



**T.C.**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE MEDYA**

**Dr. Nagihan SARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ – 2016**

**T.C.**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE MEDYA**

**Dr. Nagihan SARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ – 2016**

**K.S.Ü TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA**

..... tarafından hazırlanan .....  
.....adlı bu tezin Tıpta  
Uzmanlık/Yandal Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Ünvan .....

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Tıp Fakültesi .....  
Anabilim Dalında (Bilim Dalında) Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık tezi olarak .....  
tarihinde kabul edilmiştir.

Başkan : Ünvan .....

Üye : Ünvan .....

Üye : Ünvan .....

Üye : Ünvan .....

Üye : Ünvan .....

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 2016

**DEKAN**

Prof. Dr .....

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım  
yönergesine uygundur.



## ÖNSÖZ

Tez yazımı süresince desteğini esirgemeyen, bulunduğum negatif koşullara rağmen hoşgörülle yaklaşan, pes etmeden çalışmamı sağlayan tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız sayın Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI hocama, asistanlığımızın son döneminde yanımızdan ayrılmak zorunda olsa da her zaman ilgisini ve sevgisini hissettiğimiz, örnek aldığımız sayın Prof. Dr. Mustafa ÇELİK hocama, her konuda bize destek olmaya çalışan sayın Yrd. Doç. Dr. Yaşar KOŞAR hocama teşekkürlerimi sunarım.

3.5 yıldır birlikte çalışmaktan keyif aldığım, desteklerini hep yanımda hissettiğim değerli asistan arkadaşlarıma sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım. Rotasyonlara gittiğimizde bizleri misafirperverlikleriyle karşılayan ve eğitimimize katkı sağlayan hastanemizin diğer bölümlerindeki değerli hocalarımıza ve asistan arkadaşlarımıza da çok teşekkür ederim.

Ayrıca her biri farklı mesleklerden olmasına rağmen bu zorlu süreci benimle birlikte yaşayan, ellerinden geldiğince destek olan, isimlerini tek tek yazsam buraya sığdıramayacağım değerli arkadaşlarım, hepinize sonsuz teşekkürler.

Son olarak; her zaman, her koşulda yanımda olan, bana duydukları sevgi ve güveni her zaman hissettiren eşime, anne ve babama, kayınvalidem ve kayınpederime, abime, yengeme ve biricik yeğenlerim Buse ve Sude'ye en önemlisi ve en özeli biricik oğlum Ahmet Alp' e çok teşekkür ederim. Sizleri çok seviyorum.

HAZİRAN-2016

Dr. NAGİHAN SARI

**SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE MEDYA  
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)  
Nagihan SARI**

**ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Son yıllarda adından sıkça söz ettiren sağlık iletişimi alanına ülkemizde de bir yöneliminin olduğu görülmektedir. Bu alan kitle iletişim araçları üzerinden sağlık mesajlarının verilmesinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumu ve tüketimi, hasta – doktor iletişimi gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Bu çalışma sağlık arama davranışında medyanın rolünün incelenmesini amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı - kesitsel olan bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir sağlık sorunu ile Nisan 2016 – Mayıs 2016 tarihleri arasında hastaneye başvuran 18 yaş üstü hastalardan dahil edilme kriterlerine uyanlar ve çalışmaya dahil olmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Bu süre içerisinde 192 hastaya ulaşılabilmektedir. Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan anket uygulanmıştır. Hastaların sosyodemografik bulguları, sağlık ve hastalık ile ilgili düşüncelerine ilişkin bulgular, sağlık arama davranışlarında medyanın rolüne ilişkin bulgular değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcı 192 kişinin yaş ortalaması  $38.25 \pm 13.41$ , kadın katılımcı sayısı 104 (%54.2), erkek katılımcı sayısı 88 (%45.8) olup kadın/erkek oranı 1.18'dir. DSÖ'nün sağlığa ilişkin "bedenen, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" tanımı katılımcılar arasında %65.6 kabul oranına sahiptir. Üniversite mezunlarında bu tanımlamayı yapma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Sağlıkla ilgili bilgi edinmek amacı ile katılımcılar arasında medya araçlarının genel kullanım oranı %93.8 olarak tespit edilmiştir. Sağlık ile ilgili medya araçlarının kullanımında internet %71.4 ile en sık kullanılan araç olarak tespit edilmiştir. Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için internet kullanımında, gelir düzeyinin yüksek olduğunu belirtenler, gelir düzeyinin giderine denk veya daha az olduğunu belirtenlere oranla daha yüksek kullanım oranı göstermişlerdir. Ek olarak kadınlarda sağlıkla ilgili bilgi edinmek için televizyonu tercih etme oranı erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca orta – yüksek öğretim mezunu olanlarda interneti tercih etme oranı ilköğretim mezunu ve okuma yazması olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuş olup, televizyonu tercih etmede de bu durumun tam tersi olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Gelişen teknoloji ve tıp alanındaki araştırmaların sonucunda medyada sağlık ile ilgili bilgilerin miktarında artış görölmektedir. Ek olarak bilgiye erişim de kolaylaşmaktadır. Medya araçlarında yer alan sağlık ile ilgili bilgilerin hastalar tarafından takip oranı ölkemizde de artış göstermektedir. Toplum sağlığının iyileştirilmesinde ve bilgi düzeyinin arttırılmasında medyanın önemi büyüktür. Ancak medyada yer alan bilgilerin denetimi de büyük önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Medya, Sağlık Arama Davranışı, İnternet

**Danışman:** Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI



# HEALTH SEEKING BEHAVIOR AND MEDIA (SPECIALITY THESIS)

Nagihan SARI, MD.

## ABSTRACT

**Introduction and Aims:** As in other countries, the intention towards the field of health communication, which made a name for its self in the previous years, is also apparent in Turkey. Besides giving health messages through mass communication means the field covers a wide spectrum including areas like presentation and consumption of health care and doctor-patient communication. This study aimed to investigate the media's role in health-seeking behavior.

**Materials and Method:** This observational, analytic and cross-sectional study was performed at the Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice and Research Hospital. Among patients that applied to the hospital regarding any health condition between April and May 2016, those that fit the inclusion criteria of the study were included. During this time period 192 patients were reached. The questionnaire, prepared by the researcher, was conducted face to face with the patients. Demographic data, findings over the ideas regarding health and disease, and the media's role in the health seeking behavior of the patients were evaluated.

**Findings:** The mean age of the 192 participants was  $38.3 \pm 13.4$ . The number of female participants was 104 (54.2%), the number of male participants was 88 (45.8%) and the female to male ratio was 1.2. WHO's "a complete wellbeing as physically, spiritually and socially" definition had a 65.6% agreement rate among the patients. This percentage was found to be significantly higher among university graduates ( $p < 0.01$ ). The percentage of patients that use media as a method to acquire information about health was 93.8%. In terms of the use of media in relation to health, the internet was the most frequently used medium at 71.4%. The use of internet as a medium to acquire information on health, showed a higher usage among the patients that declared a high income level relative to



those that had equivalent or higher expenses in comparison to their income. Additionally, it was found the ratio of patients that chose to use television to acquire information on health was higher on female patients relative to the male patients. Moreover, the ratio of those who chose the internet among the patients that have a middle to high level of education is higher with respect to those that are illiterate or those have an elementary education. It was seen that the case was the exact opposite when it came to the ratio of patients that chose the television.

**Conclusion:** There is an increase in health related information in the media as a result of the advancements in technology and medical researches. Additionally, access to information is getting easier. Among other countries, the patients' follow-up rate on health related information in the media is also growing in Turkey. Media is crucial in the betterment of public health and the increase of the knowledge level. Nevertheless, the control of information that is transferred through media is also very important.

**Keywords:** Health, Media, Health Seeking Behavior, Internet

**Advisor:** Assoc. Dr. Mustafa Haki Sucaklı

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Kavramı .....	3
2.2. İyilik Hali .....	7
2.3. Hastalık Kavramı .....	7
2.3.1. Tarihsel açıdan hastalık kavramı .....	7
2.3.2. Hastalık: Kavramsal Yaklaşım .....	9
2.3.3. Hastalık Davranışı.....	12
2.3.4. Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama.....	13
2.4. Sağlık İletişimi .....	16
2.4.1. İletişim .....	16
2.4.2. Kitle İletişim .....	18
2.4.3. Sağlık ve İletişim .....	20
2.5. Sağlık Arama Davranışı.....	23
2.5.1. Sağlık Arama ve Sağlık Arama Davranışı Modelleri .....	24
2.5.2. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler.....	30
2.5.3. Hastalar ve Sağlık Personellerinin Perspektifinden İnternet Ortamında Sağlık Arama Davranışı .....	31
2.5.4. Basılı Yayın Organlarında Sağlık İle İlgili Haber İçerikleri.....	41
3. GEREÇ-YÖNTEM.....	44
4. BULGULAR .....	46
4.1. Sosyodemografik Bulgular .....	46
4.2. “Sağlık” Teriminin Tanımına İlişkin Bulgular .....	48
4.3. “Sağlıkta Bozulma” Durumunda Davranış Şekillerine İlişkin Bulgular .....	49
4.4. “Hastalık” Durumunda Davranış Şekillerine İlişkin Bulgular.....	50
4.5. Sağlık ile İlgili Bilgi Edinmek Amacı ile Medya Araçlarının Kullanımına İlişkin Bulgular.....	52
4.6. Sağlık Arama Davranışında Medya Aracı Olarak Televizyonun Rolüne İlişkin	

Bulgular.....	55
4.7. Sağlık Arama Davranışında Medya Aracı Olarak Basılı Yayın Organlarının Rolüne İlişkin Bulgular .....	58
4.8. Sağlık Arama Davranışında Medya Aracı Olarak İnternetin Rolüne İlişkin Bulgular .....	60
4.9. Medya Araçlarına Olan Güven Durumu.....	62
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	70
KAYNAKLAR.....	72
ÖZGEÇMİŞ.....	80
EKLER.....	81
EK-1 Anket örneği.....	81

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1	Sağlığın Komponentleri..... 3
Şekil 2	Epidemiyolojik üçgen teorisi ..... 8
Şekil 3	İletişimin bileşenleri ve iletişim süreci ..... 18
Şekil 4	Lineer kitle iletişim süreci ..... 19
Şekil 5	Sağlık İnanç Modeli..... 26
Şekil 6	Öz Yeterlilik Modeli..... 28
Şekil 7	Planlı Davranış Teorisi ..... 29
Şekil 8	Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli..... 30
Şekil 9	Basılı Yayınlarda İncelenen haberlerin ana bilim dallarına göre dağılımı ..... 42
Şekil 10	Basılı Yayında Haber İçeriğine Göre Doğruluk ..... 43
Şekil 11	Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular ..... 47
Şekil 12	Katılımcılarda Kronik Hastalıkların Dağılımı..... 47
Şekil 13	Katılımcıların “Sağlık” Tanımına İlişkin İfadelerinin Dağılımı ..... 48
Şekil 14	Sağlıkta Hafif ve Ciddi Bozulma Durumlarında Medya Araçlarından Bilgi/Yardım Arama Davranışına İlişkin Bulgular..... 50
Şekil 15	Hafif Semptomlu Hastalık Durumunda Katılımcıların Medya Araçlarını Kullanımlarına İlişkin Dağılım..... 51
Şekil 16	Ciddi Semptomlu Hastalık Durumunda Katılımcıların Medya Araçlarını Kullanımlarına İlişkin Dağılım..... 52
Şekil 17	Sağlık İle İlgili Bilgi Arama Davranışında Medya Araçlarının Kullanım Oranları ..... 52
Şekil 18	Medya araçları ile sağlık arama davranışında aranan içeriğe ilişkin bulgular.. 55
Şekil 19	Televizyonda Sağlık İle İlgili Programlarının Takip Oranı ve Sıklığı ..... 56
Şekil 20	Erkek ve Kadın Katılımcıların Televizyon aracılığı ile Sağlık İle İlgili Bilgi Arama Davranışları..... 56
Şekil 21	Basılı Yayın Organlarında Sağlık ile İlgili Yazıların Takip Oranı ve Sıklığı .. 58
Şekil 22	İnternette Sağlık Bilgisi Arama Nedenlerine İlişkin Bulgular ..... 62

Şekil 23	Medyada Yer Alan Sağlık İle İlgili Bilgilere Güven Durumuna İlişkin Kriterler.....	63
Şekil 24	İnternette Sağlık Bilgisi Arama Nedenlerine İlişkin Bulgular .....	63



## TABLolar DİZİNİ

	<b><u>Sayfa No</u></b>
Tablo 1	DSÖ Sağlık Tanımının Güçlü Yönleri..... 4
Tablo 2	Sağlığı Tanımlayan Modeller..... 6
Tablo 3	Avrupa’da İnternet Erişimi ..... 33
Tablo 4	Türkiye’de 2013 yılı kişisel internet kullanma amaçları ..... 37
Tablo 5	Katılımcıların Sosyo-demografik Bulguları ..... 46
Tablo 6	Hafif ve ciddi semptomlu “sağlıkta bozulma” durumlarında davranış şekilleri..... 49
Tablo 7	“Hafif semptomlu hastalık” durumlarında davranış şekilleri ..... 50
Tablo 8	“Ciddi semptomlu hastalık” durumlarında davranış şekilleri ..... 51
Tablo 9	Sosyo-demografik özellikler ile Medya Araçları ile Sağlık Arama Davranışının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ..... 53
Tablo 10	Sosyo-demografik Özellikler ile Sağlık Arama Davranışında Medya Araçlar Çeşitlerinin Kullanımının Karşılaştırılması ..... 54
Tablo11	İnternette Sağlık Bilgisi Arama Nedenlerine İlişkin Bulgular ..... 61
Tablo12	İnternette Sağlık Bilgisi Arama Sırasında Tercih Edilen Web Sitelerine İlişkin Bulgular ..... 62

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HBM</b>	: Health Belief Model (Sağlık İnanç Modeli)
<b>SCM</b>	: Social Cognitive Theory (Sosyal Biliş Modeli/Teorisi)







## 1. GİRİŞ

İnsanoğlunun en değerli varlığı olan sağlık, klasik anlayışta “hastalığın olmayışı” şeklinde tanımlanmıştır. Zaman içerisinde hastalıklardaki çeşitli faktörlere göre değişikliklerin saptanmasıyla bu tanım geçerliliğini yitirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1947 yılında sağlığı , “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde holistik bir kavram olarak tanımlanmış ve birbiri ile ilişkili üç bileşene dikkat çekmiştir (1). Sağlık arama davranışı ise sağlığa kavuşma ve sürdürme ile ilgili tüm davranışları içeren bir kavramdır. Bu kavram ek olarak sağlık kaybına neden olan durumdan kurtulma ve hastalık halinin progresyon ve etkilerini azaltmaya yönelik gerçekleştirilen davranışları da içerir.

Tüm canlıların hemen her zaman bilinçli veya bilinçsiz gerçekleştirdiği bir eylem olan iletişimin sağlık ve sağlık arama davranışı üzerine büyük oranda etkileri vardır. Özellikle günümüzde kitle iletişim araçlarındaki gelişmeler ve insanların bu araçlara erişim ve kullanım oranlarındaki artış bu durumu daha da önemli hale getirmektedir. Gerek basılı yayınlarda gerekse görsel ve işitsel yayınlarda sağlık konuları ile ilgili içerik sayısı son yıllarda artan oranda görülmeye başlamıştır. Basın ve yayın organlarında çıkan haberler, toplumun sağlık alanında ve yeni tedaviler hakkında bilgi edinmesinde önemli rol oynamaktadır. Hangi sosyal grupta, ekonomik grupta ya da meslek grubunda olursa olsun neredeyse tüm insanlar sağlıkla ilgili yayınlara ulaşmakta, edindikleri bilgilerden ciddi anlamda etkilenmektedirler. Bu haberler çoğu zaman kendilerinin ve ailelerinin sağlığı ve sağlık sorunları ile doğrudan veya dolaylı olarak ilgili olmaktadır. Ülkemizde kişisel amaçlarla internete giren bireyler arasında sağlıkla ilgili bilgi arayanların oranı 2011 yılında %54.1 iken; 2013 yılında artarak %59.6 değerine yükselmiştir. Daha basit olarak 2013 yılında internete giren her 10 kişiden yaklaşık 6’sının sağlıkla ilgili bilgi almak için interneti kullandığı tahmin edilmiştir. 2013 verilerine göre sağlık ile ilgili bilgi arama amacıyla internete girme oranı, kırsal kesimlerde %46.2, kent kesiminde ise %62.4’dir (2). Kitle iletişim araçlarının sağlık ile ilgili içerikleri ve sağlık arama davranışı içinde edindiği yer, halk sağlığı açısından olumlu ve pozitif bir gelişmedir. Ancak bu içeriklerin doğruluğu, içeriklerde kaynak gösterimi, tıp etiğine uygunluğu gibi bazı önemli noktalar olumsuz sonuçlara yol açabilecek, dikkat edilmesi ve denetlenmesi gereken hususlardır.

Sağlık, hastalık, iletişim, sağlık arama davranışı gibi insan hayatının çok önemli bileşenlerinin ve kavramlarının birbirleri ile etkileşim içerisine girdikleri, insan ve toplum

sağlığını derinden etkileyebilecek potansiyeli olan, ülkemize güncel istatistiksel veriler sağlayacak ve periyodik olarak düzenlenecek ‘‘sağlık ve medya’’ başlığına ilişkin çalışmaların önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bu çalışmaların; lkemizde sağlık arama davranışı, toplum sağlığı ve kitle iletişiminin sağlık/hastalık kavramları üzerinde artan miktardaki etkilerinin değerlendirebilmesi ve bu neticeler ışığında sağlık politikalarının geliştirilmesi ve düzenlenmesinde çok önemli mihenk taşları olacağını düşünmekteyiz. řu anki çalışmamız da bu düşüncemiz ışığında şekillenmiş ve kitle iletişiminin sağlık arama davranışları üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaç edinmiştir. Çalışmamızın sözü edilen toplumsal hedeflere ulaşmada önemli bir adım olacağını düşünmekteyiz.

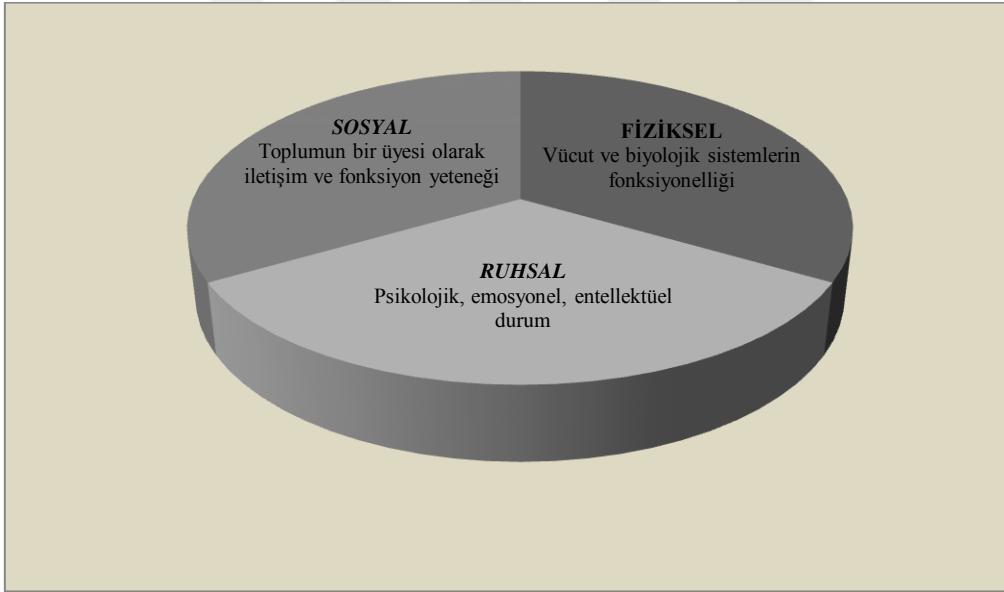


## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SAĞLIK KAVRAMI

Klasik anlayışta “sağlık” kavramı, “hastalığın olmayışı” şeklinde tanımlanmaktaysa da zaman içinde hastalığın topluma ve kişiye göre değişiklik kazandığının anlaşılmasıyla bu tanım geçerliliğini yitirmiştir. Yine geleneksel anlayışta hastalıkların teşhis ve tedavisi ön planda iken çağdaş anlayışta hastalıkların önlenmesi daha öncelikli hale gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1947 yılında yaptığı tanımlama “sağlığın anayasası” şeklindedir. “Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali ” olarak tanımlamıştır (1). Bu holistik bir tanımdır ve sağlığın birbiri ile ilişkili üç major komponentini içerir. Hastalık ise sıklıkla vücut sistem veya parçalarından birinin fonksiyon bozukluğuna veya virus, parazit gibi zararlı organizmaların istilasını gösterir.



Şekil-1: Sağlığın Komponentleri (3)

*Fiziksel komponent:* Sağlık tanımının en önemli biyomedikal kriterini teşkil eder. Sağlıklı bir kişi için, o kişinin biyolojik komponentlerinin çalışır vaziyette olması gerekir.

*Sosyal komponent:* İnsan sağlığının davranışsal tarafını oluşturur. Bir toplumun üyesi olmak sosyal etkileşime ve sosyal rol ve beklentilere dahil olmaktır. Bir birey sosyal yapıya dahil olmuyorsa sosyal patolojiden söz edilir (toplumun normlarına ve değerlerine aykırılık). Sosyal komponent spiritüel yapıyı da içerir.

*Ruhsal komponent:* Psikolojik, emosyonel ve mental durumu içerir. Emosyonel apati, fiksasyon ve uyumsuzluk hastalık belirtilerindedir.

WHO tanımının güçlü taraflarından biri geniş kapsamlı olmasıdır. Sağlıklı olmanın hasta olmama ile sınırlı olduğu anlayışından farklıdır. Bu bağlamda bu tanım daha pozitif ve holistik bakışa sahiptir (3) (Tablo-1).

**Tablo-1: WHO Sağlık Tanımının Güçlü Yönleri (3)**

---

<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlığı, dolayısıyla da bireyi biyo-psiko-sosyal bir bütün olarak ele alır</li><li>• Sosyal belirleyicilere dikkat çeker</li><li>• Sağlık tanımını ve sağlığın kendisini, salt sağlık profesyonellerinin ilgilendiği bir alan olmaktan çıkarıp farklı disiplinlerin ilgisine açan dinamik ve kapsamlı bir düzeye taşır</li><li>• Sosyal iyilik vurgusu ile politik ilişkileri kavramın içine çeker, başka bir ifade ile sağlığı politize eder</li><li>• Sağlığı bireysel potansiyelin temeli haline getirir</li></ul>
---

---

Bununla birlikte DSÖ'nün bu tanımı birçok açıdan eleştirilmiştir. Örneğin bu tanım ulaşılamaz ve idealistik olarak eleştirilmiştir (3). Bu tanıma göre kimsenin tam olarak sağlıklı olamayacağı belirtilmiştir. Sağlık sürekli gelişen bir olgu ise ve sağlığı geliştirmek hedefi sürekli var olacaksa, tam iyilik hali ulaşılması imkansız, gerçek dışı ve metafizik bir kavramdır. Hedefteki belirsizlik, hedefe ulaştıracak stratejileri de belirsiz kılar ve politik inisiyatifsizlikle sonuçlanabilir. Diğer yandan bu tanımda seksüel, emosyonel ve ruhsal sağlık alanlarının eksik olduğu, tam vurgulanmadığı belirtilmiştir (4). Ek olarak "Tam iyilik hali"nin neyi tanımladığı konusunda belirsizlikler mevcuttur. "Tam iyilik hali nasıl ölçümlenebilir?" sorusuna yanıt yoktur.

Sağlık pozitif veya negatif olarak görülebilir. Tones ve Grenn (2004) bu durumun sağlık tanımlarında farklılıklara neden olduğunu belirtmişlerdir. Bir yanda pozitif tanımlamalar (iyilik hali veya kıymetli bir kazanım olarak sağlık), diğer yanda daha negatif tanımlamalar (hastalık odaklı) vardır. Sağlığa negatif yönde bakıldığında tanımlamalar hastalığın olmamasına odaklanmaktadır. Daha pozitif açıdan ele alındığında tanımlamalar daha geniş olmaya eğilimlidir ve iyilik hali gibi kavramları içerir. DSÖ tanımı daha pozitif bir tanımlama olarak, sağlığı dar bir medikal görüş ve negatif görüşten uzaklaştıran bir tanım olarak görülmüştür (5).

Sağlık tanımlamaları ayrıca sağlığın farklı açılara odaklanmıştır. Bazıları, DSÖ tanımı gibi, idealistiktir. Bazıları sağlığın daha fonksiyonel yönüne odaklanmakta, bazıları

ise sağlığı değerli bir varlık olarak merkezileştirmektedir. Örnek olarak Aggleton (1990) sağlığın satın alınabilecek (sağlık kuruluşlarından) satılabilecek (sağlıklı gıdalar satan bir dükkan) verilebilecek (medikal uygulamalar ile) kaybedilebilecek (hastalıklar, sakatlıklar) bir varlık gibi olduğunu belirtmiştir (6).

Diğer tanımlama tipleri farklı durumlar ile başa çıkabilme-adapte olabilmeyi ve kişisel potansiyele ulaşabilmeyi içerir.

### **Sağlığın Yeni Tanımları**

Birçok otör global sağlık çevrelerinde kullanılmak üzere sağlığın yeni tanımlamasının yapılmasını amaç edinmiştir. Saracci, sağlığı “iyilik hali, hastalık veya sakatlık olmaması ve temel ve uluslararası insanlık hakkı” olarak tanımlamıştır (7). Bu tanım ek olarak kronik hastalıklarla pozitif olarak yaşayanları da sağlıksız olarak tanımlamıştır. Sağlığı temel hak olarak tanımlamış olmasına karşın dünyanın birçok bölgesinde sağlık sigorta prim kapsamında, ücretli, vergiye bağlıdır. Ayrıca bu tanım kullanışlı olmaktan ziyade teoriktir. Bu nedenlerle DSÖ tanımına holistik ve kullanışlı bir alternatif olarak görülmemiştir.

Bircher’e göre sağlık; yaş, kültür ve kişisel özelliklere göre beklentileri fiziksel ve mental olarak karakterize eden dinamik iyilik halidir. Tarz olarak holistik olsa da diğer kavramları (yaş ve kültür) birleştirmeden kullanmasından dolayı ihtilaflıdır (8). Örnek olarak kültür karmaşık, dinamik ve görecelidir. Bundan dolayı bu sağlık tanımı da göreceli ve olasılıkla durum ve toplumlara bağımlıdır. Ek olarak belirtilen yaş biyolojik yaş mı, yoksa sosyal yapısal yaş mı bilinmemektedir.

Larson (1999)’a göre sağlık tanımı medikal, DSÖ’nün tanımı, iyilik hali ve çevresel modellerin kombinasyonu olmalıdır. Böylelikle bu kombinasyon tek başına DSÖ tanımından ve diğer tanımlardan daha holistik olacaktır (9).

Tablo-2’de sağlık tanımına ilişkin modeller verilmiştir. Model tabanlı tanımlamalarda en büyük problem beklenenden daha fazla model olabileceğidir. Model yaklaşımı tüm bir tanım değildir. Son olarak her meslek kendi anladıklarından oluşan bir tanım modeli ortaya koyabilecektir. Diğer yandan güçlü tarafı ise sağlık kavramının multifaktöryel yapısını desteklemesidir.

**Tablo-2: Sağlığı Tanımlayan Modeller (9)**

<b>Medikal Model</b>	Hastalık veya sakatlık yokluğu
<b>DSÖ modeli</b>	Tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali ve hastalık/sakatlık yokluğu
<b>İyilik Hali Modeli</b>	Sağlıkta iyileşme ve daha yüksek fonksiyoneliteye, enerjiye, konfor durumuna erişim ve mental-vücut-ruh birleşimi
<b>Çevresel Model</b>	Fiziksel ve sosyal olaylara adaptasyon-ağrı, konforsuzluk ve sakatlık yokluğu

Parson'un tanımına göre sağlık "sosyalize olmuş bir kişinin rol ve görevlerini efektif bir şekilde yerine getirebileceği optimum kapasite"dir (10). Bu tanım sağlığa daha sosyolojik bir yaklaşımdır.

Yakın geçmişteki bir tanımlamada sağlık sosyal, fiziksel ve emosyonel zorluklarla kişisel mücadele ve adaptasyon yeteneği olarak tanımlanmıştır (11). DSÖ tanımından farkla adaptasyondan bahsetmektedir. Bu tanımın güçlü yanı 21.yüzyılda sağlık problemlerindeki değişimi göz önüne almasıdır. 2.Dünya Savaşı'ndan önce akut hastalıklar kronik olanlardan daha fazla sıklıkta görölmekteydi. Daha sonraları ise kronik hastalıklar daha büyük problemlere yol açmaya başladı. Kronik hastalıklar kendi kendine bakım ve yönetimi içeren davranışsal düzenlemeler gerektirmektedir. Bundan dolayı tanımdaki adaptasyon daha uygun olarak görölmektedir.

Ancak Huber ve ark. tanımında da eleştiriler mevcuttur. İlki adaptasyonunun hastalık veya sakatlık olmama durumunu ifade etmemesidir. Adaptasyon gıda, aktivite kısıtlaması veya davranışsal kısıtlamalar gibi uygulamaları ifade edebilir. İkinci olarak adaptasyon sürekli tedavi veya medikasyon bağımlılığını da ifade edebilir.

Sağlığın çeşitliliği, göreceliği ve karmaşıklılığının anlaşılması ile Blaxter sağlığın deskriptif analizini yapmıştır (12). Blaxter tarafından yapılan tanımlamanın major komponentlerinden biri "lay concept of health" dir. Bireylerin sağlık tanımlarındaki farklılığı, göreceliliği açıklar. Temel olarak subjektiftir çünkü kişilerin (sağlıklı veya sağlıksız) kendi değerlendirmelerini ve yargılarını içerir. Blaxter sağlık hakkında üç durum belirtmiştir: hastalık olmaması, fonksiyon yeteneği ve zindelik. Bu bağlamda sağlık ayrıca zindelik ve fonksiyonlar (fiziksel, sosyal, normatif aktiviteler) için algılanan enerji ve

canlılıktır. Blaxter (2010)'e göre sağlık tanımlanabilir, yapılandırılabilir, deneyimlenebilir, canlandırılabilir dinamik bir durumdur (13).

## **2.2.İYİLİK HALİ**

“İyilik hali” diğer bir değişken ve tanımlanması güç bir kavramdır (14). İyilik halinin tanımı hakkında fikir birliği bulunmasa da teorik çalışmalar genellikle fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali gibi üç major açıda buluşmaktadır. Bu da onu sağlık gibi farklı kişiler için farklı şeyler ifade eden, değerlendirilmesi güç bir kavram haline getirir. Laverack (2004) iyilik hali kavramını üç ayrı tipe ayırmayı önermiştir: fiziksel, sosyal ve mental. Fiziksel iyilik hali sağlıklı fonksiyonellik, zindelik ve performans kapasitesini ifade eder. Sosyal iyilik hali topluma dahil olmayı, kişiler arası ilişkileri ve çalışabilmeyi ifade eder (15). Mental iyilik hali öz-saygı, başa çıkma ve adaptasyonu ifade eder. İyilik hali kavramı disiplinler bakış açıları arasında değişkenlik gösterir. Bununla birlikte gittikçe artan düzeyde dikkatleri üzerine çekmekte ve genellikle sağlığın daha geniş kapsamda anlaşılmasına imkan tanımaktadır (14).

