

Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi

Gülcan Kahraman, Türker Baş, Mahmut Akbolat

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Sakarya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Obezite problemi yaşayan bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmelerinde sağlık ile ilgili televizyon programlarının etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Çalışmada, obezite sorunu yaşayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışı gerçekleştirmesinde etkili olup olmadığı da incelenmiştir.

Hastalar ve Yöntem: Sakarya ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarına başvuran 365 kilolu ve obez birey üzerinde bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, Dedeli ve Fadiloğlu (2011) tarafından geliştirilen Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ile ilgili 6 soru sorulmuştur. 2014 yılının Ocak ayında başlanan veri toplama süreci, 2014 yılının Mart ayında sonlandırılmıştır. Nicel verilerin analizi, frekans, fark, korelasyon ve regresyon analizleri yapılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Cinsiyet ve medeni durum dışında kalan bütün sosyo-demografik özellikler ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutları arasında anlamlı ancak zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca, sağlık programlarının obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde etkisinin zayıf olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede kilolu ve obez bireylerin neleri tehdit olarak algıladığı, neleri engel olarak gördükleri, neleri fayda olarak düşündüklerinin belirlenmesiyle obezite ile mücadelede daha gerçekçi politikaların oluşturulabileceği söylenebilir. Ayrıca, obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede televizyon programlarının etkisinin zayıf bulunmasında ürün ya da hizmet reklamı içerikli yayınların yapılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: obezite, sağlık inanç modeli, sağlık programları

THE EFFECT OF HEALTH PROGRAMS ON THE DEVELOPMENT OF ATTITUDES AND BELIEFS IN OBESITY

ABSTRACT

Purpose: It is intended to measure the impact of television programs related to health for individuals, who suffer from overweight and obesity, in developing attitudes and beliefs towards obesity. In the study, it is also examined whether socio-demographic characteristics of individuals, that have problem with obesity, is effective in performing preventive health behaviors or not.

Patients and Methods: Survey was being carried out on overweight and obese individuals, who admitted to health facilities operating in the province of Sakarya. In the study, Obesity Health Belief Model Scale, developed by Dedeli ve Fadiloğlu (2011) was used. Six questions about televised health programs was asked. The process of data collection, that was started in January of 2014, was terminated in March of 2014. Quantitative analysis of the data was evaluated by the frequency analysis, difference analysis, correlation analysis and regression analysis. The results were evaluated in the 95% confidence intervals, $p < 0,05$ significance level.

Results: Exclude marital status and sex, all socio-demographic characteristics and development in attitudes and beliefs towards obesity have significant difference. It is found that there is significant but weak relationship between sub-dimensions of scale. Also, it is found that health programmes have weak impact on development in attitudes and beliefs towards obesity.

Conclusion: It can be said that more realistic policies can be created in the fight against obesity by determining what overweight and obese individuals perceives as threats, what they see as obstacles and what they think as benefit in the development of attitudes and beliefs towards obesity. Also, it is thought that publication of product or service advertised content can be effective in weak impact of television programs in the development of attitudes and beliefs towards obesity.

Key words: obesity, health belief model, health programs

Ortaçağ ve Rönesans döneminde güç, refah ve sağlık göstergesi olarak görülen obezite, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Temelde karbonhidrat metabolizmasının bozulması sonucu ortaya çıkan hastalığın tamamen önlenemez, düzeltilebilir ve iyileştirilebilir olduğu belirtilmektedir (1). Ancak obeziteyle mücadelede sadece bakanlık ve sağlık kuruluşları yeterli görülmemekte; kişinin kendisinin de obeziteyi önleme ve koruyucu sağlık davranışına yönelme konusunda istekli olması beklenmektedir. Bir başka ifade ile, obezite tedavisinde hekim belirleyici olmakla birlikte, kişilerin hastalığa ilişkin tavsiyelere ve düzenlemelere aktif katılımı oldukça önemlidir. Bu çalışmada, obezite ile mücadelede bireyin hastalığı algılayış biçimi ve geliştirdiği tutum incelenmektedir.

