obesity Epidemic: A Public Health Policy Approach, *Public Health Reports*, 115(1), 12–24.
- Obesity Causes, Harvard School of Public Health, Erişim Tarihi: 15.09.2013, http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/?page_id=111350557014

- Obezite Nasıl Saptanır? <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=43>, Erişim Tarihi: 10.09.2013.
- ÖZBAŞ, Sema ve Seçil Özkan, (2010), Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5).
- PEKER, İ., Figen Çiloğlu, Şirin Buruk, Zafer Bulca, (2000), Egzersiz Biyokimyası ve Obezite, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- PERAGALLO, N. P., Alba, M. L., Tow, B., (1997), Cervical Cancer Screening Practices Among Latino Women In Chicago, *Public Health Nursing*, 14(4).
- PETRO-NUSTAS, W, Mikhail B.I., (2002), Factor Associated with Breast Self-Examination among Jordanian Women, *Public Health Nursing*, 19(4), 263-271.
- PHILLIPS, J.M., Wilbur, J., (1995), Adherence To Breast Cancer Screening Guidelines Among African-American Women Of Differing Employment Status, *Cancer Nursing*, 18 (4), 258-269.
- POHLS, Uwe G, Peter A. Fasching, Heike Beck, Manfred Kaufmann, Marion Kiechle, Gunther von Minckwitz, Stefan Paepke, Beate Schultz-Zehden, Ulrike Schwarz-Boeger, Matthias W. Beckmann, (2005), Demographic And Psychosocial Factors Associated With Risk Perception For Breast Cancer, *Oncology Reports*, 14, 1605-1613.
- RAN, M.S, Xiang, M.Z, Chan, C.L, (2003), Effectiveness of Psychoeducational Intervention For Rural Chinese Families Experiencing Schizophrenia, A Randomised Controlled Trial, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 69-75.
- RODRIGUEZ-REIMANN D, I., Nicassio, P., Reimann, J. O. F., Gallegos P. I., Olmedo E. L., (2004), Acculturation and Health Beliefs of Mexican Americans Regarding Tuberculosis Prevention, *Journal of Immigrant Health*, 6(2), 51-61.
- ROSENSTOCK, I. M, (1969), What Research in Motivation Suggests for Public Health, *American Journal of Public Health*, 50, 295-302.
- SALAZAR, M.K., (1994), Breast Self-Examination Beliefs: A Descriptive Study, *Public Health Nursing*, 11(1), 49-56.
- SAMUR, G, (2008), Obezite ve Gebelik. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara.
- SARAÇ, E. (2010). Ayurveda Sağlıklı Zayıflamanın Yolları, 29. Baskı, İstanbul.
- SATMAN, I, Yılmaz, MT, Sengul, A, Salman, S, Salman, F, Uygur, S, Bastar, I, Tutuncu, Y, Sargın, M, Dinccag, N, Karsıdağ, K, Kalaca, S, Özcan, C, King, H and the TURDEP Group, (2002), Population Based Study Of Diabetes And Risk Characteristics In Turkey. Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP), *Diabetes Care*, 25, 1551-1556.

- SECGİNLİ, S., Nahcivan N.O., (2006), Factors Associated With Breast Cancer Screening Behaviours In A Sample Of Turkish Women: A Questionnaire Survey, *International Journal of Nursing Studies*, 161-171.
- SEIF N.Y., AZIZ M.A., (2000), Effect Of Breast Self-Examination Training Program On Knowledge, Attitude And Practice Of A Group Of Working Women, *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 12(2), 105-110.
- SEZGİN, D., (2010), Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 52-78.
- SIGNORIELLI, N. (1993), *Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook.*, CT: Greenwood Press.
- STRASBURGER, V.C. (2004), Children, Adolescents And The Media, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34, 54–113.
- SUNMAZ D., (2003), Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, *Yüksek Lisans Tezi*.
- SUTTON, S. (2002). *Health Behavior: Psychosocial Theories*, University of Cambridge UK, Available Online 2002.
- ŞENTÜRK, R. (2009), McLuhan'ın Televizyon Teorisi, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 15, 17-31.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, (2008), *Kadın ve Medya Politika Dokümanı*, 5-29.
- TABAK, Ruhi Selçuk, Sağlık İletişimi, Literatür Yayınları, Ekim 1999, İstanbul.
- TANAKA, K, Nakanishi T. (1996), Obesity As A Risk Factor For Various Diseases: Necessity Of Lifestyle Changes For Healthy Aging, *Applied Human Science*, 15(4), 139-148.
- TRUSWELL, S. (2003), *ABC Of Nutrition*, Fourth Edition, BMJ Publishing Group, London.
- TUOMILEHTO, Henri P. I., Juha M. Seppä, Markku M. Partinen, Markku Peltonen, Helena Gylling, Helena Gylling, Jaakko O. I. Tuomilehto, Esko J. Vanninen, Jouko Kokkarinen, Johanna K. Sahlman, Tarja Martikainen, Erkki J. O. Soini, Jukka Randell, Hannu Tukiainen and Matti Uusitupa, (2009), Kilo Azaltılması ile Yaşam Biçimine Müdahale Hafif Obstrüktif Uyku Apnesinde İlk Basamak Tedavi, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Home*, 179, 320–327.
- Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), http://www.beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf
- VIVIAN, J. (2013). *Media of Mass Communication*, 11. Edition, Pearson Education.