Daha ileri bir kavram ise sağlığın yaşam kalitesi üzerine etkileridir. Örnek olarak fonksiyonel perspektiften bakıldığında daha iyi bir sağlık seviyesi artmış yaşam kalitesi ile sonuçlanır (16).

## **2.3.HASTALIK KAVRAMI**

### **2.3.1. Tarihsel açıdan hastalık kavramı**

Eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlarda insanlar, hastalıkların nedenlerini doğaüstü güçlere bağlamışlardır. Hastalıkları ve doğal yıkıcı güçleri kendi gücü ve teknolojisi ile yenemeyince, kendi düşüncesinde bunları oluş biçimlerine, bunlardan nasıl kurtulabileceğine ve korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir. Bu düşünce biçiminin sonucu olarak da sağaltım yapan din adamları ve şamanlar olmuştur (17).

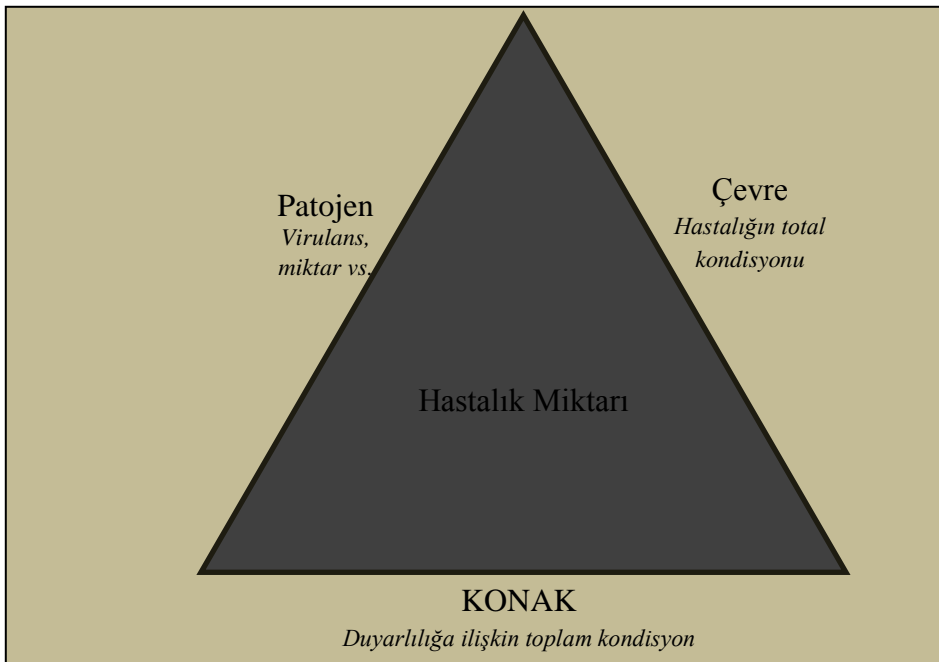
Eski çağların sonlarına doğru, hastalıkların tanrısal etkiler dışında doğal nedenlere bağlı olarak meydana geldiği düşüncesi belirmeye başlamıştır. Hipokrat (MÖ 4. yy.) hastalıkların doğaüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Ortaçağda İslam tıbbında özellikle hastalıkların açıklanması ve tedavi edilmesinde önemli gelişmeler yaşanırken, Avrupa'da kilisenin katı, dogmatik tutumu eski gelişmelerin de unutulmasına ya da isteyerek bırakılmasına yol açmış, yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmıştır. Enfeksiyon hastalıkları salgınlar yoluyla çok sayıda ölümlere yol

açmıştır (18). Ancak, pozitif bilimlerin gelişimiyle özellikle anatomi, biyokimya, fizyoloji gibi bilim dallarının gelişiminin yanı sıra mikroskobun keşfi gibi buluşlar 17. yüzyıldan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortamın doğmasını sağlamıştır (19)

19. yüzyıl süresince hastalık hakkındaki düşünceler biyomekanik yaklaşım doğrultusunda felsefe ve deneysel alandaki gelişmelerden etkilenmiştir. İnsanı bir makine ve hastalığı da bu makinenin bölümlerindeki bir bozukluk olarak ele alan Descartes'çı görüş doğrultusunda, akıl ve beden birbirinden ayrı olduğu öne sürülmüş, böylece hastalığın sosyal ve psikolojik etkileri inkar edilmiştir (20,21).

1882'de Koch Tüberküloz hastalığına yol açan mikrobu keşfetmiş, bunu takiben 20. yy.'a kadar 22 çeşit mikrop keşfedilmiştir. Bu gelişim tek bir mikrobun tek bir hastalığa neden olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır (22).

Hastalık yapıcı etkene maruz kalan her kişinin hasta olmadığı görüldüğünde mikroorganizma ve hastalık arasında direkt bir ilişki olmadığı anlaşılmış, hastalık; mikrop, taşıyıcı ve çevre değişkenlerinin dinamik etkileşimine bağlı olarak değişen bir durum olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda epidemiyolojik üçgen teorisi gündeme gelmiştir. Enfeksiyon hastalıklarını açıklamada etkili olan bu yaklaşım kronik hastalıkların görülüş sıklığının artmasıyla ve bu hastalıkları yeterince açıklayamadığından dolayı yerini çok nedenli açıklamalara bırakmıştır. Çok nedenli yaklaşım, hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik pek çok faktörün etkileşimi sonucu geliştiğini ileri sürmektedir (23).



**Şekil-2: Epidemiyolojik üçgen teorisi (21)**



Zamanla bu yaklaşımlar bazı toplumsal grupların diğerlerine göre hastalık ve ölümlere niçin duyarlı olduklarını açıklayamamıştır. Bunun üzerine geliştirilen genel hassasiyet teorileri bazı gruplarda hastalıklara yatkınlığı etkileyen faktörler üzerinde durmuştur (23). Bu yaklaşım doğrultusunda yapılan çok sayıda çalışma, bireyin içinde bulunduğu topluma özgü sınıfsal koşullar, yaşanılan yer, gelir düzeyi, eğitim, din, meslek, sosyal destek, medeni durum gibi faktörlerin sağlıkla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bireylerin hayattan beklentileri, deneyimleri ve davranışları bu hassasiyeti etkileyebilmektedir (23).

Hastalık durumu ikincil kazançlar için kullanılabilir. Kişinin başa çıkamadığı durumlarla karşılaşması durumunda bir savunma olarak, bireysel başarısızlığı rasyonalize etmek için, çevrenin dikkatini çekmek için kullanılabilirdiği gibi, kişinin çevresindekiler üzerinde psikolojik baskı uygulaması yoluyla bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir (24).

### **2.3.2. Hastalık: Kavramsal Yaklaşım**

Çoğu zaman hastalık kavramından bütün insanların aynı şeyi anladıkları sanılır. Oysa hastalığın tanımı toplumdan topluma, zamandan zamana, çağdan çağa değişmektedir (25). Hastalık, sadece doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin olduğu bir durum değildir ve yalnız biyolojik bir süreç olarak kabul edilemez. Çünkü aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. Bir toplumda hastalık sayılan bir durum, diğer bir toplumda hastalık sayılmayabilir. Değişik kültürlerde bireyin hasta olarak kabul edilmesi, bazı ölçülere göre değerlendirilir. Örneğin; bireyin kendinden beklenen işi yapıp yapamaması, hastalığın o toplumda yaygın olması gibi ölçütler vardır (26). Bugünkü bilgilerimize göre hastalık nedenleri, bireysel ve çevresel nedenler olarak gruplandırılmaktadır.

Hastalık tanımlanırken önce insanın çevresinden ayrı düşünülemediği belirtilip, “iç ortam” kavramı tanımlanmış, sonra “hastalığı hem iç ortamdaki dengenin bozulması, hem de iç ortam ile dış ortam arasındaki ilişkinin bozulmasından kaynaklandığı” ve “hastalığın sadece bu dengenin bozulması olmayıp, bazı adaptasyon mekanizmaları ile bozulan bu dengenin düzeltilmesi çabası” olduğu belirtilmiştir (26).

İnsan organizması iç ortamın devamlılığını sağlamak için, bütün organları ile tam bir uyum içinde çalışmaktadır. Bu çalışma fizyolojik dengenin devamlılığını sürdürmeye

yönelik bir çalışmadır. Oysa bireyin psikolojik durumu da fizyolojik dengeyi etkilemektedir. İnsan organizmasının iç ortamın devamlılığının sağlanması için, psikolojik ve fizyolojik dengenin bir arada bulunması gereklidir (26).

Sonuç olarak hastalık durumu da yalnızca bir hastalığın-rahatsızlığın olması ile açıklanamaz. Hastalık anormal bir durum olup bireyin, fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltır ya da iyice tüketir.

Hastalık bireyin;

- Çevresi ile uyumunu
- Etkileşimini
- Üretkenliğini
- Verimliliğini
- kendi içindeki denge durumlarını bozar.

Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. İnsandaki yaşam dengelerinin tümünü değiştirebilir (26).

Hastalık iki farklı anlam içermektedir (27).

- Tıbbi açıdan hastalık (disease): Tıbbi açıdan hastalık nesnel (objektif) anlamdadır. Bu anlamıyla hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder.
- Toplumsal- kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık (illness): Sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının, öznel (subjektif) deneyim içinde bireylerce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık v.b. duyma durumudur. Bu açıdan ele alınan hastalık durumu, bireyin tüm toplumsal yaşamından, organik bozukluğun neden olduğu biyolojik ve fiziksel sonuçlarından çeşitli biçimlerde etkilenir. Bireyin kendisi etkilendiği gibi çevresi de onunla birlikte etkilenir (24).

Doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu “illness”, doktorun saptadığı hastalık durumu “disease”, doktordan evine dönerken kişideki hastalık hali “sickness” olarak ifade edilmektedir (28).

Belirtildiği gibi toplumsal ve kültürel farklılıklar gösteren hastalık, ister subjektif ister objektif anlamda olsun bireysel düzeyde -mental, fiziksel, fizyolojik- ve toplumsal düzeyde uyumsuzluk veya dengesizliği ifade eder. Bireyin hasta olarak tanımlanma

sürecinde, bireyin, çevresindekilerin veya hem bireyin hem de çevresindekilerin birlikte değerlendiril-meleri önem taşır. Bireyin kendisini hasta olarak tanımlaması bazı özel deneyimlere dayanır. Oskay'ın makalesinde de ifade ettiği gibi, Helman bunları şöyle sıralamıştır (24):

- Vücudun fiziksel görünümünde meydana gelen değişiklikler; örneğin kilo kaybı, deri renginde değişimler, saç dökülmesi.
- Normal vücut fonksiyonlarındaki değişimler; örneğin idrara çıkma sıklığında değişim, düzensiz kalp atışları.
- Olağanüstü emisyonlar; örneğin idrarda kan görülmesi, ağızdan kan gelmesi.
- Eklemlerin fonksiyonlarındaki değişimler; örneğin felç olma, titreme, hareket kısıtlanması.
- Duyu organlarındaki değişimler; örneğin sağırılık, körlük, koku ve tat almama.
- Rahatsız edici fiziksel semptomlar; örneğin baş ağrısı, karın bölgesindeki ağrılar, ateş ve titreme.
- Olağanüstü emosyonel durumlar; örneğin kaygı, kuşku, depresyon, korkular, kabus.
- Diğer kişilerle olan ilişkilerde davranışsal bozukluklar; örneğin evlilikte ve iş yaşamındaki uyumsuzluklar.

Ancak bu semptomlardan birinin veya bir kaçının varlığı, bireyin kendisini hasta olarak nitelemesi için yeterli olmayabilir (24). Hastalık olgusu halkın değer yargılarıyla ilişkilidir.

Parsons'a göre hastalık, bir sosyal sistem içinde ferdin yerine getirmekle yükümlü olduğu rolleri oynama yeteneğini azaltan bir durumdur. Hasta kişi içinde bulunduğu sosyal grubun varlığına fonksiyonel biçimde katkıda bulunmamakta, grubun kaynaklarını gereksiz yere tüketmektedir. Bu nedenle hastalık sosyal olarak kontrol edilmek zorundadır. Aksi takdirde hastalık sosyal düzen ve sosyal denge, dolayısıyla sosyal sistem için tehdit oluşturabilir (29).

Hastalık, bireyin yaşamı açısından programlanmamış, irade dışı, istenmeyen bir durumdur. Hastalık durumunun niteliği, süresi, yoğunluk derecesi hastalık tiplerine göre farklılıklar gösterir. Hastalık, biyolojik ve psikolojik olarak öncelikle bireyi etkiler. Özellikle kronik hastalıkla birlikte kişi çalışamaz duruma gelebilir, zamanla içinde bulunduğu aile de bu hastalık durumundan etkilenmeye başlar.

Hastanın durumuna göre (ev, okul, fabrika vs.) kısa süreli ya da uzun süreli olarak değişimler planlamak gerekebilir. Görünürde tek bir kişiyi ilgilendirir gibi görünen hastalık, böylece zincirleme bir ileti ile topluma zarar vermektedir (29).

Toplumsal-kültürel farklılıklar içeren hastalık, ister subjektif ister objektif anlamda olsun, bireysel düzeyde (ruhsal ve fiziksel) ve toplumsal düzeyde uyumsuzluk veya dengesizliği ifade eder. Bireyin hasta olarak tanımlanma sürecinde bireyin ve çevresindekilerin birlikte değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır (30).

Daha önceki yaklaşım; klinisyenlerin tıbbi problemlerin direkt etkileri olan organ fizyolojisi üzerinde odaklaşarak sağlığın davranışsal boyutlarını ihmal etmeleridir. Nitekim mevcut klinik uygulamalara bakıldığında genellikle hastalığın sosyal modelinden çok tıbbi modeline önem verildiği görülmektedir. Ancak sağlığın, hastalığın ve yaşam kalitesinin tanımlanmasını insanların arzu ve endişeleri etkilediği için sağlıksızlıktan sağlıklılığa farklılaşan durumların insanların subjektif çıkarımlarıyla ilgili olduğu söylenebilir (30). Başka bir deyişle; hastalık her birey için farklıdır ve bireyin kendi kendini algılaması; vücut yapısındaki ve fonksiyonlarındaki değişikliklerin yanında, toplumsal rollerine, ilişkilerine, inanışlarına ve kültürüne göre değişiklikler gösterir (31). Sağlık ya da hastalık kültürlere göre değişebilen kavramlardır. Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisinde kültürle özgü uygulamalar yer almaktadır. Bu nedenle kültür, sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak da görülebilir (32).

### **2.3.3. Hastalık Davranışı**

Mechanic'e göre hastalık davranışı (illness behaviour), fiziksel belirtilere gösterilen bireysel cevabın değişiklik gösteren yönlerini; bireylerin iç durumlarını nasıl izlediklerini, tanımladıklarını, hastalık belirtilerini nasıl açıkladıklarını, ne şekilde davrandıklarını, çare niteliğinde başvurdukları yöntemleri ve formal ve informal bakımın değişik kaynaklarını ne şekilde kullandıklarını açıklayan bir kavramdır (33).

Hastalık davranışı bireyden bireye farklılık gösterir. Bazı hastalık belirtilerini, örneğin yorgunluk, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi kimileri normal yaşamın bir parçası olarak görüp önemsemezken, kimileri hemen doktora danışmakta, kimileri de bir doktora danışmaksızın kendi kendine çeşitli rahatlatıcı ve iyileştirici yöntemler kullanmaktadır. Hastalık bulgularını yorumlama, değerlendirme ve tıbbi yardım arama kararı bireylerin cinsiyeti, yaşı, mesleği, dini inanışı, içinde yer aldığı sosyal sınıfı, kültürel yapısı gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir.

Herlich insanların hastalıklara üç şekilde baktıklarını saptamıştır (34);

1. Yıkıcı olarak hastalık
2. Bir kurtarıcı olarak hastalık
3. Bir iş olarak hastalık

Hastalık, bireylerin toplum içindeki normal rollerini sürdürmeye bir engel olarak görülüyorsa ve sosyal gruplardan dışlanma ile sonuçlanıyorsa yıkıcı olarak algılanmaktadır. Hastalığı bu şekilde algılayan insanlar sosyal izolasyonu sınırlamak amacıyla sıklıkla hasta olduklarını kabullenmezler ve bu nedenle genellikle doktora danışmazlar.

İnsanlar sosyal yükümlülüklerinden muaf tutulduklarında hastalığı olumlu bir deneyim olarak algılamakta ve hastalığa kurtarıcı olarak bakmaktadır. Genellikle bu kişiler tıbbi yardımı hasta rolüne yasal girişi sağlamak için ararlar(35).

Hastalık bir iş olarak görüldüğünde ev işleri veya para ödenen işlerde olduğu gibi çalışma zorunluluğu olan bir şey olarak düşünülmektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bir birey, gününün önemli bir kısmını hastalığına ve tedavisine göre düzenlemeler yapmakla geçirir(35).

Epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla “klinik buzdağı” fenomeninden söz edilir. Bir hastalığa ilişkin olarak hastalık belirtilerinin farkına varıp, tıbbi yardım almanın gerekliliğine kanaat getiren ve tıbbi yardım alanlar buzdağının su üstündeki kısmını oluştururlar. Buzdağının su altında kalan kısmını ise hastalık belirtilerini önemsemeyenler ile belirtileri kendi kendilerine tedavi etmeye çalışan, bu doğrultuda geleneksel ya da popüler tıbbi kullanan kişiler oluşturur (35).

Pek çok kişi hastalığa ilişkin öznel belirtileri deneyimlemesine rağmen bunlardan çok azı tıbbi yardım aramaktadır. Hastalık davranışı kişiden kişiye değişiklik gösteren kompleks bir davranıştır (35).

#### **2.3.4. Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama**

Bireyler bazı öznel deneyimleri yaşayarak kendilerini rahatsız olarak tanımlayabilirler. Birey fiziksel görünümünde, beden işlevlerinde, duyularında vb. bir farklılık ya da bir rahatsızlık hissettiğinde içinde bulunduğu kültürün etkisiyle kazanmış olduğu sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere göre tepki verir. Her insanın kendini algılama biçimi ve sağlık-hastalıkla ilgili bilgileri farklı olduğundan bu tepkiler bireyden bireye büyük farklılıklar gösterir.

Rahatsızlığın ilk aşamasında birey öncelikle durumunu kendi kendine değerlendirir. Kendine “ne oldu”, “neden oldu”, “neden bana oldu”, “neden şimdi oldu”, “bu rahatsızlıkla ilgili bir şey yapmazsam bana neler olabilir”, “eğer hiç bir şey yapmazsam çevremde ne gibi etkileri olur”, “ne yapmalıyım”, “kimden, nasıl yardım almalıyım” gibi sorular sorar (36). Daha sonra çevresindeki kişilere danışır.

Tıbbi yardım almanın gerekliliğine kanaat getirirse bir uzmana başvurur. Bireyler hastalık bulgularını en azından bir kişiyle tartışmaksızın nadiren tıbbi yardım ararlar. Pek çok çalışma insanların çoğunun bir doktora gitmeden önce aile üyeleri ve arkadaşları ile konuştuğunu göstermektedir. İnfomal sevk sistemi (lay referral system) olarak adlandırılan hastalık hususundaki iletişim zincirinin hastalık davranışı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Sosyal ağların tıbbi yardım arama kararını vermede hem acele edilmesi hem de geciktirilmesi yönünde işlev gördüğü belirtilmektedir (35).

Bireyin kendini hasta olarak algılamasında ve yardım aramaya karar vermesinde hastalık tipinin ve gözlenen belirtilerin önemi vardır. Aniden başlayan ve şiddetli belirtiler gösteren hastalıklarda bireyler yardım almanın gerekliliğine daha çabuk kanaat getirirler. Genellikle şiddetli ağrı ya da yüksek ateş gibi göze çarpan belirtiler gözleendiğinde birey durumu ciddi olarak algılar ve tıbbi yardım aramaya yönelir. Yavaş ilerleyen, günlük yaşam akışını bozmayan, hafif belirtilerle seyreden kronik hastalıkların başlangıç aşamasında ise bireyler doktora başvuru yapmayabilmektedir.

Hastalık sürecinin bir göstergesi olarak tanımlanan hastalık belirtileri bulunmasına rağmen bireyler hekime başvuru yapmayabilirler. Zola, hastalık belirtileriyle baş etme yeteneğini hastalık davranışının önemli bir belirleyicisi olarak göstermiştir. O, insanların çok hasta olduklarında danışmaktan ziyade, hastalık belirtilerine uyum yetenekleri bozulduğunda daha sık danıştıklarını ileri sürmüştür (37).

Zola tıbbi bakıma karar verme sürecini etkileyen 5 “tetikleyici” saptamıştır (37):

1. Kişisel bir krizin varlığı (örneğin, aile içinde bir ölüm gibi)
2. Sosyal ve kişisel ilişkilerin engellendiğinin algılanması
3. Yaptırımın olması (çevresindeki kişilerin yardım alması gerektiği konusunda baskı yapması)
4. Mesleksi ya da fiziksel aktivitelerin engellendiğinin algılanması
5. Belirtiler için zaman tanıma (son bir zaman belirleme, örneğin, eğer pazartesi de aynı şekilde hissedersen ..... gibi).

Mechanic ve Volkart tıbbi yardım alma kararını etkileyen hastalığa ilişkin dört boyut saptamışlardır (38);

1. Bir toplumda hastalığın ne sıklıkla ortaya çıktığı
2. Hastalık bulgularının iyi bilinmesi
3. Hastalık sonuçlarının tahmin edilebilirliği
4. Hastalıktan kaynaklanması muhtemel kayıp ve tehdidin büyüklüğü

Bir toplumda bir hastalık sık görülüyor ve kötü sonuçlanıyorsa bireyin hastalık ve tedavisi hakkında daha fazla bilgiye sahip olması, kendini hastalık yönünden değerlendirmesi, hastalığa ilişkin belirtiler gözlediğinde tıbbi yardıma yönelmesi beklenebilir. Sık görülen hastalıklarda toplumun sağlık organizasyonu da konuya hassasiyet göstermektedir. Gerek sağlık çalışanları, gerek kitle-medya kampanyaları yoluyla kişiler hastalık ve korunma yolları hakkında bilinçlendirilmeye çalışılmaktadır. Yine de kişiler ne kadar bilgi sahibi olsalar da, sosyal ve ekonomik nedenlerle tıbbi yardıma başvurmayabilirler.

Bireylerin hekime başvurma sürecinde yalnızca hastalık varlığının değil aynı zamanda bireylerin hastalık belirtilerini nasıl yorumladıklarının anlaşılması önem taşır. Mechanic bireyin hastaneye gitme sürecini etkileyen 10 değişken belirlemiştir (39):

1. Belirti ve işaretlerin olağandışı algılanması ya da bu belirti ve işaretlerin görünebilir, tanınabilir olması
2. Belirtilerin ne ölçüde ciddi olarak algılandığı (yani kişinin şimdi ve gelecekteki olası tehlikeyi hesaplaması)
3. Belirtilerin aile, çalışma yaşamı ve diğer sosyal aktivitelerini ne ölçüde bozduğu
4. Belirti ve işaretlerin ortaya çıkış sıklığı ve ısrarcılığı
5. İşaret ve belirtileri değerlendiren kişinin dayanma gücü
6. Kişinin algıladığı belirtilere ilişkin ön bilgisi, kültürel tutum ve anlayışı
7. Hastalığı reddetmeye neden olan temel ihtiyaçlar
8. Hastalık tepkileriyle mücadele etmeye yönelik ihtiyaçlar
9. Hastalık tanımlandığında, belirtilere atfedilen olası yorumlarla mücadele etmeye hazır olma
10. Tedavi kaynaklarına ulaşabilme durumu, fiziksel yakınlık, yardım almanın psikolojik ve parasal giderleri (yalnızca fiziksel mesafe, para, zaman ve çaba harcama yönünden değil, aynı zamanda küçük düşürülme duygusu, sosyal mesafe konması ve damgalanma gibi giderlerinin olması)

Sonuç olarak, tıbbi tedaviye başvurma kararı sadece kişinin hastalık durumuyla bağıntılı değildir; bu karar kişinin inançları, algıları, beklentileri, geçmiş hastalık deneyimleri, aile ve arkadaş çevresinin görüşleri gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir.

## **2.4.SAĞLIK İLETİŞİMİ**

Sağlık iletişimi başlığı altında öncelikle tanım, ve bileşenleri gibi iletişimin önemli noktalarına değindik.

### **2.4.1. İletişim**

İletişim bilgi, fikir, emosyonlar, tecrübeler, semboller, kelimeler, hareketler, görünüm vb iletilmesidir. Dolayısı ile iletişim ulaştırılma olarak da düşünülebilir. Canlıların dünyasında iletişim olmaması imkansızdır. Herkes ve herşey iletişim halindedir. İletişim sadece insanlarla sınırlı bir eylem değildir. Dünyadaki tüm canlılar daha iyi bir mevcudiyet için iletişim halindedir ve iletişim evrensel bir fenomendir.

“Communication” (iletişim) kelimesi Latince genel anlamına gelen “communis” kelimesinden gelmektedir. Kelimenin ifade ettiği gibi iletişim sürecinin ana hedefi iletiyi veren ile alıcı arasında bağlantı kurmaktır. İletişim boyunca verici ve alıcı mental bir anlaşmaya girmektedir. Değişim, etkileşim, diyalog, tartışma, paylaşım iletişim denildiğinde aklımıza gelen bazı kavramlardır.

İletişim toplumsal yaşam ve ilişkilerin oluşturulması ve geliştirilmesinde önemlidir. İnsanlar için yemek ve sığınma kadar önemlidir. Hayvanlar iletişim için düşük seviye sembolleri kullanırken insanlar dil kullanımında eşsiz kapasiteye sahiptirler.

İnsan topluluğunun temeli iletişimdir ve farklı seviyelerde izlenir: kendi kendine, bireyler arasında, bireyler ile gruplar arasında, gruplar arasında, ülkeler arasında vb (40).

İletişim topluluğun gelişimi için temeldir. Kültürel, sosyal ve ekonomik özellikler deneyimlerin paylaşılması ile kazanılır. İletişim çevremiz ile etkileşime imkan tanır. Pozitif etkileşimlere, paylaşımına imkan tanır. Kitle iletişimin ana görevi insan toplulukları arasında etkileşimi sağlamaktır. Modern dünyada medyanın ek rolleri de vardır. Medya politik sistemlerimizi belirler, kamu düşüncelerini oluşturur, kamu taleplerini karşılar, sosyal yaşamımızı şekillendirir (40).

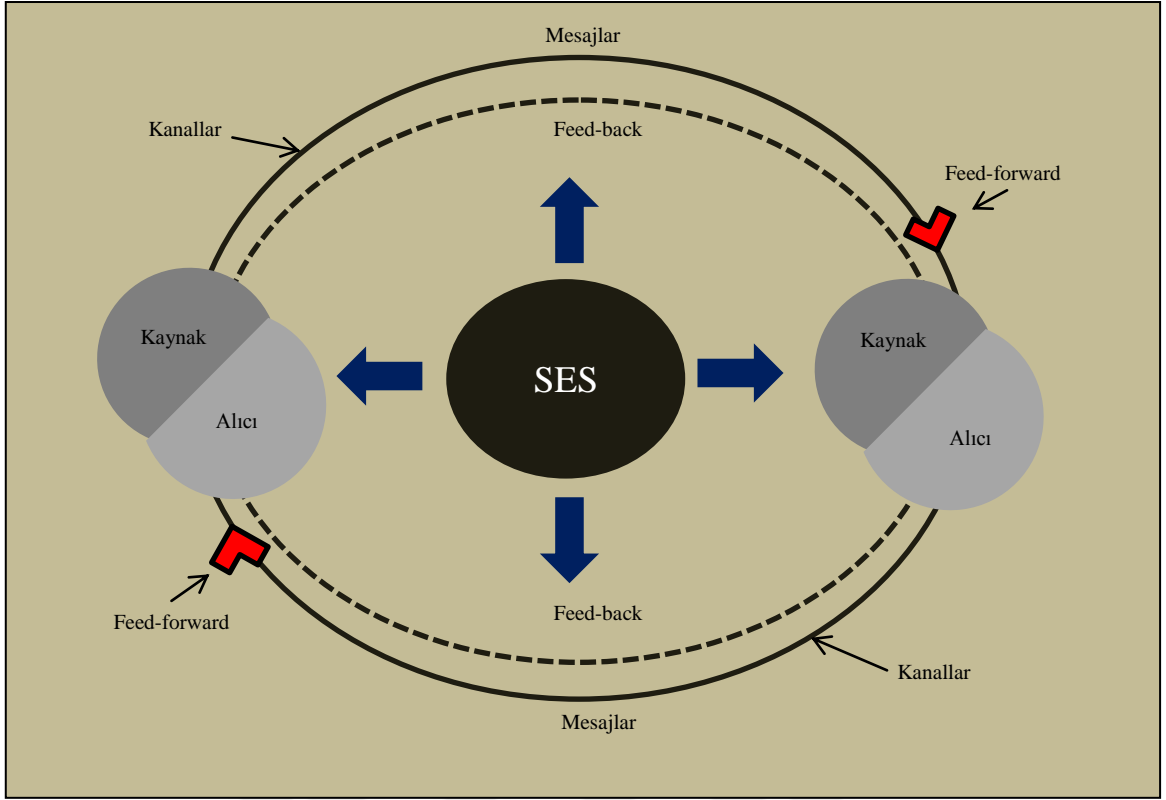


#### **2.4.1.a. İletişimin Fonksiyonları**

1. Eğitim (örneğin sınıf iletişimi)
2. Bilgi (örneğin haber medyası)
3. Kültürel gelişim (örneğin festivaller, kutlamalar)
4. Sosyal etkileşim (arkadaşlık, klüpler, kutlamalar gibi)
5. Entegrasyon (konferanslar gibi)
6. Uyarı (ilan, duyuru gibi)
7. Danışmanlık
8. Emosyonların ifadesi (gülme, ağlama gibi)
9. Eğlence (şarkı, drama gibi)
10. Fonksiyon kontrolü (yönetim, idare gibi)

#### **2.4.1.b. İletişiminin bileşenleri**

- Gönderen
- Mesaj
- Kanal
- Alıcı
- Ses
- Geribildirim
- Çevre
- Etki



**Şekil-3: İletişimin bileşenleri ve iletişim süreci (40)**

İletişim dinamik bir süreçtir, hiçbir bileşen statik değildir. Bileşenlerin bazıları veya tümü iletişimi olası kılar ve iletişimde tüm bileşenlerin bulunması şart değildir. İletişim elementleri birbirleriyle ilişkilidir.

#### **2.4.2. Kitle İletişim**

Kitle iletişimdeki “kitle” geniş, heterojenöz, çeşitli, anonim dinleyiciyi ifade etmektedir. Geniş terimi, dinleyicinin tam olarak sayılamayacağını ifade etmektedir. Relatif bir kavramdır ve tüm insanları kapsamaz. Heterojenöz terimi de tüm insan tiplerini tanımlamaktadır. Zengin, fakir, çiftçi, bürokrat, politikacı vb tüm insanları kapsamaktadır. Çeşitli terimi ise kitle iletişimimizin sadece tek bir coğrafi bölgeye kısıtlı olmadığını belirtmektedir. Örneğin bir gazete dünyanın çeşitli bölgelerinde okunabilir. Anonim terimi de asla alıcının özelliklerini bilemeyeceğimizi ifade etmektedir.