Literatür incelemesi

Obezite sağlık inanç modeli

Latince kökenli bir kelime olan obezite, "ob"(nedeniyle) ve "edere"(yemek) kelimelerinin birleşmesinden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi"olarak tanımlamaktadır (2). Obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünerek elde edilmektedir.

Endüstriyel yaşama geçişle birlikte fiziksel gücün azalması ve hareketsizlik (3), sağlıksız beslenme (4); genetik faktörler (5,6,7,8), yaşam tarzı alışkanlıkları (6,9,10), sigara kullanımı (11), hamilelik (12), tıbbi problemler ve kullanılan bazı ilaçlar (13), obeziteyi tetikleyebilmektedir.

Obezite nedeniyle her yıl yaklaşık 2,8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir (14). Obezite, diyabet, kalp damar hastalığı ve kanser hastalıklarının pek çoğunun nedeni olarak ifade edilmektedir (2). Bunların yanı sıra, kas, bel, kalça, diz ve eklem ağrıları, uyku sırasında solunum bozuklukları (15), psiko-sosyal problemler, depresyon ve özgüven kaybı, anoreksiya nervroza (yemek yememe) ve bulimia (yediklerini kusarak çıkarma) gibi yeme bozuklukları (16,17) oluşmasına sebep olabilmektedir. Kısaca, bireyin hayat kalitesini ve süresini etkilemesi nedeniyle, obezite ile mücadele eden birey, aslında pek çok hastalıkla mücadele etmektedir.

Sağlıkta İnanç Modeli, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya neyin motive ettiğini tanımlamaktadır (18). Model, bir değer-beklenti modelidir ve bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer, sağlık

davranışlarının hastalığı önleyeceği inancı ise beklenti olarak ifade edilmektedir (19). Sağlık inanç modeli, farklı hastalıklar için farklı bileşenleri içermektedir; ancak temelde dört temel bileşen üzerinde durulmaktadır. Bu bileşenler, algılanan duyarlılık (bireyin sağlık problemine yatkın olduğuna inanması), algılanan ciddiyet (tehdit edici sağlık probleminin kişide yarattığı endişe), algılanan fayda (bireyin koruyucu davranışının ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetini azaltmada yararlı olacağını hissetmesi) ve algılanan engel (koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenler) olarak ifade edilmektedir (20). Bu çalışmada, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet boyutları birleştirilerek, algılanan tehdit (18) tek bir boyut olarak düşünülmüştür. Koruyucu davranışa yönelmede bireyin genel isteği ve niyetini ifade eden sağlık değeri, çalışmanın bir başka bileşenini oluşturmaktadır (21).

Televizyonda yayınlanan sağlık programları

Sağlık anlayışının odağı giderek değişmekte, "hastalık" kavramı yerine "sağlıklı olmak" ifadesi tercih edilmektedir (22). Buna bağlı olarak, medyada haber programlarında, özel sağlık programlarında, yazı dizilerinde ve internet bloglarında, "sağlıklı yaşam tarzı" vurgusu giderek artmaktadır.

Sağlık bilgisi edinme ile ilgili yapılan pek çok çalışmada, bilgi kaynağı olarak televizyon belirtilmektedir (23,24,25,26,27). Ulusal kanalların haftalık yayın akışları incelendiğinde, sağlıkla ilgili olarak hazırlanmış programların özellikle sabah kuşağında yayımlandığı görülmektedir (28,29). Televizyonda, özellikle sabah kuşağında yayınlanan sağlık programları, toplumun geneline yönelik bilgilendirme yapmakla birlikte, belirli günlerde belirli sağlık sorunlarını işlemektedir. Bu sağlık programlarında kitle iletişiminin bilgilendirme amacı, zaman zaman eğlendirme amacıyla birlikte sunulmaktadır (30).