- WALDEN, L.S. ve Heiss, G. (2000), Health Promotion and Risk Reduction in The Community, (in Smith, C.M ve F.A. Maurer, Community Health Nursing Theory and Practice), 2. Baskı, WB. Saunders Company, 452-453.
- WANGENSTEEN, T., Undlien, D., Tonstad, S., Retterstol, L. (2005), Genetic Causes Of Obesity, *Journal of the Norwegian Medical Association*, 125, 3090-3093.
- What causes obesity? Erişim Tarihi: 22.11.2013
http://www.medicinenet.com/obesity_weight_loss/page3.htm#what_causes_obesity
- WHO. (1998), Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Global Database On Body Mass Index, BMI classification, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
Erişim Tarihi: 20.08.2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Obesity and overweight, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, Erişim Tarihi: 13.11.2013.
- YUMUK, V.D. (2005). *National Prevalence of Obesity, Prevalence of obesity in Turkey, The International Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews*, 6, 9–10.
- YÜKSEL, E., Ahmet Yalçın Kaya, Abdullah Koçak, Sinan Aydın, (2014), Check Up Sağlık İletişimi, Kaynak, İleti ve Hedef Kitle Bağlamında Sağlık Konulu Yayınların Analizi, Literatür Akademia, Ocak, Konya.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yapılan bilimsel bir araştırma kapsamında uygulanmaktadır. Anketin amacı, obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede televizyonda yayınlanan sağlık programlarının etkisini araştırmaktır. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından, anket verileri gizli tutulacaktır. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Arş. Gör. Gülcan KAHRAMAN, Prof. Dr. Türker BAŞ

Bölüm 1: Kişisel ve Demografik Bilgiler

Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Medeni Durumunuz: <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
Yaşınız;
Mesleğiniz;
Aylık ortalama geliriniz:
Sigara Kullanımı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Spor Yapma Alışkanlığı: <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiç
Eğitim durumunuz: <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaöğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksekokul <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek lisans/doktora
Ailede obezite problemi yaşayan başka birey var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Varsa yakınlık derecesi:
Haftalık televizyon izleme süresi: yaklaşık saat/dakika
Haftalık sağlık programı izleme süresi: yaklaşık saat/dakika
Sağlık bilgisi edinmede en çok kullandığınız kitle iletişim araçlarını işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Televizyon <input type="checkbox"/> Gazete <input type="checkbox"/> İnternet <input type="checkbox"/> Dergi <input type="checkbox"/> Radyo <input type="checkbox"/> Posta

Bölüm 2: Aşağıda sağlık davranışına ilişkin sorular bulunmaktadır. Hiçbir sorunun kesin doğru cevabı yoktur. Aşağıdaki ifadeleri okuyarak, size en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Yeme içme konusunda dikkat ederim.	1	2	3	4	5
Günlük beslenmede öğün atlamamaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
Egzersiz, yürüyüş, bisiklet, koşu faaliyetlerinde bulunurum.	1	2	3	4	5
Uyku düzenime dikkat ederim.	1	2	3	4	5

Aşağıda obezite duyarlılığı ile ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Obezite, mutlaka tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.	1	2	3	4	5
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşayabilirim.	1	2	3	4	5
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşama ihtimali beni korkutur.	1	2	3	4	5

Aşağıda obeziteye yönelik ifadeler yer almaktadır. Kendi yaşantınızı düşünerek, bu ifadelerden en uygun olanını seçiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Diyet ve egzersiz programlarını uygulamak bana sıkıcı gelir.	1	2	3	4	5
Doktor gözetiminde kilo verdiğim zaman, tüm hayatımı başkaları kontrol ediyor gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
Egzersiz, diyet gibi programlara kendimi hazır hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
Asla amaçladığım kiloya ulaşacağımı düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
Kilo vermenin benim için yararlı olacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
Yeme alışkanlıklarımı değiştirmenin benim için zor olacağını inanıyorum.	1	2	3	4	5
Fiziksel aktiviteyi arttırmanın benim için çok zor olacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Belirli bir programı takip ederek kilo verebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
Amaçladığım kiloya gelmek için, yaşam tarzımı değiştirmem gerek.	1	2	3	4	5
Düzenli egzersizin kilo vermeme yardımcı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
Düzenli diyet yapmanın kilo vermeme yardımcı olacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Kilo verirsem, fiziksel olarak iyi görüneceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Kilo verirsem, daha iyi ve mutlu hissedeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Kilo vermenin sosyal ilişkilerimi olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5

Bölüm 3: Günlük olarak medya kullanım alışkanlıklarınızı dikkate alarak, obezite hastalığı ile ilgili olarak aşağıdaki ifadeleri kendinize göre değerlendiriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sağlık programları daha fazla bilgi sahibi olmamı sağlar.	1	2	3	4	5
Sağlıkla ilgili programlar obezite konusunda farkındalık oluşturur.	1	2	3	4	5
Fazla kilonun zararlarını öğrenmemde sağlık programlarının katkısı olmuştur.	1	2	3	4	5
Sağlık programlarında obezite ile ilgili yanlış bilgiler verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Sağlık programlarında verilen bilgiler, obezite konusunda korku yaşamama neden oluyor.	1	2	3	4	5
Sağlık programlarında verilen mucize ilaç ya da diyet gibi bilgilerin zararlı olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5

ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında İzmir’de doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini burada tamamladı. 2012 yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi İngilizce İşletme bölümünü tamamladı. Aynı yıl, Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümüne araştırma görevlisi olarak atandı. Aynı zamanda, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. Halen burada çalışmaya devam etmektedir.