İletişimin kanalları haber, eğlence içeriği, görsel iletiler ve diğer kültürel ürünler üretir ve geniş bir kitleye ulaştırır. Kitle iletişim fiziksel doğasına göre üç major grupta sınıflandırılır (40):

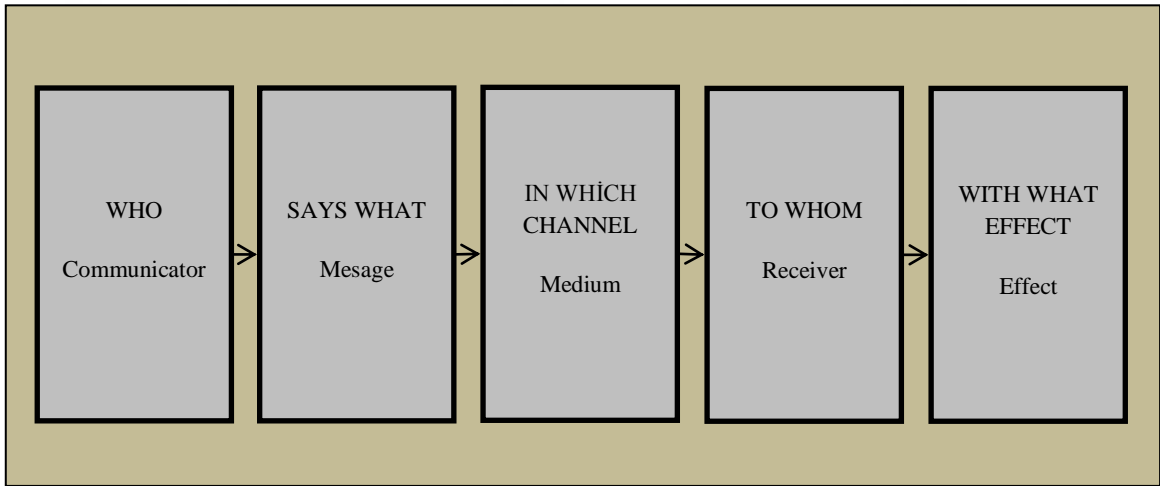
- Basılı medya (gazete, dergi, kitap vb)
- Elektronik medya (radyo, sinema, televizyon, video, ses kayıtları vb)

- Dijital medya (CD Rom, DVD'ler, internet vb)

#### 2.4.2.a. Kitle iletişim süreci

Geleneksel lineer konsepte göre kitle iletişim gönderici (otörler, raportörler, üreticiler, ajanslar vb) tarafından üretilen mesajların (kitap, haberler, makaleler, görseller, sesler vb) kitle iletişim kanalları (kitap, gazete, filmler, dergiler, radyo, televizyon, internet vb) ile geniş bir alıcı grubuna (okuyucular, gözleyiciler, halk, müşteriler vb) filtre edildikten sonra (editörler, üreticiler, medya yöneticileri vb) ulaştırılmasıdır.

Kitle iletişim günlük hayatımızı diğer kültürel olaylardan daha fazla etkilemektedir. Haber ve eğlencenin ana kaynağıdır. Kitle iletişim ihtiyaçlarımızı, isteklerimizi otörlere iletebilmenin yollarından biridir (40).



Şekil-4: Lineer kitle iletişim süreci (40)

#### 2.4.2.b. Kitle İletişim: Medya

Kitle iletişiminde medya basit olarak iki geniş gruba ayrılır: basılı medya ve elektronik medya. Basılı medya kitaplar, gazeteler, dergiler vb kapsar. Elektronik medya ise radyo, televizyon, internet gibi hedefe ulaşım için elektroniği kullanan araçları kapsar.

##### Basılı Medya

Tüm kitle iletişim araçları içerisinde en eski olanıdır. Antik çağlardan başlayarak tüm dünyada çoğalarak günümüze dek gelmiştir. Elektronik medya üzerinde doğallık avantajı vardır (41). Bir diğer önemli avantajı “tekrar gözden geçirebilirlik”tir. Basılı medya gözden geçirilebilir, taranabilir. Tek bir kelime, bir bölüm, resim hedef kitlenin boş vakitlerinde analiz edilebilir. Basılı medyanın major dezavantajı okuma-yazma bilmeme ve ekonomik problemlerdir.

### Elektronik Medya

Hedef kitleye mesajlarını elektriksel güç kullanarak ulaştıran tüm medya bu grupta yer alır. Büyük kitlelere, simultane şekilde ulaşılabilirliği mümkün kılarlar.

#### **2.4.3. Sağlık ve İletişim**

İletişimin belki de en gerekli olduğu ve üzerinde ciddi düzeyde etkide bulunabileceği alan şüphesiz sağlıktır. Bireylerin, içinde yaşadıkları topluluğun yapısına ve şartlarına göre, gündelik yaşamda sağlık olgusuna ilişkin anlam paylaşımı ve bildiklerini birbirlerine aktarmaları sağlık iletişiminin konularının başında gelmektedir (42). Sadece bireyler arası bilgi aktarımı değil, aynı zamanda kitle iletişim araçları üzerinden de iletilen mesajlar bireysel ve toplumsal sağlığın üzerinde ilk elden etkilidir. Bireyin aldığı iletiyi yorumlama yetisi, sağlık davranışının şekillenmesi üzerinde bir etkide bulunabileceği gibi, sağlık bakımının sunum kalitesi ve alınan sağlık hizmetinden elde edilecek doyum algısı üzerinde de etkili olmaktadır. Sağlık iletişimi uygulamalarının temel amacı bireyin sağlık davranışının istenilen yönde değiştirilmesi yoluyla bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesidir (43).

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

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

50 yaş ve üzerindeki ve kadın izleyiciler tarafından daha yoğun tüketildiği görülmektedir (43).

### **Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişimi Düzeyleri**

Sağlıkta ve hastalıkta iletişim insan deneyimlerinin en hayati boyutunu oluşturmaktadır. Hiçbir insani olgu hastalık ve sağlık kadar temel nitelikte değildir ve hiçbir olgu bizim iç dünyamızdaki isteklerimizi, arzularımızı bu denli etkilemez. İnsanın vücudu, zihni ve içinde yaşadığı toplum arasında kurulan ilişki bu dinamikleri harekete geçirici niteliktedir. Sağlık iletişimi de bu ilişkinin kurulmasında anahtar rol oynamaktadır (44-47). Sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi amacıyla bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan, etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır (44, 45). Healthy People 2010 sağlık iletişimini, “önemli sağlık sorunları hakkında, kamunun, bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi ve harekete geçirilmesi sanat ve tekniği” şeklinde tanımlamaktadır (45,46). Sağlık iletişimi, bugün hastalıkların önlenmesi, sağlığa ilişkin önemli bazı noktaların savunulması, sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve pazarlanması, sağlık hizmeti tüketicilerinin tedavi süreçleri, tedavi seçenekleri ve sağlık bakım kalitesi ile ilgili olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gibi çeşitli prensipleri sıklıkla kullanmaktadır. Aynı zamanda sağlık bilgisine erişimde bilgisayar temelli yeni teknolojilere erişimin yaygınlaştırılması, bu yeni teknolojilerin etkili kullanımı ve eşit erişim imkanının sağlanması gibi konular da sağlık iletişiminin kapsamı içerisinde yer almaktadır. Bir sağlık sorununa ve sorunun çözümüne ilişkin farkındalık yaratma ve bilgi sağlama, olumlu sağlık davranışı hakkında bireyleri güdüleme, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırma gibi bazı unsurlar sağlık iletişimin hedefleri olarak sayılabilir. Sağlık iletişimi, bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli rollere sahiptir. Bireysel ve toplumsal düzeyde farkındalık yaratarak hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi ve sağlığın korunması yoluyla sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan sağlık iletişimi çeşitli düzeylerde gerçekleşmektedir. Bu düzeyler:

*Hekim – Hasta İletişimi:* Hekim ile hastanın yüz yüze, aracısız ve karşılıklı etkileşimini içeren iletişim düzeyidir. Sağlık iletişimi alanında etkileşim çoğunlukla yüz yüze gerçekleşmekte, davranışsal değişim amacı taşımaktadır. Hastanın sağlık hizmetini alması sırasında hekim tarafından verilen direktifleri dinlemesi, hekimin hastaya rahatsızlığa ilişkin detayları açıklaması, tedavi sürecinin bu paylaşım sırasında

yönlendirilmesi ve iki taraf arasında bu yolla bir güven ağının oluşumu, sağlık iletişiminin bu boyutuyla ilişkilidir (45,46).

Grup İletişimi: Sağlık iletişimde öğrenme, tutum değişikliği, benimseme ve uygulama süreçleri çeşitli büyüklüklerdeki gruplarda oluşmaktadır. Özellikle ortak karar alma durumlarında grupsal özellikler ve grup iletişimi önemlidir (44). Gruplar, sağlık iletilerini kendi üyelerine aktarabilmekte, sağlığın geliştirilmesine yönelik çabalarla üyelerinin yaşam biçimini değiştirebilmektedirler. Bu gruplara örnek olarak belirli bir hastalığı olan bireylerin oluşturmuş oldukları LÖSEV, diyaliz ve diyabet hastalarının kurmuş oldukları dernekler verilebilir. Bu gruplar, kendi üyesi olan hastalara yardım ve dayanışma anlamında desteklerde bulunurlarken, verdikleri mesajlarla hem grup içinde bireysel, hem de toplumsal sağlık bilincinin oluşmasında etkin rol oynamaktadırlar (45,46).

Kitle İletişimi: Sağlık konusundaki iletişim, teknolojinin de hızlı devriminin bir sonucu olarak büyük oranda kitle iletişim araçları üzerinden yapılabilmeye başlamıştır. Sağlığa ilişkin bir sorunun kamuoyuna duyurulması, istenilen bir sağlık davranışının geniş kitlelere benimsetilmesi, kitle iletişim araçları üzerinden yürütülecek kampanya ile mümkündür. Bireyler arası sağlık iletişimi, kitle iletişim araçları üzerinden yürütülen kampanyalara göre bazı önemli avantajlara sahip olmasının yanında geniş kitlelerin hedeflendiği kampanyalarda olanakları çoğunlukla sınırlıdır. Özellikle televizyonun ve sonrasında internetin hızla yaygınlaşması, sağlık bilgisinin bu mecralardan elde edilmesini kolaylaştırmıştır. Bugün artık sağlık iletişimin en önemli boyutu kitle iletişim araçları üzerinden gerçekleşen sağlıksal etkileşimdir (45,46).

Milio (1986) kitle iletişim araçlarının, sağlık davranışını, bireysel ve toplumsal olmak üzere iki düzlemde etkilediğini belirtmiştir. Ona göre; bireysel düzlemde bu araçlar, sağlığa ilişkin tutum ve davranışların pozitif veya negatif yönde değişimini tetikleyebilmektedir. Toplumsal düzlemde de politika yapıcıların, sağlık sorunlarından haberdar olma seviyelerini ve hızını artırabilmekte ve kamusal sağlığın geliştirilmesine ve değiştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (47). Kitle iletişim araçları, tek başına sağlık davranışının değiştirilmesi üzerinde doğrudan etkili olmayabilir. Ancak, bu araçlar üzerinden yürütülen sağlık kampanyaları, bireylerin farkındalığının yaratılmasını ve sağlık sorunlarına ilişkin gündemin yapılandırılmasını sağlayabilecek nitelik taşımaktadır (48-50). Özellikle toplumsal bir sağlık riski hakkında tasarlanan sağlık kampanyasında hedeflenen sağlık davranışının ortaya çıkması üzerinde, kitle iletişim araçlarının oldukça etkili olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur.

## 2.5.SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI

Sağlık arama davranışı “sağlık problemleri olan bireylerin durumu düzeltmek için tedavi edici eylemleri üzerine alması” olarak tanımlanmaktadır. Daha belirleyici olarak sağlık arama davranışı hastanın başlangıcından sağlık profesoneli ile iletişim kurana dek çeşitli kaynaklardan bilgi toplama amaçlı gerçekleştirilen eylemleri betimler (51).

En geniş anlamda sağlığa kavuşma ve sürdürme amacı ile tüm davranışları içerir (primer korunma) (52,53). Ayrıca sağlık kaybına neden olan durumdan kurtulma (sekonder korunma) ve hastalık halinin progresyon ve etkilerini azaltmaya yönelik (tersiyer korunma) amacı ile gerçekleştirilen davranışları içerir (54,55)

Bireylerin sağlık durumlarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gösterdikleri davranışlardır. Örneğin diet, egzersiz gibi davranışlar sağlık durumunu etkileyen davranışlardır. Yaşam şekli ve onu etkileyen sosyo-ekonomik, eğitim ve kültürel faktörler sağlık davranışı ile yakından ilişkilidir. Bireylerin acil modern medikal bakımdan semptomların tam giderilmesine kadar izleyebileceği yollar hakkında bilgi verir. Küratif bakımda görülebilecek gecikmelerin tanımlanması veya kötü erişim gibi problemlerin tanımlanmasına ve dolayısıyla toplumsal sağlık politikalarının geliştirilmesine yardım eder.

Sağlık arama davranışlarına ilişkin çalışmalar zaman içerisinde değişime uğramıştır. Günümüzde insanların sosyo-kültürel, ekonomik ve demografik durumlarından ziyade, onların sağlık sistemine nasıl ulaştıklarını irdeleyen bir araç olarak görülmektedir. Tüm bu davranışlar çeşitli seviyelerde sınıflanabilir. Bunlar: Ailesel, toplumsal, sağlık sistemi ve durumudur (56).

Sağlık arama davranışı bireyin; sağlığını korumak, geliştirmek, sürdürmek ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve yaptığı davranışların bütünüdür (57).

“Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik hassas/duyarlı iseler, eyleme geçtikleri zaman kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünürler. Eyleme geçilmez ise, engel algısı oluşturan faktörlerin (muayene olma, taramaya katılma, diyeti düzenleme gibi) külfetinden (maliyet, zaman, vs) daha ağır sonuçlar doğabileceğine inanmaktadırlar. Daha somut bir örnekle açıklamak gerekirse, kanser olma hassasiyeti olan birisi, kanserin kötü sonuçlarına maruz kalmaktansa,

zamansızlık, parasızlık, doktora ve sağlık kurumuna ulaşamama gibi engelleri aşarak sağlık taramalarını yaptırmayı tercih edecektir (58).”

### **2.5.1. Sağlık Arama Davranışı Modelleri**

Çeşitli çalışmalar kişilerin medikal sistemler ile iletişime geçişlerinin sosyoekonomik, cinsiyet, yaş, hastalığın çeşidi, sisteme ulaşım ve sistemin kalitesi gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (59).

Etkili bir sağlık iletişimi programı için bireyin davranışlarının ve bu davranışların nasıl değiştiğinin bilinmesi zorunluluktur. Bu bağlamda sosyal psikolojiden uyarlanan bazı sağlık davranışı modellerinde kısaca söz etmek yerinde olacaktır (43).

Sağlık ve tedavi arama davranışları; sadece tıp alanında değil özellikle sosyal psikoloji, tıbbi sosyoloji ve tıbbi antropoloji alanlarındaki çalışmalar sonucunda ortaya çıkmış modellerdir. Kişilerin davranışları ve bu davranışların ardında yatan dinamikleri anlamaya çalışan çalışmalar sonucunda geliştirilen bu modeller, sağlıkla ilgili sorunlarda kişi davranışlarının modeller ile açıklanabilmesi amacıyla geliştirildi.

Tüm bu modeller sağlık arama davranışlarını açıklamaya veya tahmin etmeye yarayan değişken bileşenleri içeriyorlar. Bu modellerin en bilinenleri şunlardır (60) :

- Health Belief Model (HBM)
- Social Cognition Model (SCM)
- Self-efficacy model
- Locus of control theory
- Gerekeçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi
- Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (The Health Care Utilisation Model)

#### ***Sağlık İnanç Modeli (HBM):***

1950’li yıllarda, Amerika’da halk sağlığı araştırmacıları sağlık eğitiminin etkinliğini arttırıcı psikososyal bir model oluşturmayı planlamışlardır. Araştırmacılar yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik statü, etnik köken gibi demografik faktörlerin koruyucu sağlık davranışlarında etkili olduğunu; fakat sağlık hizmetlerinin sunumu ücretsiz yapılırsa bile, düşük sosyo-ekonomik statülü bireylerin hizmeti daha az kullandıklarını fark etmişlerdir. Bu bulgu koruyucu sağlık davranışı göstermenin başka faktörlerin etkisi altında olduğunu



ortaya çıkarmıştır (61). Bu durumun nedenini açıklamak için Rosenstock, 1966'da Sağlık İnanç Modelini ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir. Model sonraki yıllarda Becker ve meslektaşlarının çalışmalarıyla genişletilmiştir (62). İlk olarak 1950'li yıllarda geliştirilmiş olan bu model akut ve kronik hastalıklarda hastaların tedaviye verdikleri yanıt ve hastalıkların önlenmesi doğrultusunda şekillendirilmiş, sağlık davranışını açıklamaya ve tahmin etmeye çalışan bir yaklaşımdır (63,64). Sağlık İnanç Modeli, bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, daha önce yaşadığı bir sağlık durumuna ilişkin deneyimlerine istinaden sağlığını koruma yönünde hareket ettiği ve bu tehdide karşı koruyucu sağlık davranışı gösterdiği varsayımına dayanır. Kişiler, kendilerinin bir hastalığa yakalanacağına ve hastalığın bazı ciddi sonuçları olacağına, yapılacak bazı uygulamaların hastalığa duyarlılığı veya neden olacağı zararları azaltacağına, bu uygulamaya da eylemin faydasının maliyetinden fazla olacağına inanırlarsa, hastalıkları anlama ya da önleme çarelerini araştırmaktadırlar (65,66).

Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, medikal davranışlarını ve semptom yönetimini anlamak için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan modeldir (67).

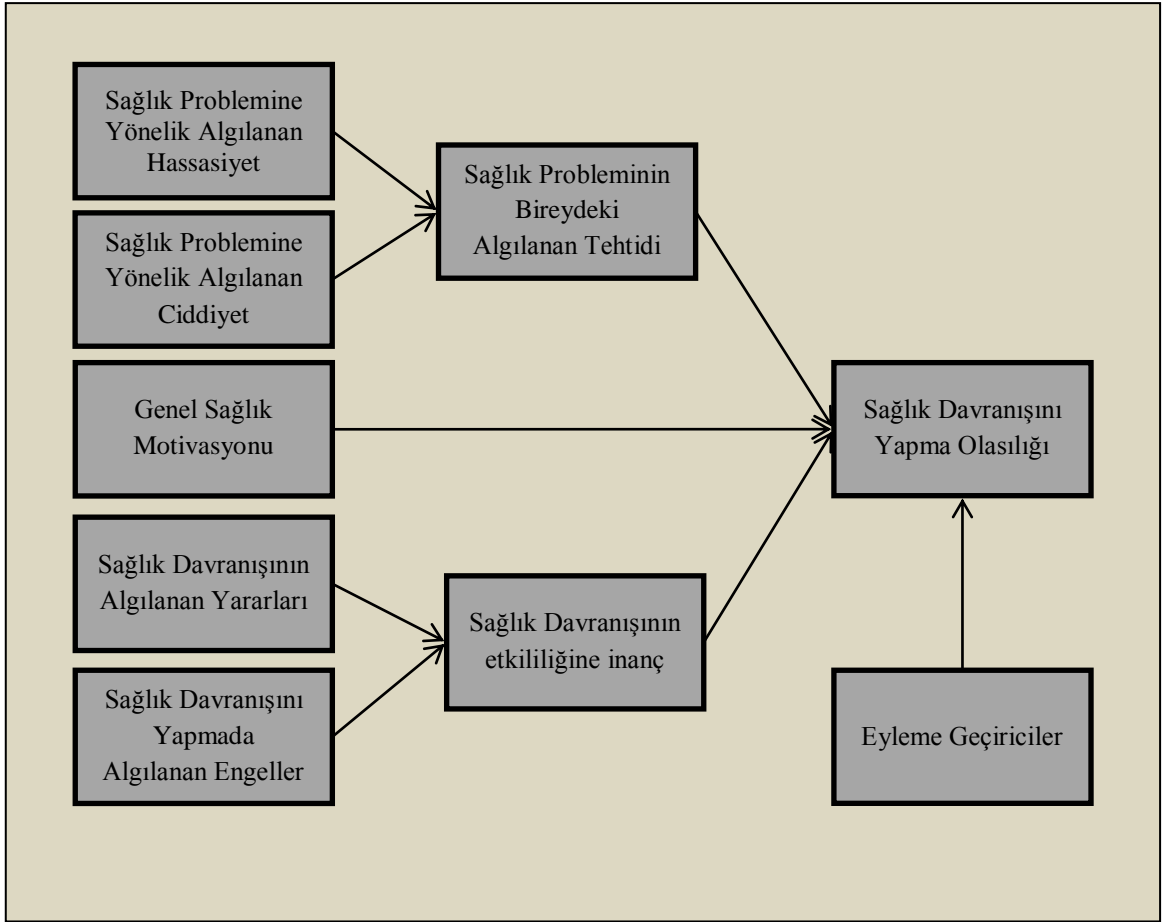
Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir (68).

Bireyin sağlıkla ilgili davranışları; sağlığına verdiği değer, hastalık ve hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarından etkilenir (69).

Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik hassas/duyarlı iseler, eyleme geçtikleri zaman kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünürler. Eyleme geçilmez ise, engel algısı oluşturan faktörlerin (muayene olama, taramaya katılma, diyeti düzenleme gibi) külfetinden (maliyet, zaman, vs) daha ağır sonuçlar doğabileceğine inanmaktadırlar. Daha somut bir örnekle açıklamak gerekirse, kanser olma hassasiyeti olan birisi, kanserin kötü sonuçlarına maruz kalmaktansa, zamansızlık, parasızlık, doktora ve sağlık kurumuna ulaşamama gibi engelleri aşarak sağlık taramalarını yaptırmayı tercih edecektir (70-71). SİM, bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanır (70).

Conner ve Brkshire'in (2005) bildirdiğine göre, SİM bileşenlerinin neler olması gerektiğine ilişkin yapılan 46 kalitatif çalışmada; ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in en temel bileşenleri olduğu saptanmıştır. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan eklenmiştir (70).

Son yıllarda yazılmış olan güncel bir kaynakta, SİM için sekiz bileşen bildirilmiştir (67). Bunlar; algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığıdır (Şekil-5).



Şekil-5: Sağlık İnanç Modeli(71)

### ***Sosyal Biliş Modeli/Teorisi (SCM), (Social Cognitive Theory):***

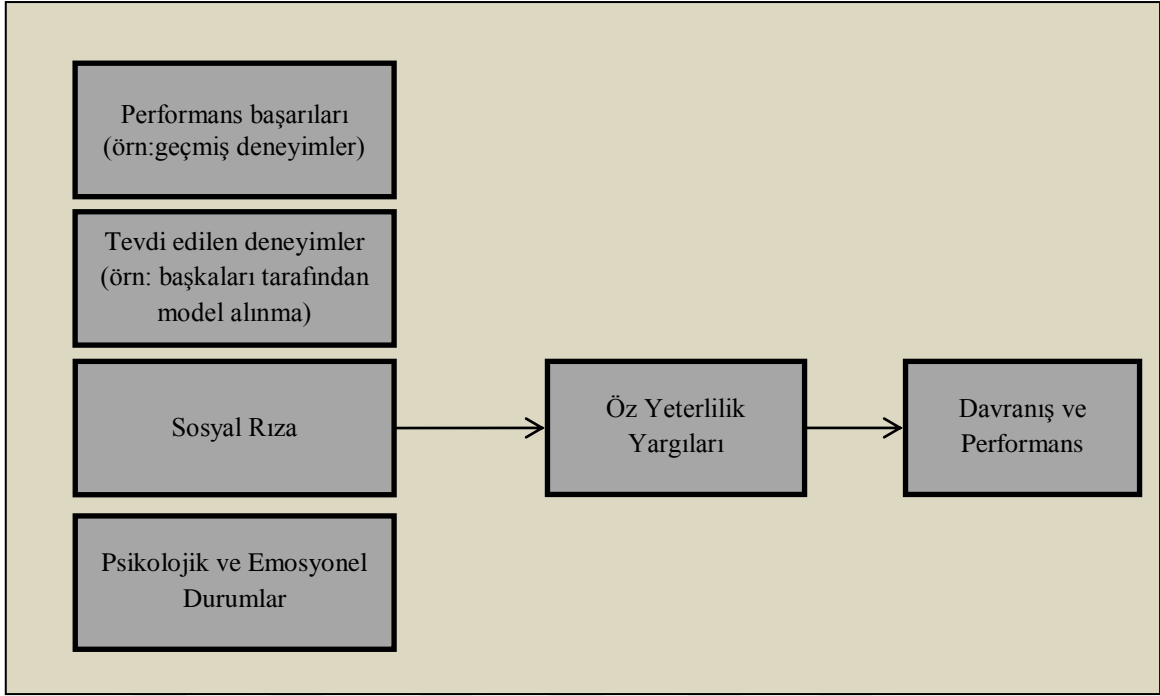
Sosyal Biliş Teorisi sağlık davranışının saptanmasında bireysel faktörlerin ötesine geçerek, çevresel ve sosyal faktörleri de göz önünde bulundurmaktadır. Davranış, çevresel ve sosyal faktörlerle bilişsel süreçlerin etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (71). Kurama göre insanlar, sadece tepkisel organizmalar değil aynı zamanda kendilerini, içinde yaşadıkları gruplarını, çevrelerini düzenleyebilen ve çevresini yansıtan, kendi iç

güçlerinden ve çevresel faktörlerden de etkilenen varlıklardır. İnsanlar, içinde yaşadıkları toplumsal sistemin hem üreticisi hem de ürünü konumundadırlar. İçerisinde yaşadıkları sisteme uyum sağlamak amacıyla kendilerini değiştirir ve geliştirirler. İnsanlar geniş bir sosyo-kültürel etkiler ağı içinde yaşamaktadırlar. Bireyin psiko-sosyal unsurlarının yanı sıra çevresel unsurlar ve bireyin yakın çevresi onun davranışlarının değişmesi ve gelişmesi üzerinde etkili olmaktadır (43).

İnsanların sosyal davranışları, sosyal ortam ve şartlar içerisinde davranışlarının ilke ve kurallarının değerlendirilmesi ve onların sosyal algı ve duruşları ile anlaşılır. Sosyal biliş sosyal etkileşimde rol oynayan bilgiyi işleme, kodlama, depolama ve hatırlama gibi bilişsel süreçlerdir. İnsanların kendilerini kuşatan fiziksel, sosyal çevrelerini ve çevreleriyle olan ilişkilerini, diğer insanlar ve kendileri hakkında nasıl izlenim oluşturduklarını, nasıl hissettiklerini ve düşündüklerini ve bu türden bir düşünce biçiminin yargıları ve davranışları nasıl etkilediğini incelemektedir. Toplumsal bağlamdan etkilenen ve toplumsal bağlamı etkileyen bilişsel süreç ve yapıları incelemektedir (72). Ancak sosyal biliş terimi diğer psikoloji alanlarında yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bu alanlarda sosyal biliş terimi çoğunlukla otizm (73) ve diğer bozukluklar (74) nedeniyle kesintiye uğrayan çeşitli sosyal becerilere karşılık gelmektedir. Bilişsel psikoloji alanında ise sosyal bilişin biyolojik temelleri araştırılmaktadır (75-77). Benzer şekilde Gelişim psikolojisi alanında da sosyal biliş becerileri gelişimsel perspektifle incelenmektedir (78).

### ***Self-efficacy control:***

1988 yılında Kendi kendine kontrol konsepti (kişilerin ihtiyaçlarına yönelik davranışlarının sonuçlar üzerine etkisi) Sağlık-doktrini Modeline eklenmiştir (Şekil-6).



**Şekil-6: Öz Yeterlilik Modeli (71)**

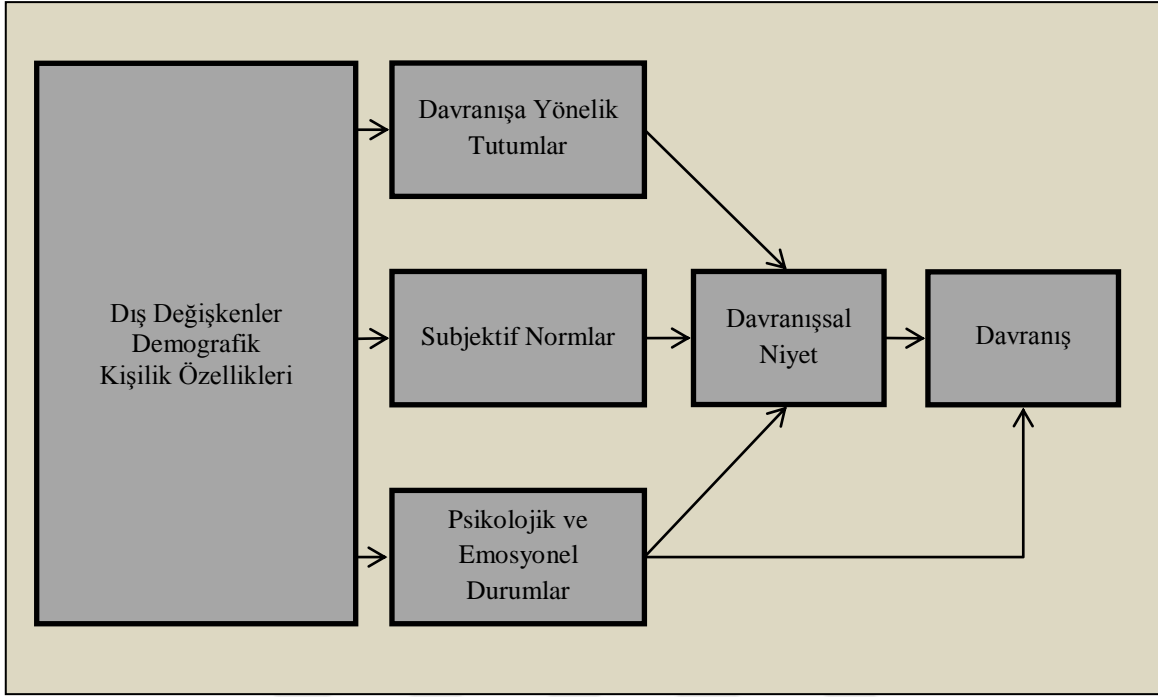
### ***Health locus of control theory***

Bireylerin onları etkileyen olayları kontrol edebilme inaçlarını yansıtır. 1954 yılında Julian B Rotter tarafından geliştirilmiştir.

### ***Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi***

Fishbein ve Ajzen tarafından davranışlar, niyetler ve tutumlar arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Modele göre; özel bir davranışı yapma olasılığının belirleyici unsurları, bireyin motivasyonel özellikleridir (79). Buna göre davranışın, ortaya çıkmasında iki varsayım söz konusudur: bunlardan ilki, davranışa yönelik var olan inançlar ve tutumlardır; her bir inanç, bir öz değerlendirme sonucunun güçlü veya hafif şekilde hissedilmesi ile bağlantılı olarak ortaya çıkar. Bireyler bir davranışı gösterme sürecinde birbiriyle bağlantısız pek çok inanişe sahip olabilirler. Davranış, inanışlar, tutumlar ve algıların bir toplamıdır. Davranış üzerinde etkili olan ikinci unsur, kişisel normlardır; kişisel normlar, bireylerin belirli bir davranışı göstermeleri durumunda diğerlerinin ne düşüneceği konusuna verdiği önemin öznel olarak algılanmasıdır (71). Planlanmış Davranış Kuramı, Nedenli Eylem Kuramının varsayımlarını kabul etmenin yanı sıra insanların mantıklarıyla hareket ettiklerini varsaymaktadır. Bireylerin mevcut bilgilerini ve onların gösterdikleri davranışlarında ortaya çıkan açık veya örtülü anlamları açıklamaya

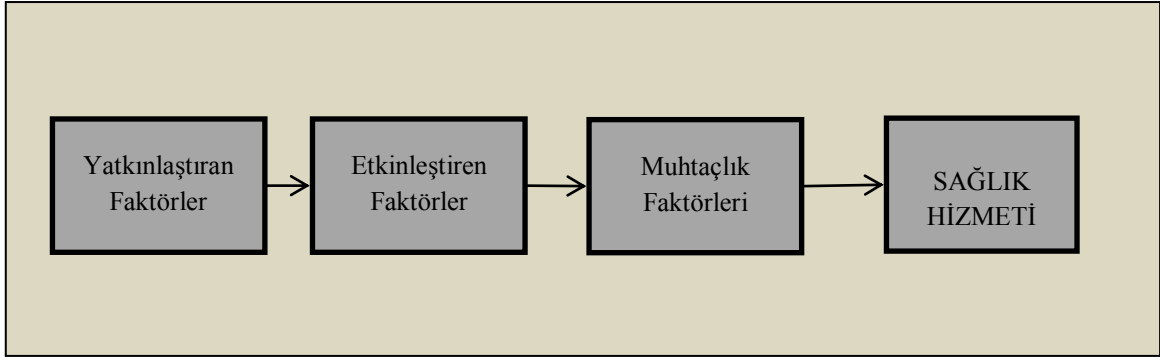
çalışmaktadır. Teoriye göre niyetler veya davranışlar, kişinin doğası, toplumsal etkinin bir yansıması ve kontrol mekanizmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (80) (Şekil-7).