Kitle iletişimi, bireylere davranış değişikliğini sağlayacak bilgi ve normları ileterek, onları davranış değişikliği için hazır duruma getirmektedir (31). Buna ek olarak, sağlığa ilişkin farkındalığı geliştirmekte ve bireylerin sağlık bilgi düzeyini arttırmaktadır (32). Televizyonda yayınlanan sağlık programlarında hastalığa ilişkin semptomlar ve tedavi seçenekleriyle bilinçlenen hedef izleyici kitlesi, istenilen sağlık davranışına yönelmekte, özellikle erken teşhis sürecinde farkındalık düzeyleri artmakta ve bilgi sahibi olmaktadır. Medyada Bu sağlık programlarını izleyen bireylerin, sağlıkları konusunda daha özenli davrandıkları görülmektedir (33). Bu programlarda obeziteye yönelik bireylere

tavsiyelerde bulunulmakta, hastalığa önlem olarak yapılması gerekenler sıralanmakta ve tedavi yöntemleri hakkında bilgiler sunulmaktadır. Bu programlara konuk olarak katılan uzmanların görüşlerinin, özellikle erken teşhis ve farkındalık oluşturmada obez bireyler için aydınlatıcı olduğu söylenebilir. WHO (1998) tarafından yayınlanan obezite raporunda da kitle iletişim araçlarının obeziteyi azaltmada önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (32).

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının inanç ve tutum değişikliği konusundaki olumlu yansımaları bulunmakla birlikte, bir de bireylerin inanç ve tutumlarını olumsuz yönde etkileme ihtimali de bulunmaktadır. Sabah kuşağında yayınlanan sağlık programlarına konuk olarak katılan sağlık kuruluşları ve buralarda çalışan hekimler, daha önce iyileştirdikleri hastaları kullanarak, kurumlarının açık veya örtülü reklamını yapmaktadır (29). Özellikle programlara katılan uzman hekimler tarafından dayatılan korku, hastaların umutsuzluğa kapılmasına yol açabilmekte, kişilerin tedaviye inançlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Bununla birlikte, sağlık programlarında sağlıklı yaşam önerilerinin yanı sıra bazı hastalıklarla ilgili tıbbi tedavi, buluş ve yöntemler mucize gibi sunulmaktadır. Bu programlardaki mucize vurgusunun, hastaların beklentilerini yükselttiği; beklentiler gerçekleşmediğinde hayal kırıklığı yaşadıkları söylenebilir (22). Bununla birlikte, sağlık programlarda tartışılan diyet ve zayıflama önerileri, ideal beden dayatması oluşturarak, özellikle kadınların çirkin ve şişman oldukları hissine kapılmasına yol açabilmektedir. Fiji'de yapılan bir deneyde, Amerika'daki televizyon programlarında yapılan bu ideal beden ölçüsü vurgusu, belirli kilonun üzerindeki kadınlarda yeme bozuklukları sıklığının artmasına yol açtığını göstermektedir (34).

Becker ve Maiman (35), Sağlık İnanç Modelini incelediği çalışmasında, kitle iletişim araçlarını bireyi eyleme geçirci bileşen olarak ele almaktadır. Baltaş (36), benzer şekilde, hastanın hastalığını tehdit olarak algılamasında, medyanın eyleme yönelten faktörlerden biri olduğunu belirtmektedir. Aydoğdu ve Bahar (37), sağlık inanç modeli bileşenlerini bireysel özellikler, algılar ve eyleme geçirciler olarak sınıflandırmaktadır. Dedeli ve Fadiloğlu (38) tarafından geliştirilen obezite sağlık inanç modelinde "eyleme geçirciler" bileşenine değinilmemiştir. Ancak yapılan birçok çalışmada, "davranışı gerçekleştirmek için hazır bulunma durumunun ancak eyleme geçirciler ile artabileceği" vurgulanmaktadır (37). Bu çalışma kapsamında, televizyonda yayınlanan sağlık programları eyleme geçirci bir bileşen olarak düşünülerek, bu programlarının etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve yöntem

Amaç ve önem

Bu çalışmada, obezite problemi yaşayan bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmelerinde sağlık ile ilgili televizyon programlarının etkisini ölçmek amaçlanmaktadır. Çalışmada, obezite sorunu yaşayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, bu kişilerin koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinde etkili olup olmadığı da incelenmiştir.