**Şekil-7: Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour) (71)**

***Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (The Health Care Utilisation Model) :***

Sosyo-davranışsal ya da Andersen modeli sağlık davranışlarını etkileyebilecek mantık dizininde üç küme veya faktör kategorilerinden (yatkinlaştıran, etkinleştiren ve muhtaçlık faktörleri) oluşur (Şekil-8). Bu model özellikle biyomedikal sağlık hizmetlerinin kullanımını araştırmak için geliştirilmiştir. Bu modelde yatkinlaştıran faktörler (yaş, cinsiyet, din, küresel sağlık değerlendirmesi, hastalık ile önceki deneyimler, örgün eğitim, sağlık hizmetlerine yönelik genel tutumlar, hastalık hakkında bilgi vb) , etkinleştiren faktörler (hizmetlerin kullanılabilirliği, hizmet satın almak için mali kaynaklar, sağlık sigortası, sosyal ağ desteği vb.) ve muhtaçlık faktörleri (şiddet algısı , bildirilen hastalık için toplam hasta gün sayısı, yatakta geçirilen toplam gün sayısı ,okul ve işte kaçırılan gün sayısı , bakım için dışarıdan yardım vb.) gibi faktörlerin birbirini ardışık olarak etkilemesiyle sağlık servis kullanımının gerçekleştiğine işaret eder. Bu model özellikle tedavi seçimi ile ilgili olarak kullanılır. Ayrıca sağlık hizmeti kullanımında farklı faktörlerin ağırlığına kanıtlamak için kullanılmıştır (81).



**Şekil-8: Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (Heath Care Utilisation Model) (71)**

***Korunma Motivasyonu Teorisi (Protection Motivation Theory):***

Bireyde mevcut bir sağlık tehdidi hakkında korku oluşturmak suretiyle belirli bir davranışı göstermesi yönünde güdüleme anlayışına dayanan bu teori, sağlık riski ve bu riskin sonuçları hakkında tehditler kullanarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır (82,83). Televizyonlarda sıklıkla şahit olduğumuz sigara içen ve içmeyen kişilerin akciğerlerinin gösterilmesi korku yaratma çabasına örnek olarak verilebilir.

**2.5.2. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler**

Hastalık tipi ve şiddeti: Hastalığın tipine göre insanlar farklı tedavi yöntemleri arayışına girerler. Ek olarak hastalığın şiddetine göre de bu tedavi yöntemlerine olan arayış etkilenebilmektedir.

Bireylerin hastalıklarını hafif algılaması ve medikal tedavi ihtiyacı olmadığı algısı sağlık arama davranışını engellemektedir. Ek olarak ekonomik durum, gereksiz harcama, sağlık personelinin yetersiz olduğu algı ve düşünceleri de bu konuda major belirteçlerdir (84,85).

Erişilebilirlik ve İmkanlar: Bireyin yaşadığı bölgede bazı tedavi imkanları olmayabilir. Bu nedenle erişilebilirlik ve imkanlar sağlık arama davranışlarını sınırlayan etkenlerdir.

Sağlık arama davranışı ile ilgili çalışmalar üç kategoride toplanabilir:

1. Hastalıkların ve cevap sürecinin açıklayıcı (psikolojik) modeli
2. Sağlık arama evreleri veya yolları
3. Sağlık arama davranışının belirteçleri (sağlık servislerinin kullanımını etkileyen faktörler)

Psikolojik çalışmalar sürecin (sağlık arama davranışının) açıklanmasına odaklanır, sağlıkla ilişkili davranışların tahminini ve etkilerini inceler (83)

Ahmed ve ark. (2000) Bangladeş’ de yapmış oldukları çalışmada hasta olma durumunu ve hastalıklara yönelik tedavi seçeneklerini belirlemede yoksulluğun ve kadın olmanın önemli bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Sağlık arama davranışlarını etkileyen diğer faktörler arasında kişilerin sağlık kurumuna olan uzaklıkları, sosyoekonomik koşullar ve kültürel etkiler de sayılabilir (84).

Sağlıkla ilgili davranışların kişilerin demografik, sosyal, ekonomik, eğitim, etnik ve benzeri özellikleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik 1992 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıkları ortaya çıkmıştır. Türkiye’ de ortalama yıllık sağlık kurumuna başvuru hızı 2,44’ dür; sağlık güvencesi olmayan insanların yıllık sağlık kurumuna başvuru hızı 1,57’ ye düşerken, sağlık güvencesi olan insanların yıllık sağlık kurumuna başvuru hızı 3,34’ e yükselmektedir (85).

Sağlık kurumu/sağlık personeli dışı sağlık arama yollarının geçmişten bugüne kişilerin başvurdukları davranışlar olduğu bilinmektedir. Sağlık arama yolları toplumların gelişmişliğinden bağımsız olarak birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler nedeniyle kişiler ya kaybettikleri ya da korumak istedikleri sağlıkları için bilimsel tıbbi yaklaşımlardan alternatif tıbbı, mütetabib denilen halk tabiriyle sınıkçı, üfürükçüye kadar pek çok farklı yolu kullanmaktadır (85).

### **2.5.3. Hastalar ve Sağlık Personellerinin Perspektifinden İnternet Ortamında Sağlık Arama Davranışı**

#### ***2.5.3.a. İnternet erişimi ve kullanım paterni***

Ülke sağlık iletişiminde görevli olan kişiler sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve korunmasında en etkin stratejileri kullanmalıdır. Bu da mevcut olan en iyi kanıtların toplanması ve politikalara entegre edilmesi ile mümkündür.

Yeni dijital teknolojiler günlük hayatın önemli bir parçası olmaya başlamıştır. Aralık 2009 sonunda dünya çapında tahmini 1.8 milyar internet kullanıcısı mevcuttur(86). Bunların çoğunluğu Asya’da (%42.4), Avrupa’da (%23.6) ve Kuzey Amerikada’dır (%14.4). Bununla birlikte internet penetrasyon oranı (internet kullananan popülasyonun

yüzdesi) en yüksek Kuzey Amerika (%76.2), Avustralya (%60.8) ve Avrupada'dır (%53). Dünya genelinde internet penetrasyon ortalaması %26.6'dır. İnternet kullanımını 2000 yılından 2009 yılında dek %400 artış göstermiştir. Bu, hedef mesajların spesifik kullanıcılara yayılmasında internetin güçlü bir araç olduğunu göstermektedir (87). Tablo-4 Avrupa'da internet erişimini göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 2008 sonunda tamamlanan ve 18 üstü yaş grubu 2253 kişi üzerinde gerçekleştirilen araştırma sonucuna göre, erişkin nüfusun %74'ü internet kullanırken, ortalama %61'inin internet üzerinden sağlık ve medikal konularda araştırma yaptığı tespit edilmiştir. 2013 yılı itibarıyla yetişkin nüfus içinde internet kullanıcısı oranının %85 değerine ulaştığı belirlenmiştir. Söz konusu kullanıcıların internet kullanım amaçları arasında sağlık bilgisi arama oranının %72 olduğu tespit edilmiştir (88,89). Nitekim zaman içinde değişen bu oran, internet kullanıcılarının araştıracakları konuları belirlemede giderek bilinçlenmeye başladığı şeklinde yorumlanabilir.

Avrupa'da Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün yedi ülke ile düzenlediği çalışmasında bu oran %71 olarak tespit edilmiştir (90).

İngiltere'de, internetten sağlık bilgisi edinen 3209 birey ile yapılan bir araştırmada, sağlık ile ilgili bilgi aramak için internet kullanım sıklığı ile sosyo-ekonomik düzey arasında istatistik açıdan anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Buna göre, üst sosyo-ekonomik gruba ait bireylerin alt sosyo-ekonomik gruba ait bireylere göre daha fazla sağlık bilgisi aramakta olduğu belirlenmiştir (91).



**Tablo-3: Avrupa’da İnternet Erişimi (91)**

Ülke	İnternet Erişimi (%)	Geniş-band bağlantı (%)
Almanya	70	65
Avusturya	70	58
Belçika	67	63
Bulgaristan	30	26
Danimarka	83	76
Estonya	63	62
Finlandiya	78	74
Fransa	63	57
Hollanda	90	77
İngiltere	77	69
İrlanda	67	54
İspanya	54	51
İsveç	86	80
İtalya	53	39
Kıbrıs	53	47
Macaristan	55	51
Latvia	58	50
Litvanya	60	50
Luksemburg	87	71
Malta	64	63
Polonya	59	51
Portekiz	48	46
Romanya	38	24
Slovakya	62	42
Slovenya	64	56
Yunanistan	38	33

Kaynak: Eurostat (15)

### 2.5.3.b. Online Sağlık Bilgilerinde Kullanıcı Profili

Online ortamda sağlık bilgileri arama ile ilgili çalışmalarda kullanıcı profili hastalar, hasta yakınları ve genel popülasyon olarak belirlenmiştir (92). Literatür internette sağlık bilgileri aramaya ilişkin çalışmaların metotlarında her ne kadar az benzerlik olsa da bulgulardan genelleştirilebilecek bazı sonuçlar elde edilebilmektedir. Bu literatüre ilişkin bir diğer karakteristik özellik sağlık bilgisi arayan kullanıcıların spesifik hastalıklara ilişkin arama davranışlarında relatif olarak referans eksikliği göstermesidir. Literatürün ana odak noktaları kullanıcıların karakteristikleri, arama motivasyon özellikleri ve bilgilerin kullanılmasına ilişkin özellikleridir.

Sağlığa ilişkin bilgi arama, sebepler, arama tipleri ve deneyim seviyelerine göre farklılıklar göstermektedir (93). Kadınların erkeklere oranla daha fazla sağlık bilgisi arama davranışında bulduklarını göstermektedir (94-96).

Bu amaçla internet kullananların daha eğitimli oldukları, daha fazla ekonomik gelire sahip oldukları ve ev ve iş ortamında daha hızlı internet erişimine sahip oldukları görülmektedir (97,98). Sağlık bilgi arayışında bulunanlar interneti çeşitli şekillerde kullanmaktadırlar.

- WHO eHealth çalışması, kullanıcıların %29'nun doktora görünme ihtiyacı olup olmadığına karar vermek için interneti kullandığını ve bunların dörtte birinin doktor ile randevu arayışında bulunduğunu göstermektedir (99).
- Son Pew Internet Project çalışmasında yeni tanı almış hastaların %59'nun doktorlara sorular sormayı ve ikinci bir görüş almayı hedeflediklerini belirtmektedir (100).

Sağlık durumu internet kaynaklarının kullanımını üzerine etkilidir. Andreassen ve ark kronik hastalık tanısı veya özürülük durumlarının ve sağlık kuruluşlarına yüksek başvuru oranlarının sağlık tabanlı internet kullanım oranlarını arttırdığını belirtmişlerdir (96). Bu bulgu Ybarra ve Suman (Digital Future Year 4; 2010) tarafından desteklenmiştir (101).

- Bu çalışma internet ortamında sağlık bilgilerine ilişkin arayışın olasılıkla yaş-spesifik yaşam şekline ve yaşlanma ile ilişkili sağlık durumu ve hastalık risk değişimlerine bağlıdır (102).
- 2007 Pew çalışması da bu bulguları desteklemektedir.
- Amerika'da yaşayan HIV (+) 347 erkek ve 72 kadın ile gerçekleştirilen bir çalışmada vakaların dörtte üçünün internette buldukları sürenin en azından yarısında sağlık bilgileri arayışında buldukları gösterilmiştir (103).

Ybarra & Suman ek olarak sağlık kaynağı nedenli internet kullanımında en sık sebep adolesanlarda kişisel problemlerin araştırılması, erken erişkin ve orta yaşlılarda ise sevdiklerine ilişkin bilgi arayışı olduğunu göstermiştir. Bu bulgular aktif sağlık bilgi arayışında bulunanların yaş ortalamasının 30-44 olarak verildiği Andreassen ve ark çalışması ile desteklenmiştir (90).

Pew çalışmasına göre tüm online sağlık aramalarının yarısının kişilerin yanlarında birisi olarak gerçekleştirildiğini göstermiştir. Sağlıkla ilgili karar sürecinde önemli oranda kullanım bulan internet kaynaklı sağlık bilgileri, %74 oranında “doğrudan kullanıcı” olarak kişinin kendisi veya “dolaylı kullanıcı” olarak aile bireyleri için elde edilmeye çalışılmaktadır (104).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, kanser hastaları üzerine yapılan başka bir çalışmada, hastaların %87.2 oranında aile veya tanıdıkları vasıtasıyla internete yönlendirildiği belirlenmiştir. Bu sonuca göre, aile veya tanıdıkların öneri veya yönlendirmelerinin, hastalar tarafından olağan bir durum olarak algılandığı gözlenmiştir. Ayrıca kanser gibi ciddi hastalıklarda bilgi edinme sistematüğinde farklılaşmaların oluştuğu, tespit edilen bir diğer bulgudur. Nitekim %8,6 oranındaki bir kanser hastası grubunun, hastalıklarını öğrendikten sonra interneti, etkin ve doğru kullanabilmek amacıyla eğitim almaya başladıklarını belirtmeleri bu durumun bir sonucu olarak yorumlanabilir (105).

İnternette elde edilen sağlık bilgisine ilişkin alt analizlerde, internet üzerinden sağlık bilgisi edinenlerin %56'sının, bu kanalla sağlık bilgisi edinmenin kendi ya da bir diğer kişinin sağlığını kontrol etme ve yönetebilme üzerinde bilinç sağladığını, %49'unun ise, internet üzerinden elde edilen sağlık bilgisinin kendilerinin diyet yapabilme, stres yönetimi, egzersiz yapma gibi konularda düşünme tarzlarını değiştirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (100).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kanser araştırmaları sonuçlarına göre, kanser hastalarının %92'si, internet üzerinden elde edilen sağlık bilgilerinin karar süreçleri üzerinde kendilerini güçlendirdiğini ve doktorla konuşmada kendilerine anlamlı derecede yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (106).

Başka bir çalışmada ise, internette elde edilen bilginin sağlık danışmanlarıyla tartışılması durumunda, sağlıkla ilgili karar süreçlerinde çok daha etkin kullanabildiği saptanmıştır (107).

Literatür ek olarak online sağlık bilgi arayışında olanların daha güvenli hissettiklerini göstermektedir (90, 99, 102, 108).

İnternet üzerinden bilgiye erişim, özel ya da herhangi bir mekana gereksinim duyulmaması, zaman sınırı olmaksızın 24 saat erişim imkanı, evden ve hastanın kendini tanıtmadan siteme erişebilmesi, kendi hastalığına sahip diğer ve hatta akran hastalara ulaşabilme imkanının yüksekliği gibi üstünlüklere sahip olabilir (109). Nitekim, Wanless (2002), tarafından yapılan bir çalışmada; hastaların %63'ü, internette elde ettikleri bilginin gereksiz şekilde doktor ziyaretinde bulunmalarının önüne geçtiğini belirtmişlerdir (110). Ancak, bu durum kanser vb. ağır ve kronik hastalığı olan bireylerin bazıları üzerinde

olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Özellikle tedavi görmekte olan kanser hastalarının, internet üzerinden elde ettikleri doğruluk kontrolleri yapılmamış bilgileri kullanmalarının; tedaviyi yarıda bırakmalarına, farklı tedavi seçenekleri uygulamalarına ve hayati zararlar görmelerine neden olduğu saptanmıştır (111).

Diğer bir çalışmada ise, kanser hastaları internet üzerinden elde ettikleri bilgiyi; %31 oranında etkileyici, %27 oranında kafa karıştırıcı, % 76 oranında ise çelişkili bulmuşlardır (106).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, aile hekimliği hizmeti alan 18 ve üzeri yaş grubundaki 1289 hasta birey üzerinde yapılan araştırmada, katılımcıların %98,7'sinin internetten elde ettikleri sağlık bilgilerini anlaşılır, % 98,1'inin ise güvenilir bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, bilginin güvenilirlik düzeyi ölçütleri olarak; devlet ya da profesyonel kurumlar tarafından onanmış olmasının (%48), güvenilir yazar ya da kaynaklar tarafından yazılmış ve destekleniyor olmasının (%47) ve bilginin anlaşılabilirliğinin (%45) etkin unsurlar olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, elde edilen sağlık bilgisinin kontrol edilmesinde ilk sırada %54 ile doktora sorma ya da doktor ile irdelemenin geldiği, ikinci sırada %48 ile farklı sitelerdeki bilgilerle karşılaştırmanın ve üçüncü sırada ise % 40 ile kitap, dergi, TV ve benzeri internet dışı geleneksel bilgi kaynaklarından kontrol etmenin yer aldığı belirlenmiştir (104).

Türkiye'de ise son üç ay içinde kişisel amaçlarla internete giren bireyler arasında sağlıkla ilgili bilgi arayanların oranı 2011 yılında %54,1 iken 2013 yılında artarak %59,6 değerine yükselmiştir. Daha genel bir ifadeyle, 2013 yılında internete giren her 10 kişiden yaklaşık 6'sının sağlıkla ilgili bilgi almak için interneti kullandığı tahmin edilmiştir. 2013 yılı itibarıyla internet kullanıcılarının internete girme durumları Tablo 5'te gösterilmiştir. Tablo 5'te görüldüğü gibi sağlık ile ilgili bilgi arama amacıyla internete girme oranı, kır kesiminde %46,2, kent kesiminde ise %62,4'dir (2). Bu oranlar internetin, dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık konusunda bilgi paylaşımı, hasta bireylerin yanısıra sağlıklı bireylerin de bilgilendirilmesi ve eğitilmesi amacıyla kullanılabileceğini düşündürmektedir.

**Tablo-4: Türkiye’de 2013 yılı kişisel internet kullanma amaçları (2)**

<b>AMAÇLAR</b>	<b>Türkiye (%)</b>	<b>Kent (%)</b>	<b>Kırsal (%)</b>
Online haber, gazete, dergi okuma	75.6	76.4	71.8
Sosyal gruplara katılma	73,2	72.1	78.3
e-posta işlemleri	62.5	63.8	56.1
Mal ve hizmetler hakkında bilgi arama	59.9	62.7	46.3
<b><i>Sağlıkla ilgili bilgi arama</i></b>	<b>59.6</b>	<b>62.4</b>	<b>46.2</b>
İnternet üzerinden telefon görüşmesi / video görüşmesi	55.1	56.6	47.4
Eğitim ve kurslarla ilgili bilgi arama	45.9	47.7	37.5
Herhangi bir konu ile ilgili bilgi arama	32.6	33.8	26.2
Toplumsal / Siyasal konular ile ilgili görüş okuma / paylaşma	28.7	28.9	28
Seyahat / Konaklama ile ilgili hizmetleri kullanma	26.6	27.4	25.5
İnternet bankacılığı	24.8	26.8	15.4
Haber servis ya da ürünlerine abone olma	21.3	21.8	18.7
Yazılım indirme	19.1	20	14.7
İş arama / başvuru yapma	12.9	13.8	8.4
Toplumsal / siyasal bir konuda oylamaya katılma	12.8	13.6	9.1
Mal / hizmet satışı	9.3	10	6
Online eğitim alma	8.3	9	5.5
Profesyonel bir gruba katılma	4.2	4.7	1.7

*TUİK (2013), Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*

### **2.5.3.c. Online bilgi kaynakları**

İnternet tabanlı sağlık bilgileri çeşitli kaynaklardan alınabilmektedir:

- Organizasyonların web siteleri
- Bireysel hekimlerin kendi internet sayfaları
- Sağlık bilgilerinin paylaşıldığı online destek grupları
- Sağlık avukatları, sağlık çalışanları veya bireysel yardım amaçlayan kişilerin blogları (112).

Pew çalışması aramaların %66’sının aramalara “Google” veya “Yahoo” gibi arama motorları ile başladığını göstermiştir (108). İnternet üzerinden bilgi arama aşamaları incelendiğinde, bireylerin büyük çoğunluğu’nun (%82,5), arama motorları üzerinden anahtar kelime yazarak aramaya başladığı, %33,7’sinin genel olarak sağlıkla ilgili olan sitelerden arama yaptığı, %12.5 gibi düşük bir oranın ise özel sağlık sitelerine girerek bilgiye ulaştıkları tespit edilmiştir (104).

- %80 kullanıcı birçok sitede arama yapmaktadır (108). McMullan ve Gallagher'e göre aramaların büyük çoğunluğu spesifik medikal kondisyonlara ilişkindir (113, 114).
- Pew çalışmasına göre %49 kullanıcı spesifik hastalık veya medikal probleme ilişkin arayış içindedir (115).
- Diğer aramaya ilişkin sebepler arasında bir medikal tedavi veya prosedür (%41), ilaçlar (%33), alternatif tedaviler (%26) ve depresyon, stress veya mental sağlık sebepleri (%21) yer almaktadır (%21) (115).

Andreassen ve ark Avrupa ülkelerinde düzenledikleri çalışmalarında kullanıcıların %27'sinin online forumlara veya bireysel yardım gruplarına katıldıklarını ve %30'nın sağlık profesyonelleri ile iletişime geçtiklerini göstermiştir (90). Pew çalışmasında e-hastaların çoğunluğunun spesifik bir sağlık veya medikal durum hakkında yorum/blog/haber grubu okuduklarını göstermiştir (115). Lustria'ya göre interaktivite online içeriği anlamayı önemli oranda arttırmaktadır (116). Sağlık kaynağı amaçlı internet kullanımı sitelerin güvenilirliğini önemli bir konu haline getirmektedir. Sillence ve ark 'a göre sağlık ile ilgili web sitelerine güven belirteçleri olarak (117);

- Sitenin kullanım kolaylığı
- Bilinen bir kaynaktan siteye ilişkin öneri
- Bir uzman tarafından siteye ilişkin öneri
- Bağımsız ve tarafsız öneriler ve önerinin sebebi

Bununla birlikte ABD'de ilişkin veriler 85 milyon Amerikalı'nın online sağlık önerilerini kalite indikatörlerini dikkate almaksızın edindiklerini göstermektedir (108).

US Institute of Medicine'in "Health Literacy: A Prescription to End Confusion, Norman & Skinner" isimli çalışması sınırlı eğitime sahip olma hastalık yönetiminde daha az bilgi, daha zayıf sağlık durumu ve koruyucu servislerin daha az kullanımı ile ilişkilidir (118). Palsdottir bilgi edinmede online bilgi arayışında deneyim eksikliği ve ne zaman desteğe ihtiyacı olduklarını idrak etme eksikliğini internet kullanım etkinliğini etkilediğini belirtmiştir (119).

#### ***2.5.3.d. Sağlık profesyonellerinin internet kullanımı***

Çalışmalar sağlık çalışanlarının da internet kaynaklarında sağlık ve medikal bilgi arayışlarının arttığını göstermektedir (120-125). Bir yayında "klinik pratiği internet dışında hiçbir şeyin esasen değiştirmedeği" belirtilmiştir (125).

Bununla birlikte elde edilebilir bilgi yoğunluğunun anlamı “sağlık profesyonelleri çalışma takvimlerinde güvenle kullanabileceklerinden daha fazla elde edilebilir bilginin olduğunu keşfetmektedirler” (126). En zor iş bilgi yığını içerisinde gerekli olanın alınmasıdır (127). Literatür ayrıca aramalar sırasında en kullanışlı, en doğru kaynakların tanımlanması ve filtre edilmesine ilişkin zorlukları göstermektedir (125-127).

Sağlık profesyonellerinin sağlık bilgi arayışlarına ilişkin davranışlarını değerlendiren karşılaştırmalı çalışma sayısı az olmasına karşın hemşireler ve pratisyenler gibi profesyonelleri içeren küçük çalışmalar mevcuttur (122). Sağlık profesyonellerinin internet kullanım motivasyonları, aramanın nasıl yapıldığı, kullanıma ilişkin engellerin değerlendirilmesi, kaynağın güvenilirliğinin değerlendirilmesi ve bilginin kullanımının değerlendirilmesine ilişkin genel engeller görülmektedir.

1994-2004 arasında yer alan 38 çalışmaya ilişkin sistematik bir derlemede doktorların internet kullanımlarının kendi ülke ortalamalarından yüksek olduğunu ve kullanımların email, online dergiler, konferans ve aktiviteler, gelişmeler ve profesyonel-yönetimsel fonksiyonlarına odaklandığını göstermiştir (128).

Doktor ve hemşirelerin internet tabanlı bilgi aramalarına ilişkin başka bir derlemede 1995-2005 yılları arasında 23 çalışma değerlendirilmiş, doktorların internet bilgisine klinik bakım, profesyonel gelişim ve hasta bilgisi açısından ihtiyaç duyduğunu göstermiştir (122). Davies’in derlemesine göre ilk üç bilgi gereksinimi tedavi, tanı ve ilaç terapi ve bilgisidir (32). Schiavo ABD’deki doktorların her gece en az 50 dk hastalık, ilaç bilgileri ve daha düşük dereceli olanlar arasında devamlı medikal eğitim bilgileri üzerinde vakit harcadıklarını belirtmiştir (129).

Prendiville İrlanda’da pediatristler ile gerçekleştirdiği çalışmasında web-tabanlı pediatrik kaynakların kullanımının (kanıt-tabanlı klinik pratik, literatür taramaları, medikal resimler, hastalar ve aileler için reçete bilgileri) günden güne artış gösterdiğini belirtmişlerdir (121).

Doktorlar efektif olarak bilgilerini tazelemek ve geliştirmek zorundadırlar. Ancak çalışmalar herhangi bir meslekte olduğu gibi bilgi ihtiyaçlarının popülasyonlar arasında varyasyon gösterdiğini ve homojen olmadığını göstermektedir (127).

De Leo ve ark 381 doktorun çoğunluğunun (%92) web aramadan kaçındıklarını, WebMD, Pubmed, Medline gibi hedef siteleri tercih ettiklerini göstermiştir (124).

Araştırmacılar doktorların primer medikal bilgi veri kaynağı olarak düzenlenmiş/sekonder kaynakları kullandıklarını, dörtte birinin medikal dergi yayınlarına erişim sağlayan veritabanlarını kullandıklarını, az bir kısmının belirli spesifik siteleri kullandıklarını ve küçük bir oranının medikal web site portallarını kullandıklarını göstermiştir.

Kitchin ve Applegate (2007) Google'ı araştırmışlar ve ilk başvuru yardımı kaynağı olarak kullanımda daha genç sağlık profesyonellerinin artış gösterdiğini belirtmişlerdir (130). Prendiville'in çalışmasında pediatristlerin %88'in web-tabanlı kaynakların medikal pratikte temel olduğunu göstermişlerdir (121). %57'si ana kaynağı Pubmed olarak göstermiştir (121).

Bir çalışmada 26 medikal durum araştırılmış, Google aramaları 15 vakada doğru tanıyı göstermiştir. Bundan dolayı belirgin ve o hastalığa özgü semptom ve belirtileri arama terimi olarak kullanılabilir olan bazı hastalıklarda ve arayan kişinin bilgi temeline göre Google aramalarının daha efektif olacağı belirtilmiştir.

Doktorların bilgi kaynağı olarak internet tercihleri doktorun uzmanlığına ve konu spesifitesine göre değişmektedir (129).

İnternetin sağlık profesyonelleri tarafından bilgi edinme kaynağı olarak kullanımına ilgi ve kullanım artışına karşın halen bazı engeller mevcuttur:

- Teknoloji eksikleri, zaman kısıtlılığı, uygun bilgi eksikliği, site çeşitliliği, arama yetenek eksikliği ve sitenin etkinite ve güvenilirliğinin değerlendirilmesine ilişkin eksiklikler (121, 122, 129, 128).
- Davies derlemesinde çalışmaların üçte ikisinde doktorların zaman yetersizliği ve yarısında arama deneyim eksikliği belirtilmiştir (127).
- Hemşirelerin arama deneyimlerine ilişkin kullanılan arama terimlerinin miktar ve çeşitlilik azlığı, ziyaret edilen site çeşitliliğindeki azlık göze çarpmaktadır (131).
- Sağlık kaynaklarının güvenilirliği ve güncellenmesinin belirlenmesine ilişkin güçlükler (126).



İnternetin varlığı ve daha iyi bilgilenmiş insanların artışı hasta-hekim ilişkisi üzerine etkileri olan bir durumdur (114,121,128,132,133). İnternette sağlık bilgilerine erişim doktor ve hasta rollerini etkiler ve hastanın pasif alıcıdan aktif arayıcı konumuna gelmesini sağlar.

Daha fazla hasta sağlık bilgilerini edineceği doktorlar hakkındaki bilgiyi internette edinmektedir. Podichetty çalışmasında yer alan doktorların %85'ten fazlası, hastalarının internette yazılı dokümanlar ile başvurduklarını belirtmiştir (123).

#### **2.5.4. Basılı Yayın Organlarında Sağlık İle İlgili Haber İçerikleri**

Basın ve yayın organlarında yer alan sağlık haberleri ile toplumun hemen hemen bütün kesimlerine ulaşılmaktadır. Hangi sosyal, ekonomik ya da meslek grubunda olursa olsun tıp ile doğrudan ilgili meslekler dışında neredeyse tüm insanlar sağlıkla ilgili haberleri dikkatle okumakta ve edindikleri bilgilerden ciddi anlamda etkilenmektedirler. Bu haberler çoğu zaman kendilerinin ve ailelerinin sağlığı ve sağlık sorunları ile doğrudan veya dolaylı olarak ilgili olmaktadır. Basında yer alan bu haberler kişilerin sağlıklı yaşam ya da sağlık sorunları ile mücadelede izleyecekleri yolları bilinçli ya da bilinçaltı şekilde etkilemektedir. Bu nedenle sağlık ile ilgili haberlerde halkı doğru bilgilendirmek çok önemlidir.

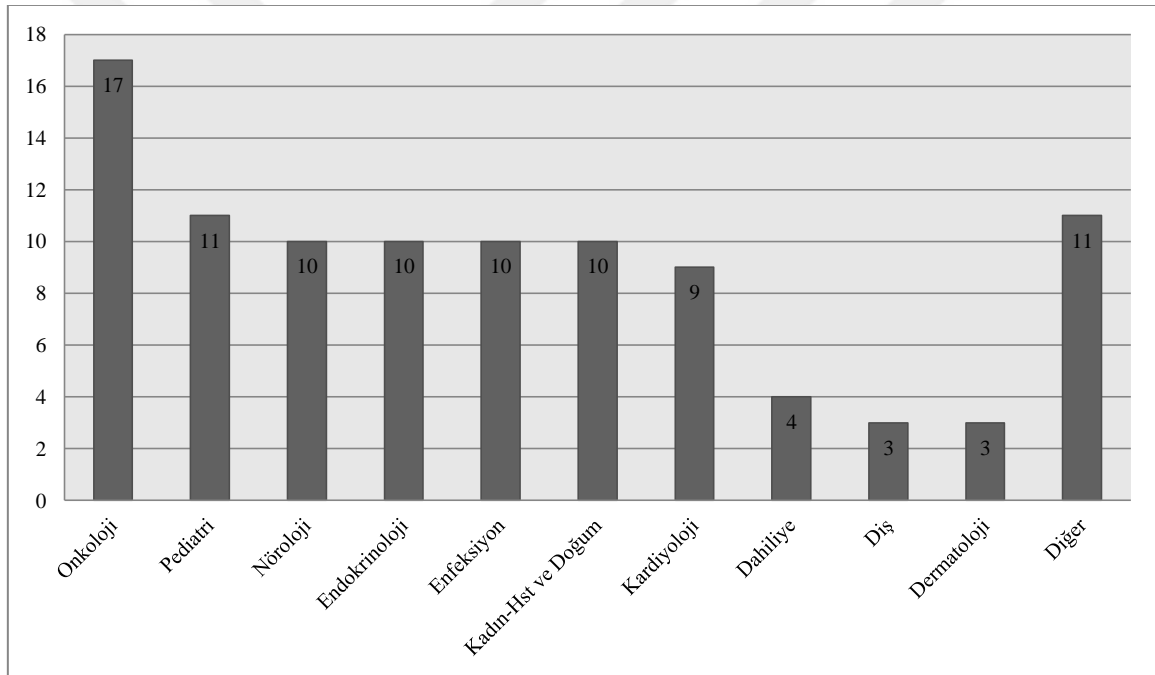
Basın ve yayın organlarında çıkan haberler toplumun sağlık alanında ve yeni tedaviler hakkında bilgi edinmesinde önemli kaynaklardan biridir. Bilimsel süreli yayınlarda, otoriteler tarafından yapılan bilinçli ve doğru bilgilendirmeler yanında halkı sağlık ile ilgili davranışlarda çok yanlış yönlendirebilecek basılı ve sözel yayınlara da sıklıkla rastlanmaktadır(132).

Bu durum dünyanın farklı ülkelerinde zaman zaman gündeme getirilmiştir. Buna rağmen kesin, yaygın, uygulanabilir bir kontrol sistemi oluşturulamadığı görülmektedir. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalar, yayın organlarında çıkan haberler ile ilgili sorunların, doğru olmayan, eksik ya da yanlış bilgi içerebildiklerini, alıntı yapılan kaynaklardaki bilgiyi tam olarak içermediklerini, tedavi riskleri veya yan etkileri abarttıklarını ve sansasyonel haber yapma niteliği taşıdıklarını göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 28-30 Mayıs 1998'de Moskova'da düzenlediği "Sağlık İçin İletişim" konulu toplantıda bu konular görüşülmüş ve sonuç bildirisinde sağlık

muhabirleri için haber yaparken dikkat etmeleri gereken prensipler 9 madde halinde özetlenmiş ve duyurulmuştur. Bu maddelerin içeriğine aşağıda yer verilmiştir.

1. Önce zarar verme,
2. Araştır, doğruyu bul,
3. Umut verme (özellikle mucizevi tedaviden bahsetme),
4. Kendine “bu haberden kim yararlanır” sorusunu sor,
5. Haber kaynağının gizliliği ilkesini unutma,
6. Vereceğiniz haberler hasta, sakat ve çocuklara aitse bir kez daha düşün,
7. Özel hayatı ve acıları haber yapma,
8. Acıyı duygu sömürüsü için asla kullanma,
9. Kararsız kalırsan haberden vazgeç.

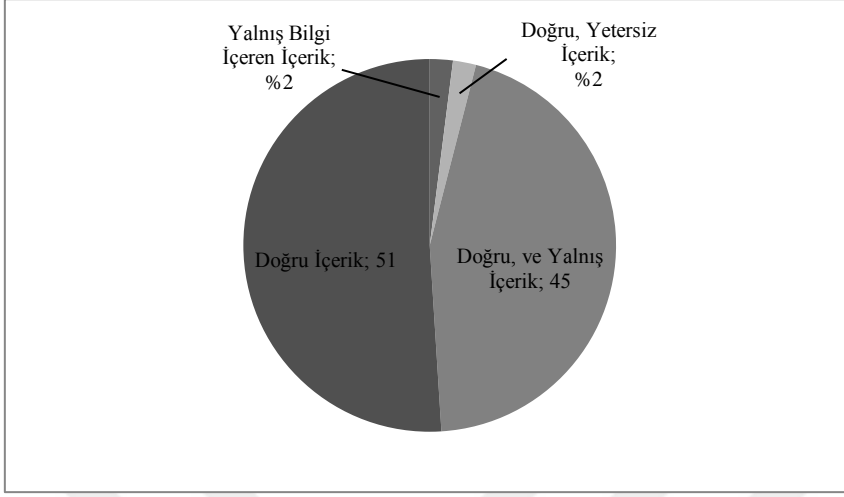


**Şekil-9: Basılı Yayınlarda İncelenen haberlerin ana bilim dallarına göre dağılımı (132)**

Yayımlanan haberlerin içeriğe göre dağılımı şekil-9, doğruluklarının incelenmesi Şekil-10’da gösterilmiştir. Buna göre haberlerin %51’i doğru bilgiler içerirken, geriye kalan %49’luk bölümü kısmen doğru veya yanlış bilgiler içermektedir.

Yayımlanan haberler arasında kaynak belirtilen haber oranı %33 (27/109), içeriğinde hekim veya araştırmacı adı geçen haber oranı %74 (81/109) olarak hesaplanmıştır.

İncelenen haberlerde kaynak ve hekim/araştırmacı adı geçmeyen haberlerin oranı %17'dir (19/109) (132).



**Şekil-10: Basılı Yayında Haber İçeriğine Göre Doğruluk (132)**

Haber içerisinde hekim adı geçen haberlerin %58'inde içerik tıbbi açıdan doğru iken, hekim adı geçmeyen haberlerin sadece %32'sinde içerik tıbbi açıdan doğru olarak tespit edilmiştir. Haber içerisinde hekim adı geçen haberlerin doğruluk oranı hekim adı geçmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede ( $p=0,018$ ) yüksek olarak bulunmuştur(132).

Haber içerisinde kaynak belirtilen haberlerin %59'unda içerik tıbbi açıdan doğru iken, kaynak belirtilmeyen haberlerin %49'unda içerik tıbbi açıdan doğru bilgileri içerdiği saptanmıştır. Haber içerisinde kaynak belirtilmesine göre içeriğin doğruluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p=0,345$ ) (132).

İçeriği doğru olan haberlerin %61'i başlığı ile tam uyumlu iken, içeriği yanlış veya kısmen doğru olan haberlerin %66'sı başlığı ile tam olarak uyumlu bulunmuştu. İçeriğin doğruluğu ile haber başlığının uyumu arasında istatistiksel fark saptanamamıştır ( $p=0,708$ ) (132).

### **3. GEREÇ-YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Amacı ve Tasarımı**

Araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesine başvuran hastaların sağlık arama davranışları üzerinde medyanın rolünün ve etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı-kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2.Araştırmanın yeri ve zamanı**

Araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Nisan – Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3.Katılımcılar**

Herhangi bir sağlık sorunu ile Nisan – Mayıs 2016 tarihleri arasında hastanemize başvuran 18 yaş üstü hastalardan dahil edilme kriterlerine uyanlar ve çalışmaya dahil olmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Bu süre içerisinde 192 hastaya ulaşılabilmektedir.

#### **3.4.Araştırma Kriterleri**

##### Dahil edilme kriterleri

- Onam alınması
- >18 yaş
- Türkçe konuşma, anlama ve yazma yeterliliği olan
- Anlama yeteneğine ilişkin herhangi bir nöropsikiyatrik bozukluğu bulunmayan

##### Çıkarılma kriterleri

- Anketlerin doldurulması sırasında veri toplamayı etkileyecek yetersiz cevap alınması

#### **3.5.Verilerin toplanması**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisi gözden geçirilerek hazırlanmış olan anket formu kullanılmıştır. Anket sosyo-demografik özelliklere ilişkin başlangıç kısmının ardından sağlık-hastalık kavramı ve vakaların bu kavramlar çerçevesindeki davranışlarına ilişkin sorular ve son olarak vakaların sağlık arama davranışlarında kitle iletişim araçlarının rolü ve güvenilirliğini

belirlemeyi amaçlayan sorular içermektedir. Anketteki toplam soru sayısı 72 olup örneği ekte verilmiştir.

### **3.6.Araştırma Aşamaları ve Uygulanması**

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 21.03.2016 tarih ve 13 sayılı karar numarası ile çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair onay alınmıştır.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne çeşitli sağlık sorunları ile başvuran hastalar, hastanenin bekleme salonlarında karşılanmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılım için onamları sorulmuştur. Onam veren hastalara araştırma anketi soru-cevap şeklinde doldurulmuştur. Anket doldurma işlemi Nisan – Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş, doldurulan anketler bilgisayar ortamına kaydedilmiştir.

### **3.7.İstatistiksel İşlemler**

Analizde verilerin ortalama, frekans ve standart sapma değeri belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. İki grup karşılaştırmada normal dağılım gösterdiği belirlenen parametreler arasında Student t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler arasında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Gruplar arasındaki farkın karşılaştırmasında Ki-kare, Fischer-exact test kullanıldı. Verilerin korelasyon analizinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel olarak  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizde SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanıldı.

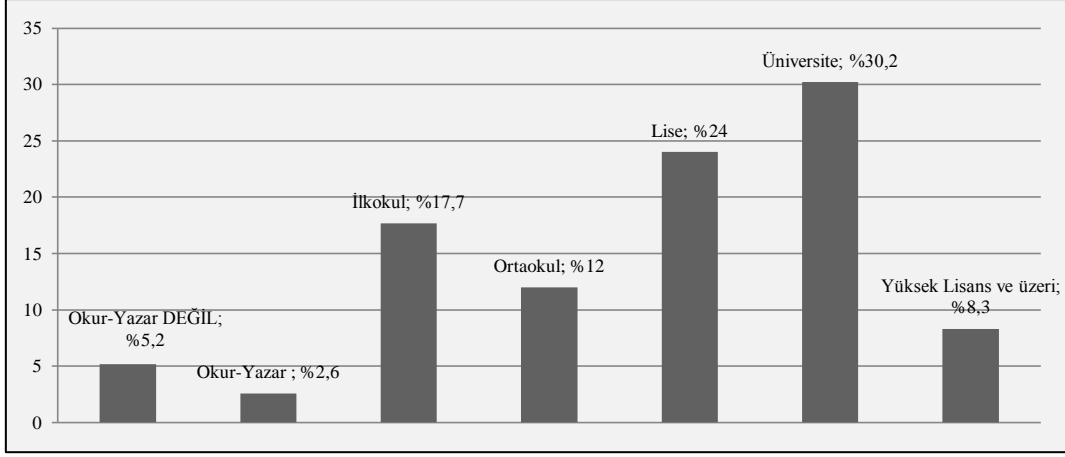
## 4. BULGULAR

### 4.1.Sosyodemografik Bulgular

Çalışmamızdaki toplam katılımcı sayısı 192 olup sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular tablo-6'da verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması  $38.25 \pm 13.41$ , kadın katılımcı sayısı 104 (%54.2), erkek katılımcı sayısı 88 (%45.8) olup kadın/erkek oranı 1.18'dir. Katılımcıların %63'ü evli, %27.6'sı bekar, %77.1'i il merkezinde, %15.6'sı ilçe merkezlerinde, %7.3'ü ise köylerde ikamet etmektedir. %45.9'u aktif olarak çalışmaktadır. %5.2'si emekli, %24'ü evhanımıdır. İşsiz oranı %4.7'dir. Gelir durumu giderinden fazla olan katılımcıların oranı %17.7, az olanların oranı %31.3, eşit olanların oranı ise %51'dir. Katılımcıların %97.4'ünün sağlık güvencesi mevcuttur.

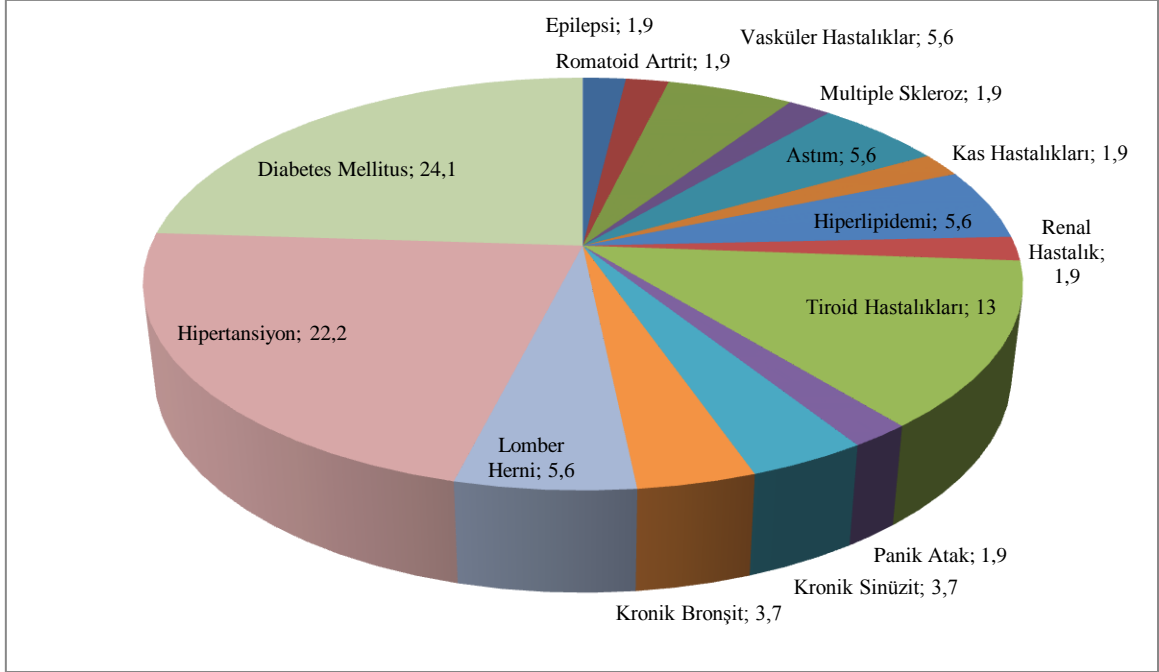
**Tablo-5: Katılımcıların Sosyo-demografik Bulguları**

<b>SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİK</b>	<b>n (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	88(%45.8)
Kadın	104(%54.2)
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	121(%63.0)
Bekar	53(%27.6)
Boşanmış/eşini kaybetmiş	18(%9.4)
<b>Yerleşim Yeri</b>	
İl merkezi	148(%77.1)
İlçe	30(%15.6)
Köy-Kasaba	14(%7.3)
<b>Meslek</b>	
Emekli	10(%5.2)
İşçi	42(%21.9)
Esnaf	8(%4.2)
Ev hanımı	46(%24.0)
Memur	37(%19.3)
İşsiz	9(%4.7)
Diğer	40(%20.8)
<b>Gelir Durumu</b>	
Gelir giderden az	60(%31.3)
Gelir gidere denk	98(%51.0)
Gelir giderden fazla	34(%17.7)
<b>Sosyal Güvence</b>	
SGK	179(%93.2)
Yeşil kart	8(%4.2)
Sigortam yok	5(%2.6)



**Şekil-11: Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular**

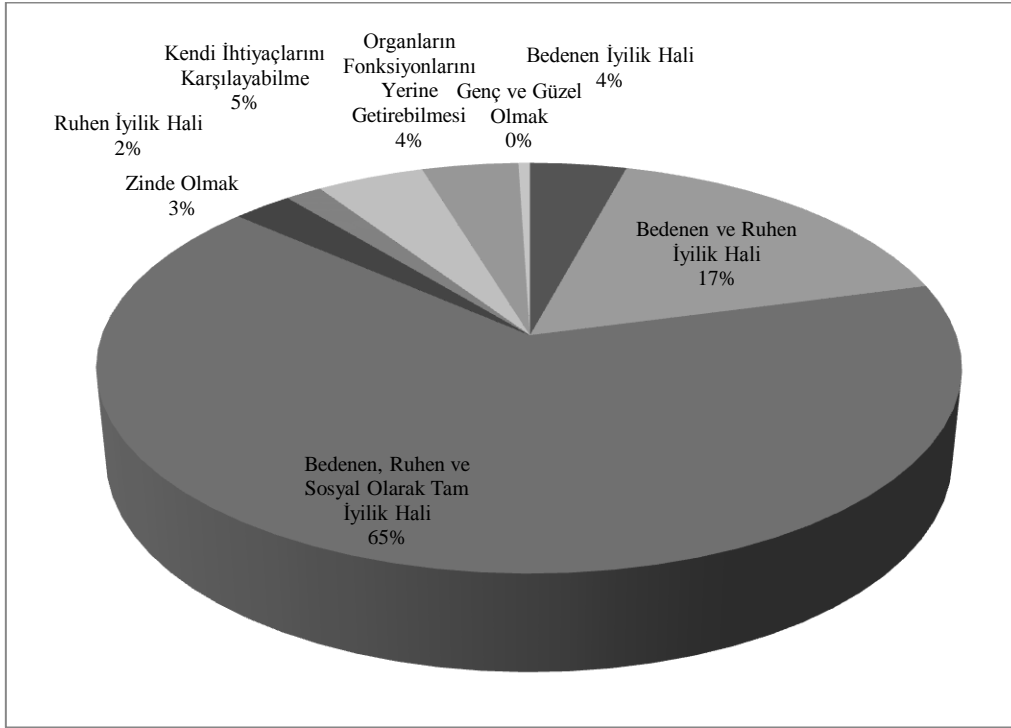
Katılımcıların %28.6'sında ortalama süresi  $8.92 \pm 6.94$  yıl olan kronik hastalık öyküsü mevcuttur (min:1, max:30, medyan:7.5) . Bu kronik hastalıklardan en sık görüleni %24.1 ile Diabetes Mellitus ve %22 ile hipertansiyondur. Tiroid bezine ilişkin kronik hastalık oranı %13'tür. Katılımcılar arasında madde kullanım oranı %31.3'tür (şekil-11). Bunların %66.6'sı sigara, %33.3'ü maraş otu içicisidir.



**Şekil-12: Katılımcılarda Kronik Hastalıkların Dağılımı**

#### 4.2. “Sağlık” Teriminin Tanımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların “sağlık” teriminin tanımına ilişkin ifadelerinin dağılımına bakıldığında %4.2’sinin sağlığı “bedenen iyilik hali”, %16.7’sinin “bedenen ve ruhen iyilik hali”, %2.6’sının “zinde olmak”, %1.6’sının “ruhen iyilik hali”, %4.7’sinin “kendi ihtiyaçlarının karşılayabilme yetisi”, %4.2’sinin “organların fonksiyonlarını yerine getirebilmesi”, %65.6’sının “bedenen, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” ve %0.5’nin “gençlik ve güzellik” olarak tanımladığı görülmüştür (Şekil-12).



Şekil-13: Katılımcıların “Sağlık” Tanımına İlişkin İfadelerinin Dağılımı

Katılımcıların cinsiyet, gelir durumu, medeni halleri, ikamet ettikleri yerler, meslek, kronik hastalık varlığı ve sosyal güvence durumları ile sağlık tanımına ilişkin cevapları arasında ilişki saptanmamıştır (sırasıyla  $p = 0.251, 0.984, 0.07, 0.495, 0.194, 0.296$ ). Bununla birlikte eğitim düzeyi ile sağlık tanısına ilişkin verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki olup üniversite mezunları arasında sağlığı “bedenen, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlanma oranı anlamlı oranda yüksektir ( $p < 0.01$ ).



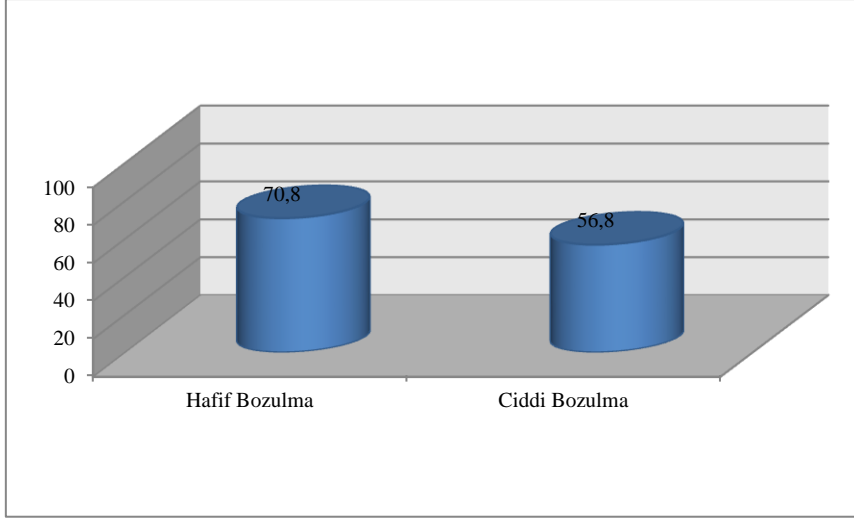
### 4.3.“Sağlıkta Bozulma” Durumunda Davranış Şekillerine İlişkin Bulgular

**Tablo-6: Hafif ve ciddi semptomlu “sağlıkta bozulma” durumlarında davranış şekilleri**

İFADELER	Hafif semptom			Ciddi semptom		
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Fikrim yok n(%)	Evet n(%)	Hayır n(%)	Fikrim yok n(%)
Kendiliğinden iyileşmesi beklenir.	140(72.9)	52(27.1)	00	15(7.8)	175(91.1)	2(1.0)
Yakınlara, aile büyüklerine danışılır.	122(63.5)	66(34.4)	4(2.1)	89(46.4)	101(52.6)	2(1.0)
İlk olarak ASM’ ye başvurulur.	133(69.3)	58(30.2)	1(0.5)	55(28.6)	137(71.4)	
İlk olarak konunun uzmanına (2. ya da 3. basamak) başvurulur.	51(26.6)	138(71.9)	3(1.6)	172(89.6)	18(9.4)	2(1.0)
Aktardan alınan bir ilaç kullanılabilir.	63(32.8)	121(63.0)	8(4.2)	16(8.3)	171(89.1)	5(2.6)
Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulduğu söylenen kişiye başvurulabilir.	45(23.4)	141(73.4)	6(3.1)	12(6.3)	177(92.2)	3(1.6)
Eczaneye giderek orada önerilen ilaç kullanılabilir.	79(41.1)	111(57.8)	2(1.0)	18(9.4)	173(90.1)	1(0.5)
Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanılabilir.	54(28.1)	132(68.8)	6(3.1)	13(6.8)	176(91.7)	3(1.6)
Medya araçlarından bu durum araştırılabilir.	136(70.8)	47(24.5)	9(4.7)	109(56.8)	76(39.6)	7(3.6)

Hafif ve ciddi semptomlu sağlıkta bozulma durumlarında neler yapılabileceğine ilişkin katılımcıların cevapları tablo-7’de verilmiştir. Buna göre hafif semptomlu sağlıkta bozulma durumlarında “kendiliğinden iyileşmenin beklenmesi” cevabını uygun bulan katılımcı oranı %72.9’dur. Aynı durumda “ASM’lere başvurulma” cevabını uygun bulanların oranı %63.5, “uzman hekime başvurulma” cevabını uygun bulanların oranı %26.6, “bitkisel ürünler ile şifa arama” cevabını uygun bulanların oranı %32.8, “sağlık personeli dışında bu şikayete çözümü olanlara kulak verme” cevabını uygun bulanların oranı %23.4, “eczaneye başvuru” cevabını uygun bulanların oranı %41.1, “benzer şikayetleri olup ilaç kullanan kişilerin aynı ilaçlarının kullanılmasında” cevabını uygun bulanların oranı %28.1, “medya araçlarından araştırılması” cevabını uygun bulanların oranı %70.8’dir. Aynı oranlar sağlıkta ciddi semptomlu bozukluklarda tabloda gösterilmiştir.

Hafif ve ciddi semptomlu sağlıkta bozulma durumunda katılımcıların sorunlarına ilişkin medya aracılığı ile bilgi arama sıklıklarına ilişkin bulgular şekil-14’te özetlenmiştir.



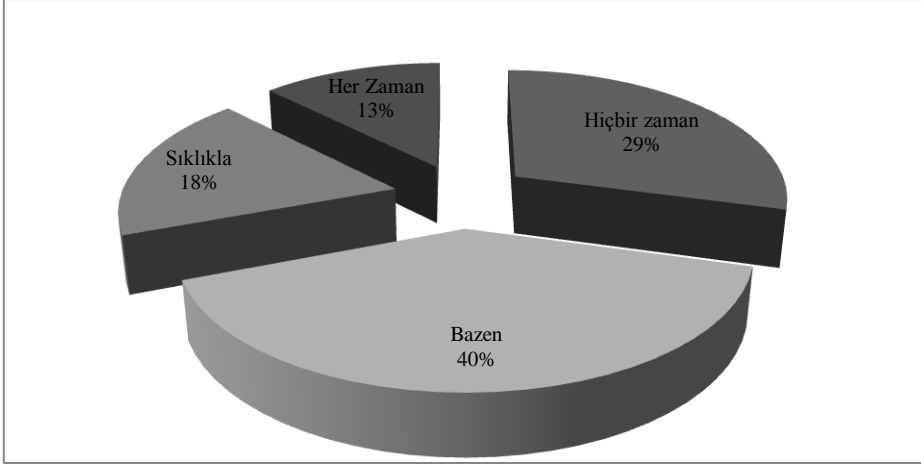
**Şekil-14: Sağlıkta Hafif ve Ciddi Bozulma Durumlarında Medya Araçlarından Bilgi/Yardım Arama Davranışına İlişkin Bulgular**

#### 4.4. “Hastalık” Durumunda Davranış Şekillerine İlişkin Bulgular

Hafif semptomlu “hastalık” halinde katılımcıların kendilerine yöneltilen sorulara cevaplarına ilişkin bulgular tablo-8’de verilmiştir. Medya araçlarından içinde buldukları durumu araştırma ile ilgili soruya katılımcıların %40.1’i bazen olarak yanıtlamıştır. Bu yol ile çare aramayı hiçbir zaman tercih etmeyenlerin oranı %29.2’ dir (Şekil-15).

**Tablo-7: “Hafif semptomlu hastalık” durumlarında davranış şekilleri**

İFADELER ( Hastalandığınızda ne yaparsınız? )	Hiçbir Zaman n (%)	Bazen n (%)	Sıklıkla n (%)	Her Zaman n (%)
-Öncelikle bir müddet kendiliğinden iyileşmesini beklerim.	10(5.2)	68(35.4)	49(25.5)	65(33.9)
-Öncelikle yakınlarıma danışırım.	50(26.0)	70(36.5)	40(20.8)	32(16.7)
-Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanırım	126(65.6)	38(19.8)	23(12.0)	5(2.6)
-Bir eczaneye gidip orada önerilen ilacı kullanırım.	114(59.4)	60(31.3)	14(7.3)	4(2.1)
-Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulduğu söylenen kişiye başvururum.	152(79.2)	35(18.2)	4(2.1)	1(0.5)
-Aktardan aldığım ilacı kullanırım.	129(67.2)	55(28.6)	6(3.1)	2(1.0)
-Medya araçlarından bu durumu araştırırım.	56(29.2)	77(40.1)	35(18.2)	24(12.5)
-İlk olarak ASM’ ye başvururum.	37(19.3)	84(43.8)	44(22.9)	27(14.1)
-İlk olarak konunun uzmanına (2. ya da 3. basamak) başvururum	46(24.0)	88(45.8)	33(16.7)	26(13.5)



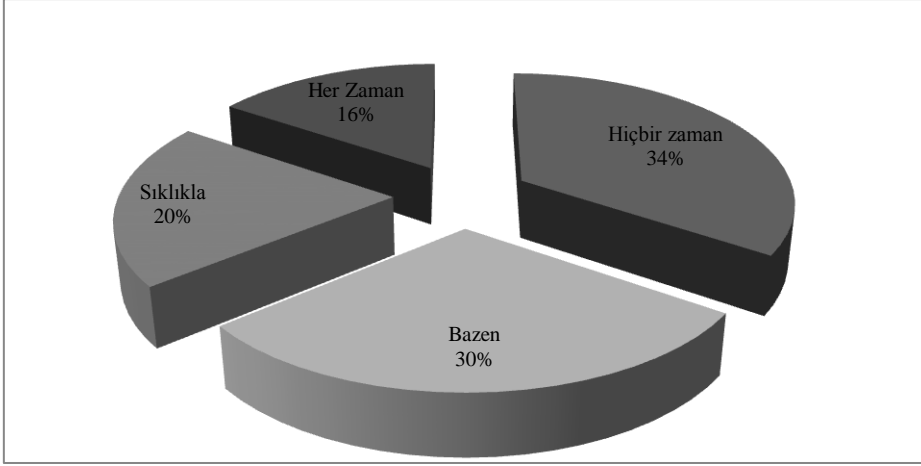
**Şekil-15: Hafif Semptomlu Hastalık Durumunda Katılımcıların Medya Araçlarını Kullanımlarına İlişkin Dağılım**

Ciddi semptomlu “hastalık” halinde katılımcıların kendilerine yöneltilen sorulara cevaplarına ilişkin bulgular tablo-9’da verilmiştir.

**Tablo-8: “Ciddi semptomlu hastalık” durumlarında davranış şekilleri**

İFADELER ( Hastalandığımızda ne yaparsınız? )	Hiçbir Zaman n (%)	Bazen n (%)	Sıklıkla n (%)	Her zaman n (%)
-Öncelikle bir müddet kendiliğinden iyileşmesini beklerim.	130(67.7)	39(20.3)	17(8.9)	6(3.1)
-Öncelikle yakınlarıma danışırım.	75(39.1)	58(30.2)	28(14.6)	31(16.1)
-Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanırım	164(85.4)	19(9.9)	8(4.2)	1(0.5)
-Bir eczaneye gidip orada önerilen ilacı kullanırım.	168(87.5)	20(10.4)	4(2.1)	0
-Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulduğu söylenen kişiye başvururum.	177(92.2)	13(6.8)	2(1.0)	0
-Aktardan aldığım ilacı kullanırım.	174(90.6)	16(8.3)	1(0.5)	1(0.5)
-Medya araçlarından bu durumu araştırırım.	66(34.4)	57(29.7)	39(20.3)	30(15.6)
-İlk olarak ASM’ ye başvururum.	105(54.7)	54(28.1)	19(9.9)	14(7.3)
-İlk olarak konunun uzmanına (2. Ya da 3. Basamak) başvururum	6(3.1)	22(11.5)	55(28.6)	109(56.8)

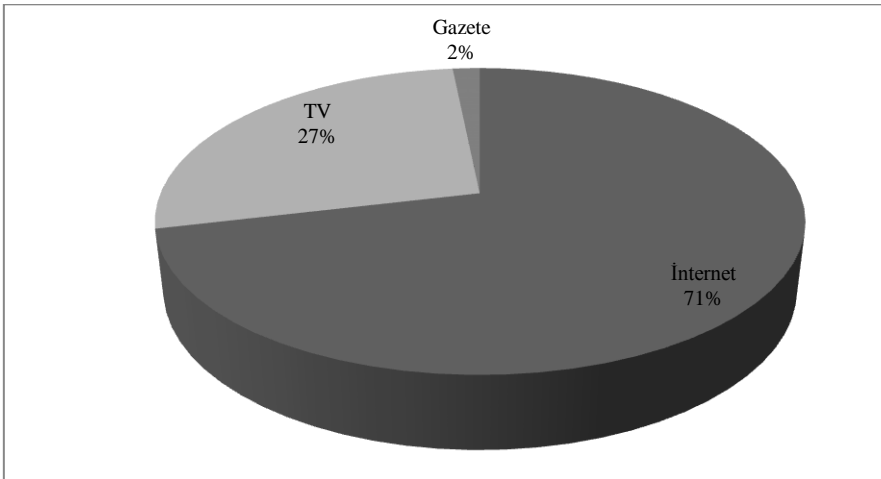
Ciddi semptomlu “hastalık” halinde katılımcıların medya araçlarından içinde buldukları durumu araştırma ile ilgili soruya %29.7’si bazen, %20.3ü sıklıkla olarak yanıtlamıştır. Hiçbir zaman bu bu yol ile çare aramayı tercih etmeyenlerin oranı %34.4’ tür (Şekil-16).