Obezitenin medyadaki yansımalarıyla ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının bireylerin obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmesinde etkili olup olmadığıyla ilgili çalışmalar yeterince aydınlatıcı değildir. Çalışmanın, koruyucu sağlık davranışına yönelik mesajların verilmesinde yayın organlarına ve bu alanda çalışan akademisyenlere yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Evren ve örneklem

Araştırma, Sakarya ilinde sağlık kuruluşlarına başvuran 365 kilolu ve obez birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılımın gönüllü olarak gerçekleşmesi amaçlanmıştır.

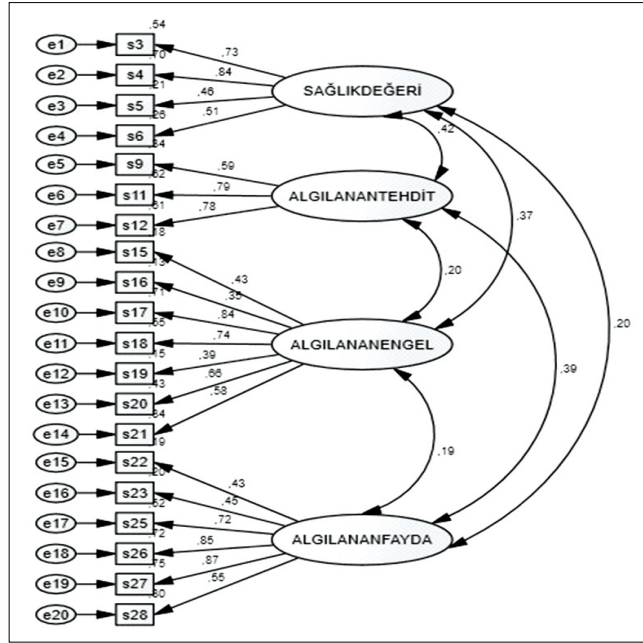
Veri toplama aracı

Araştırmada nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Veriler, yüz yüze standardize edilmiş anket yöntemiyle elde edilmiştir. Araştırma soruları, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (38) ve sağlık programlarına yönelik soruların yer aldığı üç bölümden oluşmaktadır. 2014 yılının Ocak ayında başlanan veri toplama süreci, 2014 yılının Mart ayında sonlandırılmıştır. Bu süreçte, toplam 365 adet geçerli anket formu elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirlik analizleri yapılmış; Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin Cronbach Alpha Değeri 0,699 olarak hesaplanmıştır. Keşfedici faktör analizi yapılarak soru formundaki bazı ifadeler çıkarılmıştır. Doğrulayıcı faktör analiziyle güçlendirilen güvenilirlik analizinden sonra, elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,780'dir. Cronbach Alpha Katsayısı $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında yer aldığına kabul edilebilir seviyede olduğu belirtilmektedir (39). Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri, algılanan engel için 0,729; algılanan fayda için 0,781; sağlık değeri için 0,726 ve algılanan