**Şekil-16: Ciddi Semptomlu Hastalık Durumunda Katılımcıların Medya Araçlarını Kullanımlarına İlişkin Dağılım**

#### 4.5.Sağlık ile İlgili Bilgi Edinmek Amacı ile Medya Araçlarının Kullanımına İlişkin Bulgular

Sağlıkla ilgili bilgi edinmek amacı ile katılımcılar arasında medya araçlarının kullanım oranı %93.8 olarak tespit edilmiştir. Sağlık ile ilgili medya araçlarının kullanımında internet %71.4 ile en sık kullanılan araç olarak tespit edilmiştir. Televizyon %27.1, gazete %1.6 oranında tespit edilmiştir (Şekil-17).



**Şekil-17: Sağlık ile İlgili Bilgi Arama Davranışında Medya Araçlarının Kullanım Oranları**

Sosyo-demografik veriler ile medya aracılığı ile sağlık arama davranışının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo-10'da verilmiştir. Erkek ve kadınlar arasında sağlıkla ilgili medya aracılığı ile bilgi edinme davranışı açısından farklılık yoktur ( $p=0.13$ ). Medeni durum, yerleşim yeri, meslek, ve gelir durumu ile de medya aracılığı ile sağlık ile

ilgili bilgi edinme davranışı arasında farklılık yoktur ( $p>0.5$ ). Eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcılar ile sosyal güvence olarak SGK'lı olanlar ve sigortası hiç olmayanlarda yeşil kartlı olanlara oranla medya aracılığı ile sağlık bilgileri arama davranışının anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p$  değerleri sırası ile  $<0.01$  ve  $0.012$ ). Kronik hastalığı olanlarda medya aracılığı ile sağlık bilgileri arama oranı %89.1, kronik hastalığı olmayanlarda %95'tir ve anlamlı farklılık yoktur ( $p=0.195$ , Fischer exact test).

**Tablo-9: Sosyo-demografik özellikler ile Medya Araçları ile Sağlık Arama Davranışının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİK	Evet n(%)	Hayır n(%)	p
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	80(90.9)	8(9.1)	0.13
Kadın	100(96.2)	4(3.8)	
<b>Medeni</b>			
Evli	112(92.6)	9(7.4)	0.25*
Bekar	52(98.1)	1(1.9)	
Boşanmış/Eşini Kaybetmiş	16(88.9)	2(11.1)	
<b>Eğitim</b>			
Okur-Yazar Değil	5(50)	5(50)	0.00*
İlköğretim	35(90)	4(10)	
Ortaöğretim	67(97.1)	2(2.9)	
Yükseköğretim	73(98.6)	1 (1.4)	
<b>Yerleşim</b>			
İl Merkezi	141(95.3)	7(4.7)	0.13*
İlçe	27(90.0)	3(10.0)	
Köy-Kasaba	12(85.7)	2(14.3)	
<b>Meslek</b>			
Emekli	9(90.0)	1(10.0)	0.182*
İşçi	37(88.1)	5(11.9)	
Esnaf	8(100)		
Ev Hanımı	42(91.3)	4(8.7)	
Memur	37(100)		
İşsiz	8(88.9)	(11.1)	
Diğer	39(97.5)	1(2.5)	
<b>Gelir Durumu</b>			
Gelir Giderden Az	53(88.3)	7(11.7)	0.06*
Gelir Gidere Denk	93(94.9)	5(5.1)	
Gelir Giderden Fazla	34(100.0)		
<b>Sosyal Güvence</b>			
SGK	170(95.0)	9(5.0)	0.012*
Yeşil Kart	5(62.5)	3(37.5)	
Sigortam Yok	5(100.0)		

\* Fischer exact test, Pearson ki-kare

Sağlık arama davranışında medya araçlarından televizyonun kullanılması kadın katılımcılarda erkeklerden anlamlı yüksek, internet kullanım oranları ise benzerdir. (Fischer exact test,  $p=0.004$ ). Bekar/dul ve evli katılımcılar ile medya araçlarının sağlık bilgi arama davranışı açısından kullanım oranları birbirine benzerdir ( $p=0.18$ ). Orta ve

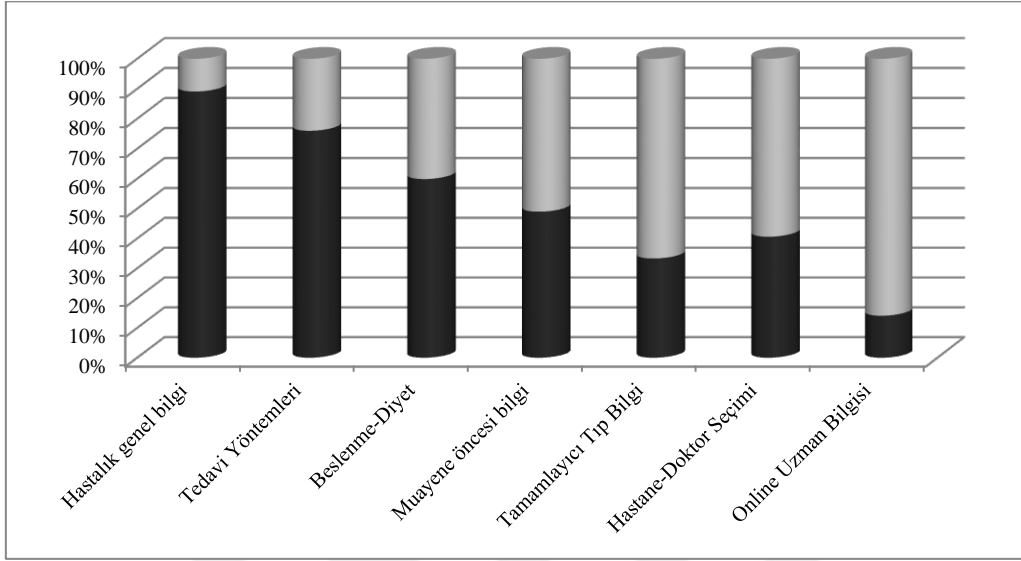
yükseköğretime sahip katılımcılarda bilgi arama aracı olarak internet kullanımı, ilköğretim ve okur yazar olmayanlarda ise televizyon kullanımı anlamlı oranda yüksektir (p=0.00). İl ve ilçe merkezlerinde yaşayan katılımcılarda internet kullanımı, kırsal alanlarda yaşayanlarda ise televizyonun sağlık arama davranışında kullanımının anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001). Herhangi bir düzenli meslek hayatı olmayanlarda televizyonun sağlık ile ilgili bilgi arama davranışında daha sık kullanıldığı görülmüştür (p=0.017). Gelir durumu gider durumuna denk veya fazla olan katılımcılarda internet kullanımı gelir durumu gider durumundan az olanlardan anlamlı oranda daha yüksektir (p=0.01). Sosyal güvence olarak SGK olanlarda ve sağlık sigortası olmayanlarda internet kullanımı yeşilkartı olan katılımcılardan anlamlı oranda yüksektir (0.016) (tablo-11).

**Tablo-10: Sosyo-demografik Özellikler ile Sağlık Arama Davranışında Medya Araçlar Çeşitlerinin Kullanımının Karşılaştırılması**

SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİK	TV n(%)	Gazete n(%)	İnternet n(%)	P
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	15(18.8)	3(3.8)	62(77.5)	0.004*
Kadın	37(37.0)	0(-)	63(63)	
<b>Medeni</b>				
Evli	40(33.1)	2(1.7)	79(65.3)	0.18*
Bekar/Dul	12(18)	1 (1.4)	55(81)	
<b>Eğitim</b>				
Okur-Yazar Değil	5(50.0)	0	5(50.0)	0.000
İlköğretim	24(68.5)	0	11(31.4)	
Ortaöğretim	21(31.3)	2 (3)	44(65.6)	
Yükseköğretim	2(2.7)	1(1.36)	70(96)	
<b>Yerleşim</b>				
İl Merkezi	33(22.3)	2(1.4)	113(76.4)	0.000
İlçe	9(30.0)	0	21(70.0)	
Köy-Kasaba	10(71.4)	1(7.1)	3(21.4)	
<b>Meslek</b>				
Çalışan	16(19.5)	1(1.2)	65 (79.2)	0.017*
Çalışmayan	36(36.7)	2(2)	60 (61.2)	
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir Giderden Az	26(49)	1(1.9)	26(49)	0.01
Gelir Gidere Denk	21(22.5)	2(2.1)	70(75.2)	
Gelir Giderden Fazla	5(14.7)	0	29(85.3)	
<b>Sosyal Güvence</b>				
SGK	46(25.7)	3(1.7)	130(72.6)	0.016*
Yeşil Kart	5(62.5)	0	3(37.5)	
Sigortam Yok	1(20.0)	0	4(80.0)	

Medya araçları ile sağlık arama davranışında aranan içeriğe ilişkin bulgular şekil-16'da verilmiştir. Hastalıklar ile ilgili genel bilgi arama oranı %89.1, tedavi yöntem ve seçenekleri hakkında bilgi arama oranı %76, beslenme ve diyet ile ilgili bilgi arama oranı %59.9, muayene öncesi hastalık ile ilgili bilgi arama oranı %49, alternatif/tamamlayıcı tıp

ile ilgili genel bilgi arama oranı %33.3 olarak bulunmuştur. Muayene öncesi hastane ve doktor seçimi için medya araçlarının kullanım oranı %40.6'dır. Online olarak uzmanlardan hastalık/sağlık ile ilgili bilgi arama oranı ise %14.1 olarak tespit edilmiştir (Şekil-18).

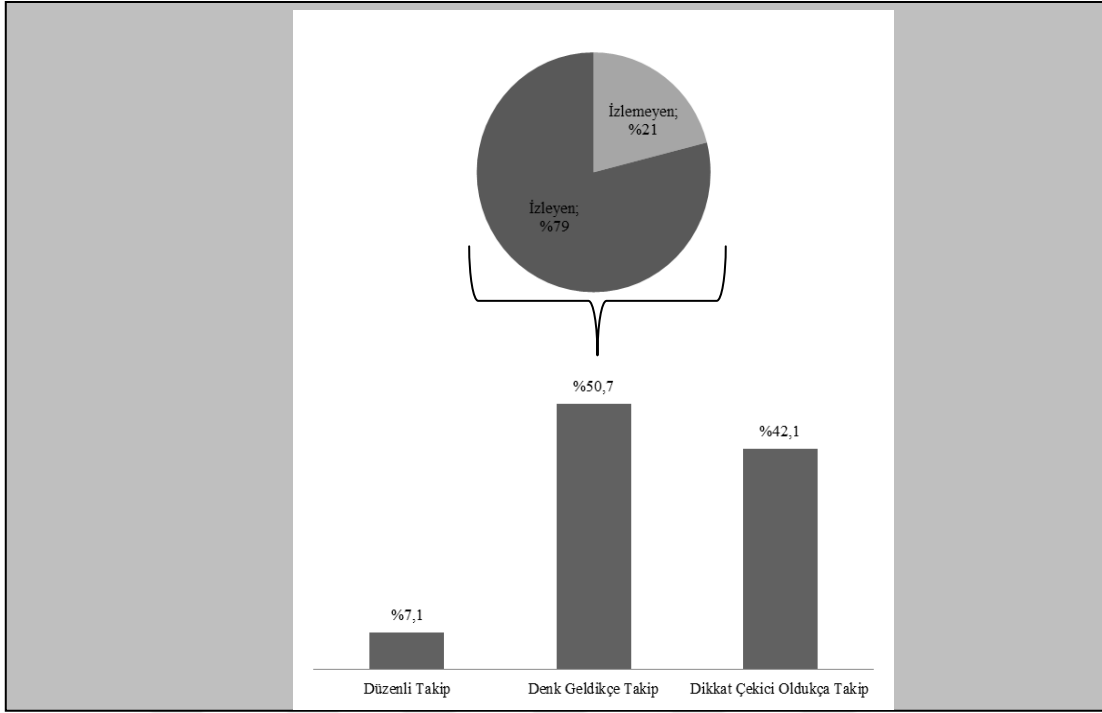


**Şekil-18: Medya araçları ile sağlık arama davranışında aranan içeriğe ilişkin bulgular**

#### **4.6.Sağlık Arama Davranışında Medya Aracı Olarak Televizyonun Rolüne İlişkin Bulgular**

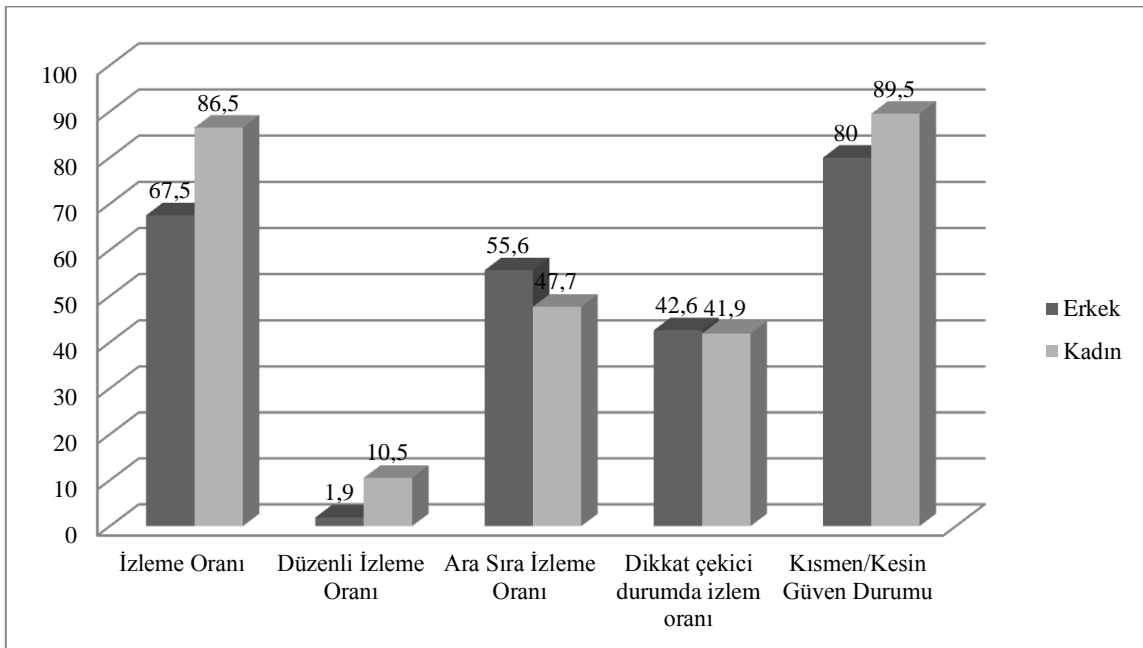
Televizyonda sağlık ile ilgili programların izlenme oranı %79.2'dir. Bu programları izleyen katılımcıların %7.1'i düzenli takip ettiklerini, %50.7'si denk geldikçe izlediklerini, %42.1'i ise kendileri için dikkat çekici olması durumunda takip ettiklerini belirtmişlerdir(şekil-19). Televizyonda yer alan sağlık programlarına tam olarak güven oranı %18.2, kısmen güven oranı ise %66.1 olarak tespit edilmiştir.

Evli katılımcılarda televizyon aracılığı ile sağlık bilgileri arama sıklığı %82.1, bekar/dul katılımcılarda ise %70.6'dır (p=0.071). Evli katılımcılarda bu programların düzenli takip oranı %9.8, ara sıra izlenme oranı %51.1, dikkat çekici oldukça izlenme oranı %39.1'dir. Bekar/dul katılımcılarda aynı oranlar sırası ile %2.1, %50 ve %47.9'dur (p=0.21). Evli katılımcıların %20.7'si bu programlara tam güven duyarken, %64.1'i kısmen güvenmekte, %15.2'si ise güvenmemektedir. Bekar/dul katılımcılarda aynı oranlar %12.2, %12.2 ve %75.5'tir (p=0.353).



**Şekil-19: Televizyonda Sağlık İle İlgili Programlarının Takip Oranı ve Sıklığı**

Kadın katılımcılarda televizyondan sağlık ile ilgili programların takip oranının erkeklere oranla daha fazla olduğu ( $p=0.03$ , ki-kare) ve televizyondaki bu sağlık ile ilgili bilgilere güven oranının daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0.018$  Fischer exact test). İzlenme sıklıklığı açısından erkek ve kadın katılımcılar arasında farklılık yoktur ( $p=0.152$ , ki-kare) (Şekil-20).



**Şekil-20: Erkek ve Kadın Katılımcıların Televizyon aracılığı ile Sağlık İle İlgili Bilgi Arama Davranışları**



Okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan katılımcılarda televizyon ile sağlık programlarını takip sıklığı anlamlı oranda daha yüksektir ( $p=0.018$ , fischer). Orta ve yükseköğretimi olan katılımcılarda dikkat çekici bilgi olması durumunda bu programların takibi anlamlı yüksektir ( $p=0.03$ , fischer). Yine okur-yazar olmayanlarda ve ilköğretim mezunu olanlarda bu programlara olan güven oranı anlamlı yüksektir ( $p=0.00$ , fischer).

İl merkezinde ikamet eden katılımcıların televizyon aracılığı ile sağlık programlarını takip oranı %75.2, ilçe merkezlerinde ikamet edenlerde %85.2 ve köylerde ikamet edenlerde %91.7'dir. İkamet edilen yer ile bu programların takip oranları birbirine benzer tespit edilmiştir ( $p=0.355$ , fischer). Ek olarak bu programların takip sıklıkları ve bu programlara olan güven durumu da ikamet edilen yer açısından benzerdir (sırası ile  $p=1$ ,  $p=0.084$ ).

Aktif olarak çalışan katılımcılarda sağlıkla ilgili televizyon programlarının takip oranı %73.2, çalışmayanlarda %81.6'dır ( $p=0.174$ , ki-kare). Çalışanlarda bu programların düzenli takip oranı %3.3, ara sıra takip oranı %56.7, dikkat çekici olduğunda izlem durumu %40'tır. Çalışmayanlarda bu oranlar sırası ile %10, %46.3 ve %43.8'dir ( $p=0.277$ , fischer). Aktif çalışanların bu programlara tam güven oranı %9.8, kısmen güven oranı %77, güvensizlik oranı %13.1'dir. Bu oranlar çalışmayanlarda %23.8, %61.3 ve %15'tir ( $p=0.077$ , ki-kare).

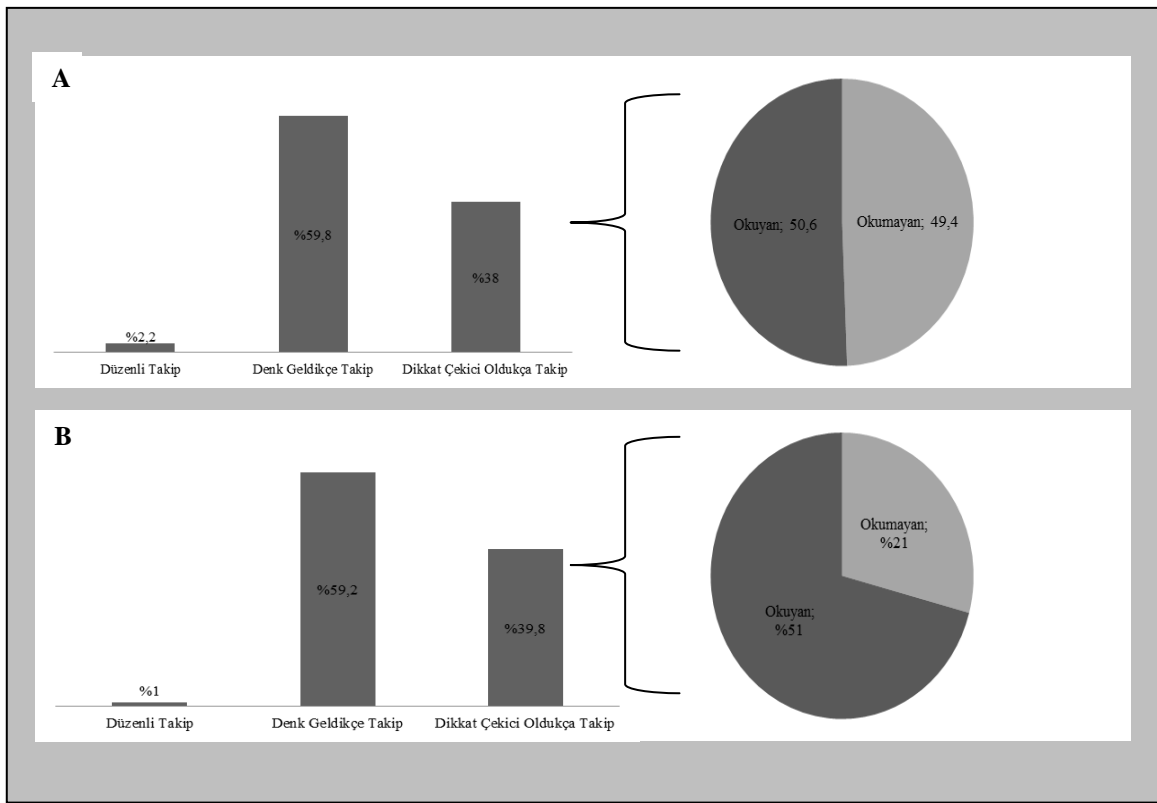
Gelir durumu gider durumundan iyi olanlar, kötü olanlar ve denk olanlar arasında televizyondan sağlık haberlerinin takibi ve takip sıklıkları birbirine benzerdir (sırası ile  $p=0.283$  ki-kare,  $p=0.975$  fischer). Bununla birlikte kısmen güven durumu geliri az olanlarda daha az iken, geliri fazla olanlarda tam güven durumu daha fazladır ( $p=0.01$ , fischer).

SGK güvencesi, yeşilkart güvencesi olanlar ve sağlık güvencesi olmayan katılımcılar arasında televizyonda sağlık programlarının takip oranı, takip sıklığı ve bu programlara güven durumları açısından anlamlı fark yoktur (sırası ile  $p=0.332$  fischer /  $p=1$ , fischer /  $p=0.390$  fischer).

Kronik hastalığı olanlarda televizyonda yer alan sağlık programlarını takip oranı kronik hastalığı olmayanlara oranla anlamlı yüksektir ( $p=0.049$ ).

#### 4.7.Sağlık Arama Davranışında Medya Aracı Olarak Basılı Yayın Organlarının Rolüne İlişkin Bulgular

Gazetelerde sağlık ile ilgili yazıların okunma oranı %50.6, dergilerde %51'dir. Gazetelerde bu yazıları okuyan katılımcıların %2.2'si düzenli takip ettiklerini, %59.8'i denk geldikçe takip ettiklerini, %38'i ise kendileri için dikkat çekici olması durumunda takip ettiklerini belirtmişlerdir. Dergilerde bu oranlar sırası ile %1, %59.2, %39.8'dir. Gazetelerde sağlık içerikli yazılara tam güven oranı %10.9, kısmen güven oranı %77.2 iken güvensizlik oranı %12 iken aynı oranlar dergiler için sırası ile %16.3, %75.5 ve %8.2'dir (Şekil-21).



**Şekil-21: Basılı Yayın Organlarında Sağlık ile İlgili Yazıların Takip Oranı ve Sıklığı (A): Gazetelerde (B): Dergilerde**

Kadınlarda gazetelerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %45, erkeklerde %57.5'tir ve anlamlı farklılık yoktur ( $p=0.096$ ). Dergilerde de kadın ve erkekler arasında sağlık ile ilgili haberleri takip oranları benzer bulunmuştur (kadınlar %57, erkekler %51.3,  $p=0.441$ ).

Evli katılımcılarda gazetelerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %48.2, bekar katılımcılarda %51.9 ve boşanmış/eşini kaybetmiş katılımcılarda %62.5 olup anlamlı

farklılık yoktur ( $p=0.549$ ). Dergilerde aynı oranlar sırası ile %50, 63.5 ve %56.3 olup yine anlamlı fark görülmemiştir ( $p=0.270$ ).

İlköğretim mezunlarında gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberleri takip oranı %22.9, ortaöğretim mezunlarında %53.7 ve yükseköğretim mezunlarında %64.4'tür. Ortaöğretim ve yükseköğretim mezunlarında gazetelerden sağlık ile ilgili haberleri takip oranları okuma-yazması olmayanlara ve ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı oranda yüksektir ( $p=0.000$ , fischer exact test). Dergilerde bu yazıları takip oranları ilköğretim mezunlarında %20, ortaöğretim mezunlarında %53.7, yükseköğretim mezunlarında %75.3'tür. Yine yükseköğretim ve ortaöğretim mezunlarında sağlık ile ilgili haberleri dergilerden takip oranları okuma-yazması olmayanlara ve ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı oranda yüksektir ( $p=0.000$ , fischer exact test).

İl merkezinde ikamet edenlerde gazetelerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %57.4, ilçe merkezlerinde ikamet edenlerde %33.3 ve kırsal alanlarda ikamet edenlerde %8.3'tür. İl ve ilçe merkezlerinde ikamet edenlerde bu haberleri gazetelerden takip oranı kırsal kesimlere oranla ileri derecede anlamlı yüksektir ( $p=0.000$ , fischer exact test). Dergiler için aynı oranlar sırası ile %59.6, %51.9 ve %0'dır. Benzer şekilde dergiler için de il ve ilçe merkezlerinde ikamet edenlerde bu haberleri gazetelerden takip oranı kırsal kesimlere oranla ileri derecede anlamlı yüksektir ( $p=0.000$ , fischer exact test).

Aktif olarak çalışan katılımcılarda gazetelerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %58.5, çalışmayanlarda ise %43.9'dur. Aktif çalışanlarda bu haberleri takip oranı çalışmayanlara oranla anlamlı oranda yüksektir ( $p=0.05$ ). Aktif çalışanlar arasında en yüksek oran %62.2 ile devlet memurlarında, daha sonra %59.5 ile işçilerde ve %37.5 ile esnaflarda görülmüştür. Çalışmayanlarda ise en yüksek oran %44.4 ile emekli katılımcılarda görülmüştür. Aktif olarak çalışanlarda dergilerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %62.2, çalışmayanlarda ise %48'dir anlamlı farklılık yoktur ( $p=0.056$ ). Aktif çalışanlarda dergilerden sağlık ile ilgili haberleri takip oranı en yüksek olarak %70.3 ile devlet memurlarında görülmüştür.

Geliri az olanlarda gazetelerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %39.6, geliri fazla olanlarda %44.1 ve gelir gider dengesi eşit olanlarda %59.1 olup aralarında anlamlı fark gözlenmiştir. ( $p=0.053$ ). Aynı oranlar dergiler için sırası ile %45.3, %47.1 ve %62.4'tür ve benzer şekilde anlamlı farklılık yoktur ( $p=0.087$ ).

Sosyal güvence olarak SGK bulunan katılımcılarda gazetelerde yer alan sağlık ile ilgili haberleri takip oranı %51.2, yeşilkart olan katılımcılarda ve güvencesi olmayanlarda %40 olup anlamlı fark görülmemiştir (p=0.698, fischer exact test). Dergiler için aynı oranlar sırası ile %55.3, %20 ve %60 olup anlamlı fark yoktur (p=0.365).

Kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında basılı yayın organlarında yer alan sağlık programlarını takip oranı arasında anlamlı farklılık yoktur. (p değerleri sırası ile gazete için 0.353, gazete için 0.216 ).

#### **4.8.Sağlık Arama Davranışında Medya Aracı Olarak İnternetin Rolüne İlişkin Bulgular**

Evlerinde veya kişisel cihazlarında internet erişimi olan katılımcıların oranı %83.3, internette sağlık ile ilgili haberlerin takip oranı %70.8, bu haberlere tam güven oranı %15.3, kısmen güven oranı %81, güvensizlik oranı %3.6'dır.

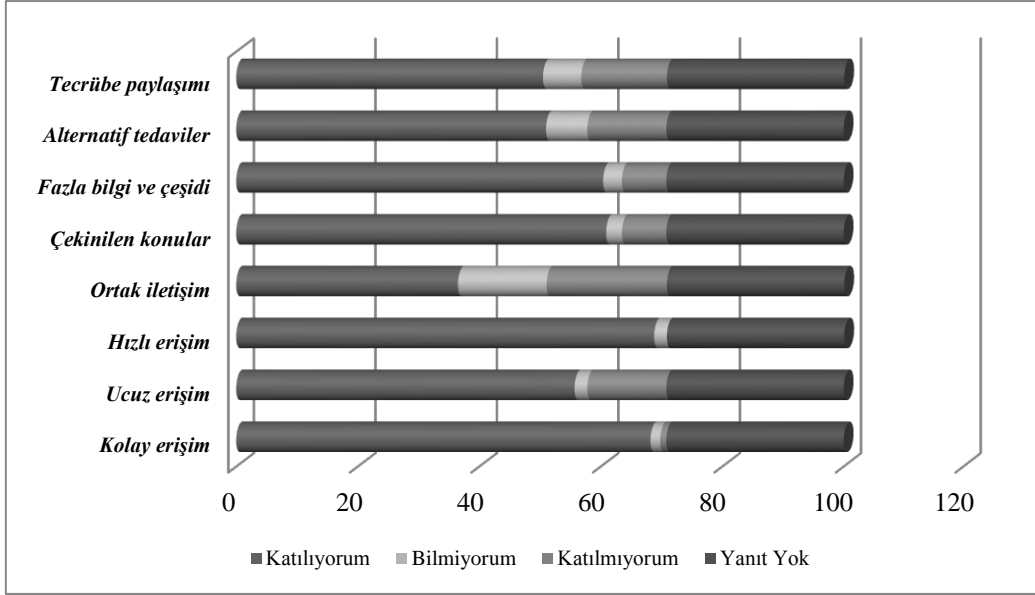
Erkeklerde internet üzerinden sağlık arama davranışının kadınlara oranla daha sık olduğu görülmüştür (erkekler %83.8, kadınlar %69, p=0.022). Eşini kaybetmiş/boşanmış olan katılımcılarda evli olanlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışının kadınlara oranla daha sık olduğu görülmüştür (bekarlar %85.3, evliler %69.6, p=0.018). Yükseköğretim mezunu olanlarda diğer katılımcılara oranla, ortaöğretim mezunu olanlarda da ilköğretim mezunu olanlar ve okuma-yazması olmayanlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.000, fischer exact test). İl ve ilçe merkezlerinde ikamet edenlerde kırsal kesime göre internet üzerinden sağlık arama davranışı anlamlı oranda yüksektir (p=0.000, fischer exact test). Gelir düzeyi fazla olanlarda da geliri az ve denk olanlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışı anlamlı oranda yüksektir(p=0.008). Sağlık güvencesi olmayanlarda SGK ve yeşilkartı olanlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışı anlamlı oranda yüksektir(p=0.007, fischer exact test). Kronik hastalığı olmayanlarda kronik hastalıkları olanlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışı anlamlı oranda yüksektir (p=0.002).

#### **Tablo-11: İnternette Sağlık Bilgisi Arama Nedenlerine İlişkin Bulgular**

<b>İFADELER</b>				
<b>(İnternette sağlık bilgisi araştırma nedeni)</b> <i>n= 136(70.8) %29.2 kişi cevaplamamış</i>	Yanıt Yok n(%)	Katılıyorum n(%)	Bilmiyorum/ Fikrim yok n(%)	Katılmıyorum n(%)
Bilgiye erişmenin daha kolay olması	56 (29.2)	131(68.2)	3(1.6)	2(1.0)
Bilgiye erişmenin daha ucuz olması	56 (29.2)	107(55.7)	4(2.1)	25(13.0)
Bilgiye daha kısa sürede ulaşma	56 (29.2)	132(68.8)	4(2.1)	- (0)
Aynı sorunu paylaşan kişilerle iletişim kurabilme	56 (29.2)	70(36.5)	28(14.6)	38(19.8)
Çekinilen konularda araştırma yapabilme	56 (29.2)	117(60.9)	5(2.6)	14(7.3)
Ulaşılan bilgi çeşidinin ve miktarının fazla olması	56 (29.2)	116(60.4)	6(3.1)	14(7.3)
Alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olabilme	56 (29.2)	98(51.0)	13(6.8)	25(13.0)
Aynı sorunu paylaşan kişilerin tecrübelerinden faydalanabilme	56 (29.2)	97(50.5)	12(6.3)	27(14.1)

İnternette sağlık bilgisi arama nedeni ile ilgili sorulara 56 katılımcı (%29.2) internet bağlantısı olmadığı için ya da internette sağlık bilgisi aramadığı için yanıt vermemiştir. Yanıt verenler arasında internette sağlık bilgisi arama nedenleri arasında katılımcılara sunulan şıklarda en yüksek oranda katılım gören maddelerin sırası ile kısa sürede erişim, kolay erişilebilirlik, çekinilen konularda araştırmaya imkan sağlaması, ulaşılabilen bilgi miktar ve çeşidinin fazlalılığı olduğu görülmüştür (tablo-12, şekil-22).

İnternette sağlık ile ilgili bilgi ararken web sitelerinin seçimine ilişkin bulgular tablo-13'te verilmiştir. Yanıt verenler arasında internette sağlık bilgisi arama sırasında tercih edilen web sitelerine ilişkin sorularda sağlık personeli tavsiyesi olan siteler, arama motoru vasıtası ile bulunan siteler ön planda olarak görülmüştür. Daha sonra forum sitelerinin yönlendirmeleri ve yakın çevre tavsiyelerinin geldiği görülmüştür.



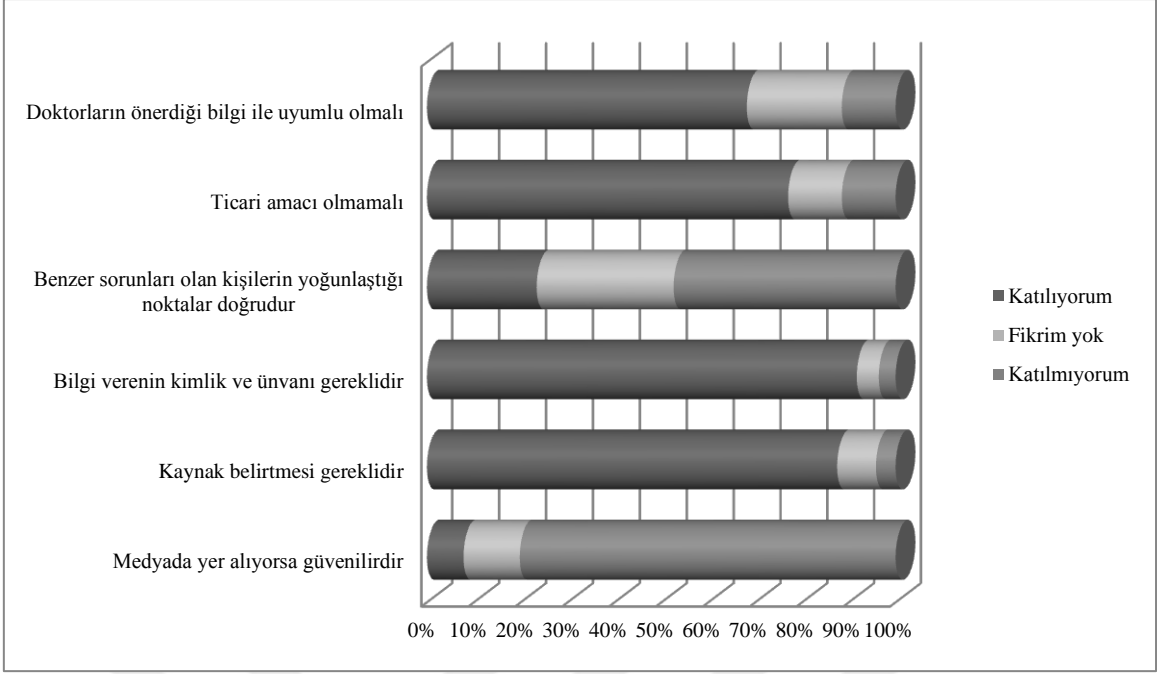
Şekil-22: İnternette Sağlık Bilgisi Arama Nedenlerine İlişkin Bulgular

Tablo-12: İnternette Sağlık Bilgisi Arama Sırasında Tercih Edilen Web Sitelerine İlişkin Bulgular

İFADELER (İnternette sağlık bilgisi ararken web sitesi tercihi) <i>n= 136(70.8) %29.2 kişi cevaplamamış</i>	Yanıt Yok n(%)	Katılıyorum n(%)	Bilmiyorum/ Fikrim yok n(%)	Katılmıyorum n(%)
Sağlık personeli tavsiyesi	56 (29.2)	86(44.8)	23(12.0)	27(14.1)
Yakınları tavsiyesi	56 (29.2)	62(32.3)	31(16.1)	43(22.4)
Farklı bir amaçla internette gezinirken karşılaşılan reklamlar	56 (29.2)	21(10.9)	19(9.9)	96(50.0)
Forumlar	56 (29.2)	66(34.4)	24(12.5)	46(24.0)
İnternet destek grupları	56 (29.2)	50(26.0)	37(19.3)	49(25.5)

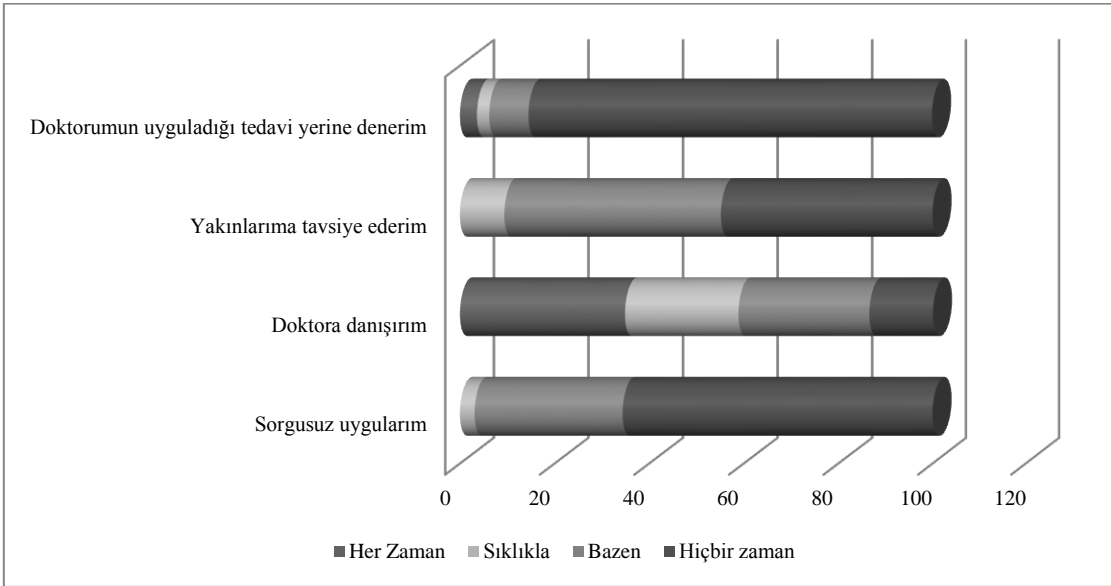
#### 4.9. Medya Araçlarına Olan Güven Durumu

Sağlık arama davranışında kullanılan medya araçlarına güven durumuna ilişkin sorulara karşı katılımcıların yanıt dağılımları Şekil-21’de verilmiştir. Katılımcıların en yüksek oranda katılım gösterdikleri güven durumu belirteci “bilgi veren kişi/kişilerin kimlik ve ünvan bilgilerinin olması” gerekliliği olarak saptanmıştır. Bilgide “kaynak gerekliliği”, “bilgi veren sitenin ticari amaç içermemesi gerekliliği” diğer yüksek katılım görülen güven belirteçleri olarak tespit edilmiştir. Sadece medyada yer alıyor olmasının o bilginin güvenilir olması gerektiğini düşünen katılımcı oranı %7.8’dir (Şekil-23).



**Şekil-23: Medyada Yer Alan Sağlık İle İlgili Bilgilere Güven Durumuna İlişkin Kriterler**

Medyada yer alan tedavi yöntemlerinin uygulanmasına ilişkin katılımcıların düşüncelerine ait bulgular şekil-24’te verilmiştir. Medyadan öğrenilen alternatif tedaviyi doktorlarının tedavisinin yerine kesin olarak kullanmayı düşünenlerin oranı %3.6’dır. Bu tedaviyi doktorlarına kesin olarak danışmayı uygun bulanların oranı ise %34.9’dur. Kesin olarak sorgusuz uygulama ve yakınlarına tavsiye etmeyi düşünen katılımcıların oranı ise sırasıyla %3.1 ve 2.6’dır.



**Şekil-24: Medyada Yer Alan Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bulgular**

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda gerek yazılı, gerekse basılı ve görsel medyada sağlık arama davranışına ilişkin bulgular elde edilmiştir. Özellikle günümüzde teknolojik gelişmelere paralel hasta ve sağlıklı bireylerin medya aracılığı ile sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmasının kolaylaştığı, sorunlarına ve sorularına ilişkin cevapları bu araçlar ile edinebildiği görülmektedir. Bu bağlamda daha iyi bir toplumsal sağlık ve bilgi paylaşımı için bu medya araçlarına ilişkin altyapıların geliştirilmesi, doğru, nitelikli, kanıta dayalı bilgilerin yaygınlaştırılması, ticari kaygı içeren, içeriği yanlış/eksik bilgilerin engellenmesi büyük önem taşımaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2008 sonu itibari ile erişkin nüfusta internet kullanım oranı %74, ortalama internet üzerinden sağlık ve medikal konularda araştırma oranı %61'dir. 2013 yılı itibarıyla bu oranlar %85 ve %72 olarak tespit edilmiştir (88,89). Avrupa'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yedi ülke ile düzenlediği çalışmasında bu oran %71 olarak tespit edilmiştir (90). Türkiye'de ise kişisel amaçlarla internete giren bireyler arasında sağlıkla ilgili bilgi arayanların oranı 2011 yılında %54.1 iken 2013 yılında artarak %59.6 değerine yükselmiştir. Daha genel bir ifadeyle, 2013 yılında internete giren her 10 kişiden yaklaşık altısının sağlıkla ilgili bilgi almak için interneti kullandığı tahmin edilmiştir. Sağlık ile ilgili bilgi arama amacıyla internete girme oranı kırsal kesimlerde %46.2, kent kesiminde ise %62.4'dir (2). Çalışmamızda evlerinde veya kişisel cihazlarında internet erişimi olan katılımcıların oranı %83.3 olarak tespit edilmiş olup bu oran ABD'de 2013 yılı itibari ile elde edilen veriler ile benzer gözükmemekte, bu da ülkemizde ve bölgemizde internet erişiminin yüksek oranlara ulaştığını göstermektedir. İnternette sağlık ile ilgili haberlerin takip oranı %70.8 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgumuz da Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı Türkiye geneli içinde düzenlediği araştırmasına uygunluk göstermektedir (2). Diğer yandan çalışmamızda hafif semptomlu hastalık durumunda medya araçlarından içinde buldukları durumu araştırma ile ilgili soruya katılımcıların %40.1'i bazen, %18.2'si sıklıkla, %12.5'i ise her zaman olarak yanıtlamıştır. Bu yol ile çare aramayı hiçbir zaman tercih etmeyenlerin oranı %29.2'dir. Ciddi semptomlu "hastalık" halinde ise katılımcıların medya araçlarından içinde buldukları durumu araştırma ile ilgili soruya %29.7'si bazen, %20.3ü sıklıkla, %15.6'sı ise her zaman olarak yanıtlamıştır. Bu yol ile çare aramayı hiçbir zaman tercih etmeyenlerin oranı %34.4'tür. Hafif semptomlu hastalık ile ciddi semptomlu hastalıkta



medya araçlarından durumu araştırma oranları birbirine yakın olmakla birlikte hafif semptomlu hastalıklarda oran, ciddi semptomlu hastalıklara göre bir miktar daha yüksek çıkmıştır. Aradaki bu farkın, kişilerin ciddi semptomlarla karşılaştığında medya araçlarından durumu araştırmanın vakit kaybı olacağını düşünüp, hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmanın gerektiğini düşünmeleri nedeniyle oluştuğunu öngörmekteyiz. Ek olarak bir diğer bulgumuz sağlık ile ilgili medya araçlarının kullanımında internet %71.4 ile en sık kullanılan araç olduğudur. Televizyon %27.1, gazete %1.6 oranında bu amaçla kullanılan araçlar olarak tespit edilmiştir. Kent merkezinden kırsal kesime doğru gidildikçe sağlık arama davranışında medya araçlarından “internet” in yerini “tv” nin aldığını görmekteyiz. Bunun eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, maddi imkanlar gibi faktörlerle ilgili olduğu açıktır.

Çalışmamızda il merkezinde internet erişimi %87.9, sağlık ile ilgili bilgi edinme amacı ile internet kullanma oranı %81.6'dır. Aynı oranlar ilçe merkezlerinde %85.2, %74.1; kırsal kesimlerde ise % 25 ve %8.3'tür. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 çalışmasına göre kent merkezlerinde sağlık ile ilgili internet kullanım oranımızın daha yüksek, kırsal kesimlerde ise daha düşük olduğu görülmüştür (2). Çalışmalar arasında geçen sürenin ve çalışmamızın daha lokalize bir çalışma olmasından dolayı bu sonuçlar üzerindeki farklara neden olabileceği açıktır. Yirmibeşoğlu ve ark (2005) kanser tanısı almış hastaların ve birinci-derece yakınlarının, kanser ile ilişkili bilgi edinmek amacı ile interneti kullanım sıklıklarının ve internet kullanımını belirleyen etkenlerin ortaya konulması amacı ile düzenledikleri çalışmalarında hastaların ve birinci-derece yakınlarının 135'inin (%52.7) evinde, 71'inin (%27.7) ise işyerinde ulaşabileceği internet erişimlerinin olduğu gösterilmiştir (133).

İngiltere'de, internetten sağlık bilgisi edinen 3209 birey ile yapılan bir araştırmada, üst sosyo-ekonomik gruba ait bireylerin alt sosyo-ekonomik gruba ait bireylere göre daha fazla sağlık bilgisi aramakta olduğu belirlenmiştir (91). Bizim çalışmamızda yükseköğretim mezunu olanlarda diğer katılımcılara oranla, ortaöğretim mezunu olanlarda da ilköğretim mezunu olanlar ve okuma-yazması olmayanlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.001). Gelir düzeyi fazla olanlarda da geliri az ve denk oranlara oranla internet üzerinden sağlık arama davranışı anlamlı oranda yüksek olarak tespit edilmiştir (p=0.008). Bu bulgularımız daha yüksek eğitim ve gelir düzeyi ile internet üzerinden sağlık arama davranışına ilişkin sıklığın artış

gösterdiği İngiltere’de düzenlenen çalışmanın sonuçları ile örtüşmektedir. Wangberg (2008) ve Kummervold (2008) da sağlık ile ilgili bilgi edinme amacı ile internet kullananların daha eğitilmiş oldukları, daha fazla ekonomik gelire sahip oldukları ve ev ve iş ortamında daha hızlı internet erişimine sahip olduklarını belirtmiştir (97,98). Son olarak sonuçlarımız Yirmibeşoğlu ve ark (2005) lise ve üzeri eğitim durumunda, il merkezinde ikamet edenlerde, aktif çalışanlarda kanser ile ilişkili bilgi edinme amacı ile daha fazla arama davranışı bulunduğunu gösterdikleri çalışma ile örtüşmektedir (133).

Atkinson (2009), Fox (2009), Eysenbach (2008) kadınların erkeklere oranla daha fazla sağlık bilgisi arama davranışında bulduklarını göstermişlerdir (94-96). Çalışmamızda ise gazete ve dergi gibi basılı yayın organlarından sağlık arama davranışı kadın ve erkekler arasında benzer bulunmuştur ( $p=0.096$ ,  $p=0.441$ ). Çalışmamızda erkek ve kadınlar arasında sağlıkla ilgili medya aracılığı ile bilgi edinme davranışı açısından farklılık yoktur ( $p=0.13$ ). Ancak bu üç çalışmanın aksine bizim çalışmamızda erkeklerin bu amaçla internet kullanım oranlarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0.022$ ). Bu farklılıkta çalışmaların gerçekleştirildiği coğrafi bölgeler arasındaki sosyal, kültürel, ekonomik, eğitimsel faktörlerin etkili olmuş olabileceğini düşünmekteyiz. Ek olarak bu bulgumuz Türkiye’de gerçekleştirilmiş bir başka çalışma olan Yirmibeşoğlu ve ark (2005)’inin erkeklerde kanser ile ilişkili bilgi edinme amacı ile daha fazla arama davranışı bulunduğunu gösterdikleri çalışma ile benzerdir (133).

Kişilerin sağlık durumu, internet kaynaklarının bu amaçla kullanımı üzerine etkilidir. Andreassen ve ark kronik hastalık tanısı veya özürlülük durumlarının ve sağlık kuruluşlarına yüksek başvuru oranlarının sağlık tabanlı internet kullanım oranlarını arttırdığını belirtmişlerdir (96). Bu bulgu Ybarra ve Suman (Digital Future Year 4; 2010) tarafından desteklenmiştir (101). Amerika’da yaşayan HIV (+) vakaların dörtte üçünün internette buldukları sürenin en azından yarısında sağlık bilgileri arayışında buldukları gösterilmiştir (103). Çalışmamızda hipertansiyon, Diabetes Mellitus, tiroid hastalıkları, romatizmal ve nöro-psikiyatrik hastalıklar gibi kronik hastalığı olan katılımcılar ile kronik bir rahatsızlık durumu olmayan katılımcılar arasında medya aracılığı ile sağlık bilgileri arama oranları literatürdeki çalışmalara zıt olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p=0.195$ ). Çalışmamızdaki bu farklılığın yaşanılan yer, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi karıştırıcı faktörlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

DSÖ “eHealth” çalışmasında medikal amaçlı internet kullanıcılarının %29’nun doktora görünme ihtiyacı olup olmadığına karar vermek için bu yolu seçtikleri ve bunların dörtte birinin doktor ile randevu arayışında buldukları belirtilmiştir (99). “Pew Internet Project” çalışmasında yeni tanı almış hastaların %59’nun doktorlara sorular sormak ve ikinci bir görüş almayı hedeflediklerini belirtmektedir (100). Çalışmamızda katılımcıların medya aracılığı ile sağlık arama davranışlarına ilişkin amaçlar arasında en sık sebep olarak “hastalıklar ile ilgili genel bilgi arama” olduğu görülmüştür. Tedavi yöntem ve seçenekleri hakkında bilgi arama, beslenme ve diyet ile ilgili bilgi arama, muayene öncesi hastalık ile ilgili bilgi arama diğer önemli nedenler arasında görülmüştür. Ybarra & Suman ek olarak sağlık kaynağı nedenli internet kullanımında en sık sebep adolesanlarda kişisel problemlerin araştırılması, erken erişkin ve orta yaşlılarda ise sevdiklerine ilişkin bilgi arayışı olduğunu göstermiştir. Bu bulgular aktif sağlık bilgi arayışında bulunanların yaş ortalamasının 30-44 olarak verildiği Andreassen ve ark çalışması ile desteklenmiştir (90). Kanseri gibi ciddi hastalıklarda bilgi edinme sistematikinde farklılaşmaların olduğu, tespit edilen bir diğer bulgudur. Nitekim %8,6 oranındaki bir kanser hastası grubunun, hastalıklarını öğrendikten sonra interneti, etkin ve doğru kullanabilmek amacıyla eğitim almaya başladıklarını belirtmeleri bu durumun bir sonucu olarak yorumlanabilir (105).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada basılı yayın organlarındaki sağlık ile ilgili haberlerin %51’i doğru bilgiler içerirken, geriye kalan %49’luk bölümü kısmen doğru veya yanlış bilgiler içerdiği belirtilmiştir (132). Yayımlanan haberler arasında kaynak belirtilen haber oranı %33 (27/109), içeriğinde hekim veya araştırmacı adı geçen haber oranı %74 (81/109) olarak hesaplanmıştır. İncelenen haberlerde kaynak ve hekim/araştırmacı adı geçmeyen haberlerin oranı %17’dir (19/109) (132). Çalışmamızda basılı yayın organlarındaki sağlık ile ilgili yazılara güven durumuna bakıldığında gazetelere tam güven oranı %10.9, kısmen güven oranı %77.2 iken güvensizlik oranı %12 bulunmuştur. Aynı oranlar dergiler için sırası ile %16.3, %75.5 ve %8.2’dir. Genel olarak medya araçlarına güven durumuna bakıldığında ise vakaların en yüksek oranda katılım gösterdikleri güven durumu belirteci “bilgi veren kişi/kişilerin kimlik ve ünvan bilgilerinin olması” gerekliliği olarak saptanmıştır. Bilgide “kaynak gerekliliği”, “bilgi veren sitenin ticari amaç içermemesi gerekliliği” diğer yüksek katılım görülen güven belirteçleri olarak tespit edilmiştir. Sadece medyada yer alıyor olmasının o bilginin güvenilir olması gerektiğini düşünen katılımcı oranı %7.8’dir. Medyadan öğrenilen alternatif tedaviyi doktorlarının tedavisinin yerine kullanmayı düşünenlerin oranı %3.6’dır. Bu tedaviyi doktorlarına

danışmayı uygun bulanların oranı ise %34.9'dur. Sorgusuz uygulama ve yakınlarına tavsiye etmeyi "kesin" olarak düşünen katılımcı görülmemiştir. Hayran ve Özdemir haber içerisinde hekim adı geçen haberlerin %58'inde içeriğin tıbbi açıdan doğru olduğu, hekim adı geçmeyen haberlerin sadece %32'sinde içeriğin tıbbi açıdan doğru olarak tespit edildiğini belirtmişlerdir (p=0,018). Haber içerisinde kaynak belirtilen haberlerin %59'unda içerik tıbbi açıdan doğru iken, kaynak belirtilmeyen haberlerin %49'unda içerik tıbbi açıdan doğru bilgileri içerdiği saptanmıştır (p=0,345) (132).

Kitle iletişim araçlarında verilen sağlık ile ilgili bilgilerin konusunda uzman kişilerce hazırlanması gerektiği, bilgilerin kanıta dayalı güncel araştırmalar neticesinde elde edilmiş ve ticari / şahsi / kurumsal kaygı taşımayan araştırmaların bulgularına dayandırılması gerektiğini yazıda mutlaka kaynakların sunulması gerektiği ve bu yayınların mutlaka denetlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu temel kriterler ile bu bilgilerin medyada yer alan sağlık haberlerine güveni arttıracığı ve toplumsal sağlığın geliştirilmesinde önemli katkı sağlayabileceği öngörülebilir. Aksi durumlarda hem bu yayınlara olan güven sarsılacak, hem yanlış/eksik bilgiler ile kullanıcıların ek veya artmış sağlık problemlerine neden olacak, hem de yine kullanıcıların sağlık kuruluşlarından elde ettikleri bilgiler ile karşılaştıracakları bu bilgiler ile bir kaosa neden olabileceği aşikardır.

Yapılan bir çalışmadan internetten elde edilen sağlık bilgisine ilişkin alt analizlerde, internet üzerinden sağlık bilgisi edinilenlerin %56'sının, bu kanalla sağlık bilgisi edinmenin kendi ya da bir diğer kişinin sağlığını kontrol etme ve yönetebilme üzerinde bilinç sağladığını, %49'unun ise, internet üzerinden elde edilen sağlık bilgisinin kendilerinin diyet yapabilme, stres yönetimi, egzersiz yapma gibi konularda düşünme tarzlarını değiştirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (100). ABD' de yapılan kanser araştırmaları sonuçlarına göre, kanser hastalarının %92'si, internet üzerinden elde edilen sağlık bilgilerinin karar süreçleri üzerinde kendilerini güçlendirdiğini ve doktorla konuşmada kendilerine anlamlı derecede yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (106). Başka bir çalışmada ise, internetten elde edilen bilginin sağlık danışmanlarıyla tartışılması durumunda, sağlıkla ilgili karar süreçlerinde çok daha etkin kullanabildiği saptanmıştır (107). Literatür ek olarak online sağlık bilgi arayışında olanların daha güvenli hissettiklerini göstermektedir (90, 99, 102, 108). Böylesi potansiyel yararları olabilecek bir aracın yeterli denetim ve uygun içerikle kullanılmasının önemi ortadır. Bir çalışmada kanser hastalarının internet üzerinden elde ettikleri bilgiyi; %31 oranında etkileyici, %27 oranında kafa karıştırıcı, %

76 oranında ise çelişkili buldukları belirtilmiştir (106). Bu “etkileyici” olarak tabir edilen, güven veren ve potansiyel faydaları olabilecek oranların arttırılması gerekmekte, bu konuda ülkelerin sağlık kurum ve kuruluşlarına, sağlık çalışanlarına önemli roller düşmektedir. Avcı ve Avşar (2014) yeni medya kanallarının yaygın kullanımının bireyin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi için bir fırsat olacağını vurgulamıştır. Bir kontrol mekanizmasının olmaması ve mevcut bilgilerin güvenilirliği ile ilgili sorunların çözüme kavuşturulmasının gerekliliği vurgulanmıştır. ABD’ de, aile hekimliği hizmeti alan 18 ve üzeri yaş grubundaki 1289 hasta birey üzerinde yapılan araştırmada, katılımcıların %98,7’sinin internetten elde ettikleri sağlık bilgilerini anlaşırlar, %98,1’inin ise güvenilir bulunduğu tespit edilmiştir. Bu yüksek oranların ülkemizde de görülebilmesi için gerekli kurumsal ve şahsi adımların atılması ülkemiz sağlık planlamasında yer alması gereken önemli bir noktadır. Ayrıca bu çalışmada, bilginin güvenilirlik düzeyi ölçütleri olarak; devlet ya da profesyonel kurumlar tarafından onanmış olmasının (%48), güvenilir yazar ya da kaynaklar tarafından yazılmış ve destekleniyor olmasının (%47) ve bilginin anlaşılabilirliğinin (%45) etkin unsurlar olduğu saptanmıştır. Bu da medyada yer alan bilgilerin açık, net, kaynak verilerek düzenlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Medya araçlarından internet diğerlerine nazaran hem kolay ve hızlı erişilebilirlik, hem de detaylı seçenekleri ile diğerlerinden daha avantajlı durumdadır. Nitekim, Wanless (2002), tarafından yapılan bir çalışmada; hastaların %63’ü, internetten elde ettikleri bilginin gereksiz şekilde doktor ziyaretinde bulunmalarının önüne geçtiğini belirtmişlerdir (110). Çalışmamızda da internetten sağlık bilgisi arama nedenleri arasında katılımcılara sunulan şıklarda en yüksek oranda katılım gören maddelerin sırası ile kısa sürede erişim, kolay erişilebilirlik, çekinilen konularda araştırmaya imkan sağlaması, ulaşılabilen bilgi miktar ve çeşidinin fazlalılığı olduğu görülmüştür. Bu sebeplerden dolayı çalışmamızın sonucunda da sağlık ile ilgili medya araçlarının kullanımında internet %71.4 ile en sık kullanılan araç olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bilgi doğrultusunda bu araç üzerinden topluma sağlık ile ilgili bilgilerin kolay aktarılabilceği ve daha sık ve yerinde kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur;

Hazırlanan anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek soru- cevap şeklinde uygulanmıştır. Aktardan alınan ilaçların kullanılması, sağlık personeli olmayan şifacılar başvurması gibi yanlış olduğu genel kabul gören uygulamalar sorulduğunda

anketi uygulayan kişinin bir sağlık çalışanı olduğunu bilmeleri sebebiyle kişilerin eksik ya da yanlış cevap vermiş olabileceklerini düşünmekteyiz. Kişilere “Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için medya araçlarını kullanıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda da “direk doktora başvurmayı tercih ediyorum medya araçlarından bu durumu araştırmıyorum” diyenler yine aynı sebeple soruyu soranın doktor olduğunu bildikleri için önce doktora başvurduklarını söylemiş olabilirler düşüncesi içindeyiz.

Ayrıca biz bu çalışmayı üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda uygulayarak sağlık sisteminin birçok noktasına temas etmiş, sağlık arama davranışı açısından farklı aşamalardan geçmiş hasta popülasyonu ile karşılaşmayı hedefledik. Fakat hastalara hastanede, sağlıkları ile ilgili kaygı duydukları bir ortamda anketin uygulanıyor olması sıkılmalarına, cevapları düşünerek değil de geçiştirerek vermelerine sebep olmuş olabilir. Bu açıdan daha farklı ortamlarda yapılacak araştırmalarla bu tarz çalışmaların tekrarlanması uygun olabilir.

Anketimiz daha önce de belirttiğimiz gibi yüz yüze soru-cevap tekniğiyle uygulanmıştır. Hem bu nedenle hem de bazı hastaların hastane ortamında stres altında oldukları için anketi uygulamayı reddetmeleri sebebiyle ulaşılan kişi sayısı 192 ile sınırlı kalmıştır. Toplumun genelini yansıtabilmesi açısından daha geniş çaplı daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Günümüzde medya araçlarının yaygınlığı, kullanım oranları ve ulaşılabilirliği giderek artmaktadır. Bu durum toplum sağlığı açısından çok olumlu gelişmelere katkı sağlayabilir. Fakat bu ilerlemeler bir yandan, hem denetimsiz ve kontrolsüz bilgilerin çoğalmasına, hem de bu alandan fayda sağlayacak kesimlerin medyayı kendi çıkarları doğrultusunda kullanmasına sebebiyet vererek çok olumsuz sonuçlar doğurabilir. Çalışmamız bu açıdan kişilerin sağlık arama davranışı içerisinde medyayı ne sıklıkla kullandıkları, içeriklere güvenip güvenmedikleri, güven oluşması için hangi kriterlerin olmasını bekledikleri gibi birçok soruya cevap aramıştır. Beklendiği gibi kişilerin sağlık bilgisi aramak için medyayı kullanım oranları çok yüksek saptanmıştır. Genel anlamda medyadaki haberlerde yer alan gerekli-gereksiz, doğru-yanlış, geniş kitleleri taraflı ve yanlış olarak etkileyebilecek bilgi kirliliğinin önüne geçilmeli, gerekli denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Özellikle Sağlık Bakanlığının ve diğer yönetim

birimlerinin bu konularda en ön saflarda yer alıp kontrolü ellerinde tutmaları gerekmektedir. Çalışmamız, bu açıdan yapılacak olan diğer çalışmalara öncülük ederek, daha detaylı, daha kapsamlı çalışmalar ışığında gereken düzenlemelerin yapılmasına katkı sağlayacaktır.



## KAYNAKLAR

1. DSÖ (World Health Organisation) (1946) Constitution of the World Health Organisation. Erişim Tarihi: 08.04.2016  
DOI:<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2013). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, Ankara. Erişim Tarihi: 08.04.2016  
[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1028](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028)
3. Lucas K. and Lloyd B. Health Promotion: Evidence and Experience. London: Sage Publications Ltd. 2005, s5.
4. Ewles L. and Simnett I. Promoting Health: A Practical Guide. Editor: Richard Parish, 6th edn. Edinburgh: Ballière Tindall, Elsevier 2010, s3.
5. Tones K. Green J. Health Promotion: Planning and Strategies. Sage Publications, 2004, s7
6. Aggleton P. Health. (Editor: Patrick McNeill) Routledge Taylor&Francis Group. 1990, s1. ISBN: 0-203-44991-1
7. Saracci R. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. BMJ. 1997 May 10; 314(7091): 1409–1410.
8. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. Med Health Care Philos. 2005;8(3):335-41.
9. Larson JS. The conceptualization of health. Med Care Res Rev. 1999 Jun;56(2):123-36.
10. Parsons T.1978. Health and Disease: A Sociological and Action Perspective. In Action Theory and Human Condition. (Erişim Tarihi: 26.04.2016).  
<http://www.geocities.ws/parsonstalcott/ATandtHC/health.htm>
11. M Huber. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163> (Published 26 July 2011)
12. Blaxter, M. Health and Lifestyles. Routledge. London 1990. ISBN 0415001471, 9780415001472, s13.
13. Blaxter M. Health. Polity, 2010. ISBN 0745648452, 9780745648453, s78.
14. Cronin de Chavez, A, Backett-Milburn. K, Parry O, et al. Understanding and researching wellbeing: its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. Health Education Journal, 2005, 64, 70-87.
15. Laverack L. Health Promotion Practice Power and Empowerment. Sage Publications Ltd. 2004, s48.
16. Lee Y and McCormick BP. Subjective well-being of people with spinal cord injury: Does leisure contribute? Journal of Rehabilitation, 2004, 70(3), 5-12.
17. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s2.
18. Önder R, 2014. Sağlık Arama Davranışı Ve Etki Eden Etkenler. Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
19. Erefe İ ve ark. “Tıbbın Tarihsel Gelişimi İçinde Halk Sağlığı Kavramı”, Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 1996, s2.



20. Tekin A, 2007. Sağlık-Hastalık Olgusu Ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı
21. Locker D. Social Causes of Diseases. Sociology as Applied to Medicine. (Editor: Graham Scambler) 4th ed, London: WB. Saunders, 1977, s 30.
22. Sandra K, Davidson and Peter LS. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. MJA Vol 179, September 2003
23. MacKian S. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. University of Manchester Health Systems Development Programme, 2003. (erişim tarihi: 09.05.2016). [http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/healthsysdev\\_kp/05-03\\_health\\_seeking\\_behaviour.pdf](http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/healthsysdev_kp/05-03_health_seeking_behaviour.pdf)
24. Oskay Ü. Medikal sosyolojide bazı kavramsal açıklamalar. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 1993, 4: 90-132. 102-103
25. Cırhinlioğlu Z. Sağlık Sosyolojisi. 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara, 2001
26. Birol L. Hemşirelik Süreci. 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 1997
27. Field D. "The Social Definition of Illness", An Introduction to Medical Sociology, Edit. David Tuckett, Tavistock Publications, London, 1976, s.334-335
28. Cassel EJ. The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship, Lippincott, New York, 1976, s47-83
29. Kızılcılık S. Türkiye'nin Sağlık Sistemi, Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, Saray Kitapevleri, İzmir, 1996
30. Şahin B. Sağlıkın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. Sağlık ve Toplum, 1999, 9(3): 3-11.
31. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentals of Nursing. Stanley Thornes (publishers) Ltd., United Kingdom, 1997,s46
32. Bekar M. Kültürler arası (transkültürel) hemşirelik. Toplum ve Hekim, 2001,6(2):136-141.
33. Mechanic D. 'Sociological Dimensions of Illness Behavior', Social Science and Medicine, 1995, 41, s. 1208.
34. Herzlich C. Health and Illness, a Sociological Psychological Analysis, Academic Press, London, 1973,s30
35. Pilcher J. Key Concepts in Medical Sociology, Sage Publications Ltd, London, 2004, s66, (Erişim Tarihi: 10.04.2016) <http://site.ebrary.com/lib/suleyman>
36. Helman CG. "Disease Versus Illness in General Practice", Journal of the Royal College of General Practitioners, 31, 1981, s548-52.
37. Zola IK. "Patways to The Doctor: From Person to Patient", Social Science and Medicine, 7, 1973, s677-89
38. Mechanic D, Edmund HV. "Stres, Illness Behavior and Sick Role", American Sociological Review, 26, 52, 1961.
39. J. Amzat, O. Razum, Medical Sociology in Africa, (erişim tarihi:08.05.2016). DOI 10.1007/978-3-319-03986-2\_2

40. Muhammadali N. Introduction To Mass Communication. University Of Calicut School Of Distance Education. 2011. (erişim tarihi: 08.05.2016) <http://www.universityofcalicut.info/SDE/SMMassCommunication.pdf>.
41. Okunna, CS. Introduction to Mass Communication. Enugu: New Generation Books.1994, s76
42. Debanjan B. Mass Communication: Trends, Traits and Theories, 'Journal of Media and Communication Studies', 2010, Vol. 2(5), Academic Journals.
43. Koçak, A., Bulduklu, Y. Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. Selçuk İletişim Journal Of Selcuk Communication . Selçuk İletişim, 6, 3, 2010
44. Tabak RS. Sağlık İletişimi, 2. Baskı, Literatür Yayınları, İstanbul, 2003.
45. Schiavo R. Health Communication From Theory to Practice, A Wiley Imprint, San Francisco, 2007, s44
46. Parrott R. Emphasizing Communication in Health Communication, Journal of Communication, 2004, 54 (4), 751-787.
47. Brown JD, Walsh-Childers K. Effects of Media on Personal and Public Health, In Bryant & D. Zillmann (Eds.), Media Effects Advances in Theory and Research, Lawrence Erlbaum Associates, London, 2002, s 453-88.
48. Ratzan SC. Health Literacy: Communication for the Public Good, Health Promotion International, 15 (3) Oxford University Pres, 2001, s207-14.
49. Wallner F. Searching for Common Ground in A Local Media Campaign, New South Wales Public Health Bulletin, 1997, 8 (4).
50. MacDonald TH. Rethinking Health Promotion A Global Approach, Routledge, London, 1998, s11.
51. Bhuiya A. Health for The Rural Areas. Published by ICDDR. (Erişim tarihi: 11.05.2016). [http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/futurehealth\\_rpc/fhsbookhealthforruralmasses.pdf#page=74](http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/futurehealth_rpc/fhsbookhealthforruralmasses.pdf#page=74)
52. A rapid assessment of health seeking behaviour in relation to sexually transmitted disease. WHO June, 1995. (Erişim tarihi: 11.05.2016). <http://www.who.int/hiv/topics/HealthcareSeeking.pdf>
53. David V. Illness and Sick-Role Behavior. Encyclopedia of Public Health , 2002. (Erişim tarihi: 11.05.2016). <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000445.html>
54. David V. Illness and Sick-Role Behavior. Encyclopedia of Public Health , 2002. (Erişim tarihi: 11.05.2016). <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000445.html>
55. David V. Illness and Sick-Role Behavior. Encyclopedia of Public Health , 2002. (Erişim tarihi: 11.05.2016). <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000445.html>
56. Shaikh BT. Understanding social determinants of health seeking behaviours, providing a rational framework for health policy and systems development. (Erişim tarihi: 11.05.2016). [http://jpma.org.pk/full\\_article\\_text.php?article\\_id=1284](http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1284)

57. Esin M, Aktaş E, "Çalışanların Sağlık Davranışlarını ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingal Hemşirelik Dergisi, 2012, 20 (2).
58. Üner S, İrgil E, Erengin H, Kurt Ö, Gözüm S. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Antalya, 2013.
59. Tipping G, Segall, M. (1995). Health care seeking behaviour in developing countries: an annotated bibliography and literature review. Development Bibliography, 12. Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex, 1995. (Erişim Tarihi: 11.05.2016).  
<http://www.ids.ac.uk/idspublication/health-care-seeking-behaviour-in-developing-countries-an-annotated-bibliography-and-literature-review>
60. Hausmann-Muela S, Muela Ribera J, Nyamongo I, Health-seeking behaviour and the health system response, 2003, DCPP Working Paper No. 14
61. Conner M, Brkshire PN. 2005. Predicting health behaviour. McGraw-Hill Education (UK), 2005, s179-223
62. Jane O. Health psychology: a text book. Berkshire. McGrawHill Education. (Erişim Tarihi: 11.05.2016).  
[http://www.sanjeshp.ir/phd/phd\\_91/Pages/References/Psychology%20in%20health/Health%20Psychology.pdf](http://www.sanjeshp.ir/phd/phd_91/Pages/References/Psychology%20in%20health/Health%20Psychology.pdf)
63. Bennett P, Hodgson R. Psychology and Health Promotion, (Editors: Bunton R, Macdonald G.) (2nd Edition), Routledge, London, 1992, ss.22-39.
64. Curtis AJ. Health Psychology, Psychology Press, 2000, ss1-32
65. Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, Anadolu Psikiyatri Derg, 2007, 8 (3), 215-223.
66. Çınarlı İ. Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayınevi, Ankara, 2008, s189
67. Rohleder P. Critical issues in clinical and health psychology. London, Sage Publications, 2012, s129-85
68. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. AŞ, 2004, s76.
69. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. Sağlık Bakanlığı, 2011. (Erişim Tarihi: 11.05.2016).  
[http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%4%9E%4%B0T%4%B0M/07\\_10\\_2011\\_16\\_47\\_33.pdf](http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%4%9E%4%B0T%4%B0M/07_10_2011_16_47_33.pdf)
70. Champion VL, & Skinner CS. (2008). The health belief model. (Editors: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K) (4th ed). Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco: Jossey-Bass, s 45-65
71. Redding CA, Rossi JS, Rossi RS, Velicer WF, Prochaska JO. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of Health Education, 2000V:3, Special Issue, s180-93.
72. Fiske ST, Taylor SE. Social cognition: From brains to culture. Sage Publication, 2013. ISBN 9781446263945
73. Striano, T. Reid V. Social Cognition: Development, Neuroscience and Autism. Wiley-Blackwell, 2009, s210. ISBN 1-4051-6217-1
74. Blair J, Mitchel D, Blair K. Psychopathy, emotion and the brain. Wiley-Blackwell, 2005, s25-7. ISBN 0-631-23336-9

75. Cacioppo JT, Berntson GG, Sheridan JF, McClintock MK. Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 2000, 126, 829–43
76. Cacioppo JT. Social neuroscience: understanding the pieces fosters understanding the whole and vice versa. *American Psychologist*, 2002, 57, 819–31.
77. Adolphs R. "Social cognition and the human brain". *Trends in Cognitive Sciences*, 1999, 3 (12): 469–79.
78. Shaffer DR, Kipp K. *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. "Chapter 12: Theories of social and cognitive development". Wadsworth Publishing Company, 2009, s78. ISBN 0-495-60171-3.7
79. Montaño DE, Kasprzyk D. *Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and Integrated Behavioral Model* (Editors: Glanz K, Rimer BK, K. Viswanat), (4.th Edition), *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*, Jossey-Bass A Wiley Imprint, San Francisco, 2008, ss. 67-96.
80. Ajzen I. *Attitudes, Personality and Behavior*, (2nd. Edition), McGraw-Hill, NY., 2005, s51
81. Hausmann-Muela S, Muela Ribera J, Nyamongo I , The PASS-model: a model for guiding health-seeking behavior and access to care research *Malaria Reports* 2012; volume 2:e3 (erişim tarihi:15.05.2016).  
[www.pagepressjournals.org/index.php/malaria/...e3/pdf](http://www.pagepressjournals.org/index.php/malaria/...e3/pdf)
82. Gorin SS. *Models of Health Promotion* (Gorin SS, Arnold J) *Health Promotion in Practice*, Jossey-Bass A Wiley Imprint, San Francisco, 2006, s21-66.
83. Murphy S, Bennet P (2002) *Psychology and Health Promotion* (Editors: Bunton and Macdonald G) *Health Promotion Disciplines, Diversity, and Developments*, Routledge, London, 2002, s31-52.
84. Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Social Science and Medicine* 2000, 51: 361-371.
85. Aslan ve ark. Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık- Hastalık Kavramları İle ilgili Görüşleri Ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2004, 13(2): 30-38.
86. Internet World Stats. Europe 2010 [cited 20 March 2010]. Available from: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
87. Schiavo R. The rise of e-health: current trends and topics on online health communications. *Journal of Medical Marketing* 2008;8(1):9-18.
88. 101. Internet World Stats (IWS) (2013). *Internet Usage & Population Statistics 2012*, <http://www.internetworldstats.com/stats.htm> (31.12.2013)
89. Pew Internet & American Life Project (PIALP) (2009). *Health Information on the Internet, U.S.* (Erişim Tarihi:16.05.2016)  
[http://www.pewinternet.org/files/oldmedia/Files/Reports/2009/PIP\\_Generations\\_2009.pdf](http://www.pewinternet.org/files/oldmedia/Files/Reports/2009/PIP_Generations_2009.pdf)
90. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, et al. European citizens use of e-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health* 2007;7(53).

91. Murray E. And et al. The impact of health information on the internet on health care and the physician-patient relationship: National US Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 2003, 5(3): 1727-1734.
92. Sorensen T. Health Trends WHO/eHealth consumer trends survey 2005, presentation at joint meeting of the SANCO Health systems working party and the INFOS eHealth Working group, Luxemburg [cited 1 April 2010]. Erişim Tarihi: 15.05.2016)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/implement/wp/systems/docs/ev\\_20051201\\_co19\\_n.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20051201_co19_n.pdf)
93. Lorence DP, Park H, Fox S. Assessing health consumerism on the web: a demographic profile of informationseeking behaviours. *Journal of Medical Systems* 2006;30(4):251-258.
94. Atkinson NL, Saperstein SL, Pleis J. Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of Medical internet Research* 2009;11(1):e4.
95. Fox S, Jones S. The social life of health information, Pew internet & American Life Project 2009 [cited 29 March 2010]. (Erişim Tarihi: 15.05.2016)  
<http://www.pewinternet.org/Reports/2009/8-The-Social-Life-of-Health-Information.aspx>.
96. Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of Medical internet Research* 2008;10(3):e22.
97. Wangberg SC, Andreassen HK, Prokosch H-U, Santana SMV, Sorensen T, Chronaki CE. Relations between internet use, socio-economic status (SES), social support and subjective health. *Health Promotion International* 2008; 23(1):70-77.
98. Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, Prokosch H-U, Rasmussen J, Santana S, Staniszewski A, Wangberg SC. eHealth trends in Europe 2005-2007: a population-based survey. *Journal of Medical internet Research* 2008;10(4):e42.
99. Sorensen T. eHealth trends: WHO/European eHealth consumer trends survey final report. Luxembourg: Health & Consumer Protection Directorate General; 2008.
100. Fox S. The engaged E-patient population, Pew internet & American Life Project 2008 [cited 29 March 2010]. (Erişim Tarihi: 15.05.2016)  
<http://www.pewinternet.org/Reports/2008/The-Engaged-Epatient-Population.aspx>.
101. Ybarra M, Suman M. Reasons, assessments and actions taken: sex and age differences in uses of Internet health information. *Health Educ Res.* 2008 Jun;23(3):512-21. Epub 2006 Jul 31.
102. Ybarra M, Suman M. Reasons, assessments and actions taken: sex and age differences in uses of internet health information. *Health Education Research* 2008;23(3):512-521.
103. Kalichman SC, Cherry C, Cain D, Benotsch E, Weinhardt LS, Pope H, et al. Health information on the internet and people living with HIV/AIDS: information evaluation and coping styles. *Health Psychology* 2006;25 (2):205-210.
104. Schwartz, K. L. ve ark. Family medicine patients' use of the internet for health information: A metronet study. *Journal of American Board of Family Medicine: JABFM*, 2006,19(1): 39-45.

105. Bass SB. ve ark. Relationship of internet health information use with patient behavior and self-efficacy: Experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the national cancer institute's cancer information service. *Journal of Health Communication*, 2006, 11(2): 219-236.
106. Eysenbach G. The impact of the internet on cancer outcomes. *CA Cancer J Clin.*, 2003, 53(6): 356-371.
107. Broom A. Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. *Health (London)*. 2005 Jul;9(3):319-38.
108. Fox S. Online Health Search 2006, Pew internet & American Life Project [cited 29 March 2010]. (Erişim Tarihi: 15.05.2016)  
<http://www.pewinternet.org/Reports/2006/Online-Health-Search-2006.aspx>.
109. Nicholas D, Huntington P, Gunter B, Russell C, Withey R. The British and their use of the web for health information and advice: A survey. *Aslib Proc.*, 2003, 55(5/6): 261-276.
110. Wanless D. Securing our future health: Taking a Long Term View-Final Report. HMGO The Public Unquiry Unit, London, 2002. (Erişim Tarihi: 15.05.2016)  
<http://si.easp.es/derechosciudadania/wp-content/uploads/2009/10/4.Informe-Wanless.pdf>
111. Kiley R. Does the internet harm health? *British Medical Journal*, 2002, 26(324): 235-241.
112. Hu Y, Sundar SS. Effects of online health sources on credibility and behavioural intentions. *Communication Research* 2010;37(1):105-132.
113. Gallagher S, Tedstone Doherty D, Moran R, Kartalova-O'Doherty Y. internet use and seeking health information online in Ireland: demographic characteristics and mental health characteristics of users and non-users. HRB Research Series 4. Dublin: Health Research Board; 2008.
114. McMullan M. Patients using the internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 2006;63(1-2):24-28.
115. Fox S, Jones S. The social life of health information, Pew internet & American Life Project 2009 [cited 29 March 2010]. (Erişim Tarihi: 15.05.2016)  
<http://www.pewinternet.org/Reports/2009/8-The-Social-Life-of-Health-Information.aspx>.
116. Lustria MLA. Can interactivity make a difference? Effects of interactivity on the comprehension of an attitudes toward online health content. *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 2007; 58(6):766-776.
117. Sillence E, Briggs P, Harris P, Fishwick L. Going online for health advice: changes in usage and trust practices over the last five years. *Interacting with Computers* 2007;19(3):397-406.
118. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical internet Research* 2006;8(2):e9.
119. Palsdottir A. Seeking information about health and lifestyle on the internet. *Information Research* 2009;14(1).

120. Tang H, Ng JH. Googling for a diagnosis – use of Google as a diagnostic aid: internet based study. *British Medical Journal* 2006;333(7579):1143-1145.
121. Prendiville TW, Saunders J, Fitzsimons J. The information-seeking behaviour of paediatricians accessing webbased resources. *Archives of Disease in Childhood* 2009;94(8):633-635.
122. Younger P. internet-based information-seeking behaviour amongst doctors and nurses: a selective review of the literature. *Health Information and Libraries Journal* 2010;27(1):2–10.
123. Podichetty VK, Booher J, Whitfield M, Biscup RS. Assessment of internet use and effects among healthcare professionals: a cross sectional survey. *Postgraduate Medical Journal* 2006; 82(966):274–279.
124. De Leo G, LeRouge C, Ceriani C, Niederman F. Websites most frequently used by physician for gathering medical information. *AMIA Annual Symposium Proceedings* 2006;902.
125. Hartzband P, Groopman J. Untangling the web – patients, doctors and the internet. *New England Journal of Medicine* 2010;362(12):1063-1066.
- 126.139. Roy A, Kostkova P, Catchpole M, Carson E. Web-based provision of information on infectious diseases: a systems study. *Health Informatics Journal* 2006;12(4):274-292.
127. Davies K. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Information and Libraries Journal* 2007; 24(2):78–94.
128. Masters K. For what purpose and reasons do doctors use the internet: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 2008;77(1):4-16.
129. Schiavo R. The rise of e-health: current trends and topics on online health communications. *Journal of Medical Marketing* 2008;8(1):9-18.
130. Kitchin DR, Applegate KE. Learning radiology a survey investigating radiology resident use of textbooks, journals, and the internet. *Acad Radiol.* 2007 Sep;14(9):1113-20.
131. Verhoeven F, Steehouder MF, Hendrix RMG, van Gemert-Pijnen JEWC. How nurses seek and evaluate clinical guidelines on the internet. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(1):114-127.
132. Mürvet Hayran, Berk Özdemir. Sağlık Haberlerinin İçerik Analizi ve Medya Etiği Yıl 2011 Sayı 25
133. Yirmibeşoğlu E, Öztürk AS, Erkal HŞ, Egehan İ. Kanser Hastalarının Bilgi Arayışında İnternet Kullanımı İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(2) 125-128 (2005)

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı, soyadı : Nagihan SARI  
Uyruğu : T.C.  
Doğum tarihi ve yeri : 24.08. 1987, Antakya  
Medeni hali : Evli  
Telefon : 0 (344) 280 3163, 0 (505) 838 12 11  
e-posta : nagihan.osmanca@gmail.com

### Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Üniversite	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	2011
Lise	Zonguldak İMKB Anadolu Öğretmen Lisesi	2005

### Görev Yerleri

Yıl	Yer	Görev
2011-2012	Türkoğlu Toplum Sağlığı Merkezi	Pratisyen Hekim
2012-2016	K.S.Ü Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.	Arş. Gör. Dr.



## EK-1 ANKET ÖRNEĞİ

1. YAŞINIZ:	2. CİNSİYETİNİZ : a) Kadın b) Erkek
3. MEDENİ DURUMUNUZ: a) evli b) bekar c) boşanmış / eşini kaybetmiş	4. EĞİTİM DURUMUNUZ (En son bitirdiğiniz okul): <input type="checkbox"/> 1) Okur-Yazar Değil <input type="checkbox"/> 2) Okur-Yazar <input type="checkbox"/> 3) İlkokul <input type="checkbox"/> 4) Ortaokul <input type="checkbox"/> 5) Lise <input type="checkbox"/> 6) Üniversite <input type="checkbox"/> 7) Yüksek lisans ve üstü
5. YERLEŞİM YERİ: a) İl merkezi b) İlçe c) Köy-Kasaba	
6. MESLEK: a) Emekli b) İşçi c) Esnaf d) Ev hanımı e) Memur f) İşsiz g) Diğer	
7. GELİR DURUMUNUZ? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla	
8. SOSYAL GÜVENCENİZ? a) SGK b) Özel sigorta c) Yeşil kart d) Sigortam yok	
9. KRONİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI? a) hayır b) evet:	
10. KRONİK HASTALIĞINIZ VARSA KAÇ YILDIR?	
11. MADDE BAĞIMLILIĞINIZ VAR MI? a) Sigara b) Maraş otu c) Diğer (.....) d) yok	
12. Sizce "sağlık" terimini aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır? a) Bedenen iyilik hali e) Kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme b) Bedenen ve ruhen iyilik hali f) Organların fonksiyonlarını yerine getirebilmesi c) Zinde olmak g) Genç ve güzel olmak d) Ruhen iyilik hali h) Bedenen, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali	

İFADELER (Sizce sağlıkta bir bozulma olduğunda ne yapılır?)	Hafif belirtileri olan rahatsızlık		
	Evet	Hayır	Bilmiyorum Fikrim yok
13. Kendiliğinden iyileşmesi beklenir.			
14. Yakınlara, aile büyüklerine danışılır.			
15. İlk olarak ASM ye başvurulur.			
16. İlk olarak konunun uzmanına (2. Ya da 3. Basamak) başvurulur.			
17. Aktardan alınan bir ilaç kullanılabilir.			
18. Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulunduğu söylenen kişiye başvurulabilir.			
19. Eczaneye giderek orada önerilen ilaç kullanılabilir.			
20. Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanılabilir.			
21. Medya araçlarından bu durum araştırılabilir.			

İFADELER (Sizce sağlıkta bir bozulma olduğunda ne yapılıır?)	Ciddi belirtileri olan rahatsızlık		
	Evet	Hayır	Bilmiyorum Fikrim yok
13. Kendiliğinden iyileşmesi beklenir.			
14. Yakınlara, aile büyüklerine danışılır.			
15. İlk olarak ASM ye başvurulur.			
16. İlk olarak konunun uzmanına (2. Ya da 3. Basamak) başvurulur.			
17. Aktardan alınan bir ilaç kullanılabilir.			
18. Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulduğu söylenen kişiye başvurulabilir.			
19. Eczaneye giderek orada önerilen ilaç kullanılabilir.			
20. Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanılabilir.			
21. Medya araçlarından bu durum araştırılabilir.			

İFADELER ( Hastalandığınızda ne yaparsınız? )	Hafif belirtileri olan rahatsızlık			
	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
22. Öncelikle bir müddet kendiliğinden iyileşmesini beklerim.				
23. Öncelikle yakınlarıma danışırım.				
24. Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanırım				
25. Bir eczaneye gidip orada önerilen ilacı kullanırım.				
26. Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulduğu söylenen kişiye başvururum.				
27. Aktardan aldığım ilacı kullanırım.				
28. Medya araçlarından bu durumu araştırırım.				
29. İlk olarak ASM' ye başvururum.				
30. İlk olarak konunun uzmanına (2. Ya da 3. Basamak) başvururum				

İFADELER ( Hastalandığınızda ne yaparsınız? )	Ciddi belirtileri olan rahatsızlık			
	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
22. Öncelikle bir müddet kendiliğinden iyileşmesini beklerim.				
23. Öncelikle yakınlarıma danışırım.				
24. Daha önce benzer şikayeti olanların kullandığı ilaçlardan kullanırım				
25. Bir eczaneye gidip orada önerilen ilacı kullanırım.				
26. Sağlık personeli olmayan fakat bu soruna çözüm bulduğu söylenen kişiye başvururum.				
27. Aktardan aldığım ilacı kullanırım.				
28. Medya araçlarından bu durumu araştırırım.				
29. İlk olarak ASM' ye başvururum.				
30. İlk olarak konunun uzmanına (2. Ya da 3. Basamak) başvururum				

31. Sağlıkla ilgili bilgi edinmek için medya araçlarını kullanır mısınız? a) evet b) hayır

32. Cevabınız hayır ise neden? .....

33. Cevabınız evet ise medya araçlarından hangisini en sık kullanırsınız?

a) Tv b) Gazete c) Dergi d) İnternet e) Hiçbiri

34. 31. Soruya cevabınız evet ise medya araçlarından genellikle sağlıkla ilgili ne tür bilgiler edirsiniz ? ( Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz )

a) Hastalıklarla ilgili genel bilgiler

b) Tedavi yöntemleri ve seçenekleriyle ilgili bilgiler

c) Gıdalar beslenme ve diyet ile ilgili bilgiler

d) Muayeneye gitmeden önce var olan hastalık belirtilerine yönelik ön bilgi

e) Hastane ve doktor seçimi

f) Alternatif / tamamlayıcı tıp ile ilgili bilgiler

g) Hastalık veya sağlık durumu hakkında bir uzmandan online olarak bilgi almak

35. Televizyonda sağlıkla ilgili programlar izler misiniz? a) evet b) hayır
36. İzliyorsanız ne sıklıkla ? a) Her gün düzenli takip ederim b) Denk geldikçe izlerim c) Dikkatimi çekecek bir bilgi varsa izlerim
37. Televizyonda verilen sağlık bilgilerine genellikle güvenir misiniz? a) evet b) hayır c) kısmen
38. Gazetelerden sağlıkla ilgili yazılar okur musunuz? a) evet b) hayır
39. Okuyorsanız ne sıklıkla? a) Her gün düzenli takip ederim b) Denk geldikçe okurum c) Dikkatimi çekecek bir bilgi varsa okurum
40. Gazetede okuduğunuz sağlık bilgilerine genellikle güvenir misiniz? a) evet b) hayır c) kısmen
41. Dergi veya broşürlerden sağlıkla ilgili yazılar okur musunuz? a) evet b) hayır
42. Okuyorsanız ne sıklıkla? a) Her gün düzenli takip ederim b) Denk geldikçe okurum c) Dikkatimi çekecek bir bilgi varsa okurum
43. Dergi veya broşürlerden okuduğunuz sağlık bilgilerine genellikle güvenir misiniz? a) evet b) hayır c) kısmen
44. Evinizde veya kişisel cihazlarınızda internet erişiminiz var mı? a) evet b) hayır
45. İnternette sağlıkla ilgili bilgi araştırır mısınız? a) evet b) hayır
46. İnternette yaptığınız araştırmalarda ulaştığınız bilgilere genellikle güvenir misiniz? a) evet b) hayır c) kısmen

	İFADELER (İnternette sağlık bilgisi araştırma nedeni)	Katılıyorum	Bilmiyorum/	Katılmıyorum	
47.	Bilgiye erişmenin daha kolay olması				
48.	Bilgiye erişmenin daha ucuz olması				
49.	Bilgiye daha kısa sürede ulaşma				
50.	Aynı sorunu paylaşan kişilerle iletişim kurabilme				
51.	Çekinilen konularda araştırma yapabilme				
52.	Ulaşılan bilgi çeşidinin ve miktarının fazla olması				
53.	Alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olabilme				
54.	Aynı sorunu paylaşan kişilerin tecrübelerinden faydalanabilme				
	<b>İFADELER (Araştırma yaparken web sitesi seçiminde etkili olan faktörler)</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Bilmiyorum/Fikrim yok</b>	<b>Katılmıyorum</b>	
55.	Arama motoruna yazıldığında ekrana gelen sıralama				
56.	Sağlık personeli tavsiyesi				
57.	Yakınlarımla tavsiyesi				
58.	Farklı bir amaçla internette gezinirken karşılaşılan reklamlar				
59.	Forumlar				
60.	İnternet destek grupları				
	<b>İFADELER (Genel olarak medya araçlarında yer alan bilgilere güven oluşturacak kriterler)</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Bilmiyorum/Fikrim yok</b>	<b>Katılmıyorum</b>	
61.	Medyada yer alıyorsa kesinlikle güvenilirdir.				
62.	Kaynak belirtilmesi gerekir.				
63.	Bilgiyi veren kişinin kimliğinin ve ünvanının belirtiliyor olması gerekir.				
64.	Benzer sorunlara sahip kişilerin yorumları hangi noktada yoğunlaşıyorsa o bilgi				
65.	Ticari amaç gütmüyor olması gerekir.				
66.	Doktorunuzun size önerdiği bilgiyle aynı bilgiyi içeriyorsa güvenilirdir.				
	<b>İFADELER (Aşağıdaki cümlelerden size en uygun olanı işaretleyiniz)</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Her Zaman</b>
67.	Medya araçlarından ulaştığım tedavi yöntemlerini hemen uygularım.				

68.	Medya araçlarından ulaştığım bilgileri uygulamadan önce doktora danışırım.				
69.	Medya araçlarından ulaştığım bilgileri yakınlarıma tavsiye ederim.				
70.	Medya araçlarından ulaştığım tedavi yöntemi doktorumun bana uyguladığı yöntemden farklıysa tedavimi değiştiririm.				
71.	Medya araçlarından ulaştığım tedavi yöntemi doktorumun bana uyguladığı yöntemden farklıysa bunu doktorumla görüşürüm.				
72.	Medya araçlarından ulaştığım tedavi yöntemi doktorumun bana uyguladığı yöntemden farklıysa her iki tedaviyi de uygularım.				