Tablo 1. Obezite sağlık inanç modeli ölçeğine ait güvenilirlik bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,799
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig. 0,000
Approx. Chi-Square	2492,921	Df 190
Açıklanan Toplam Varyans	54,154	Cronbach Alpha Toplam 0,780
Obezite Sağlık İnanç Modeli		
Faktör	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Algılanan Engel (Özdeğer=%23,185)	-	16,065 0,729
Egzersiz, diyet gibi programlara kendimi hazır hissetmiyorum.	0,807	
Fiziksel aktiviteyi arttırmanın benim için çok zor olacağını düşünüyorum.	0,755	
Asla amaçladığım kiloya ulaşacağımı düşünmüyorum.	0,741	
Yeme alışkanlıklarımı değiştirmenin benim için zor olacağını inanıyorum.	0,737	
Diyet ve egzersiz programlarını uygulamak bana sıkıcı gelir.	0,543	
Doktor gözetiminde kilo verdiğim zaman, tüm hayatımı başkaları kontrol ediyor gibi hissediyorum.	0,475	
Kilo vermenin benim için yararlı olacağını düşünmüyorum.	0,444	
Faktör 2: Algılanan Fayda (Özdeğer=%14,491)	-	16,031 0,781
Kilo veririm, fiziksel olarak iyi görüneceğimi düşünüyorum.	0,856	
Kilo veririm, daha iyi ve mutlu hissedeceğimi düşünüyorum.	0,772	
Düzenli diyet yapmanın kilo vermeme yardımcı olacağını düşünüyorum.	0,717	
Kilo vermenin sosyal ilişkilerimi olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyorum.	0,659	
Amaçladığım kiloya gelmek için, yaşam tarzımı değiştirmem gerek.	0,607	
Belirli bir programı takip ederek kilo verebileceğime inanıyorum.	0,573	
Faktör 3: Sağlık Değeri (Özdeğer=%9,743)	-	11,448 0,726
Günlük beslenmede öğün atlamamaya dikkat ederim.	0,812	
Yeme içme konusunda dikkat ederim.	0,735	
Uyku düzenime dikkat ederim.	0,667	
Egzersiz, yürüyüş, bisiklet, koşu faaliyetlerinde bulunurum.	0,648	
Faktör 4: Algılanan Tehdit (Özdeğer=%6,735)	-	10,610 0,756
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşayabilirim.	0,845	
Obezite sebebiyle sağlık sorunları yaşama ihtimali beni korkutur.	0,772	
Obezite, mutlaka tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.	0,719	

**Şekil 1.** Sağlık inanç modeli doğrulayıcı faktör analizi

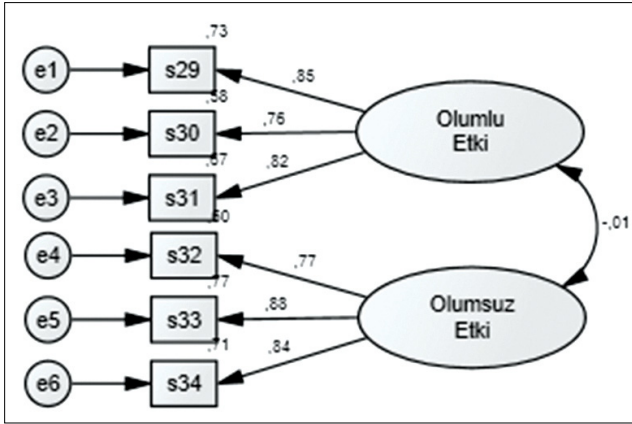
Ölçeğin keşfedici faktör analizi yapıldıktan sonra oluşan boyutların uygunluğu, ayrıca Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile de test edilmiştir (Şekil 1). DFA sonuçlarının kabul edilebilirliğini ortaya koymak amacıyla modelin uyum indekslerine bakılmış; modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,934 ile kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Yaklaşık hataların ortalama karekökü değeri (RMSEA) 0,044 bulunmuştur. Değer, 0,05 ile 0,08 arasında olduğunda kabul edilebilir uyumu göstermektedir (47). Buna göre, RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,94 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed Fit Index-NFI) ise, 0,898 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir. Bu bulgulardan hareketle, sağlık inanç modeli ölçeğinden elde edilen veri setinin geçerli olduğu söylenebilir.

tehdit 0,756 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Ölçeğin keşfedici faktör analizi yapıldıktan sonra oluşan boyutların uygunluğu, ayrıca Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile de test edilmiştir (Şekil 1).

Sağlık programları ölçeğine ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik analizleri yapılmış, Cronbach Alpha Değeri 0,710 olarak hesaplanmıştır. Boyutlar ayrı ayrı incelendiğinde, sağlık programlarının olumlu etkisi boyutunda Cronbach's Alpha değeri 0,855; olumsuz etkisi boyutunda ise 0,869 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bütününün güvenilirliği kabul edilebilir seviyede, boyutlar bazında ise güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Keşfedici faktör analizinden sonra boyutların uygunluğunu test etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır (Şekil 2).

Verilerin analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler frekans analizi, fark analizi, korelasyon ve regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



Şekil 2. Sağlık programları ölçeği doğrulayıcı faktör analizi DFA sonuçlarından hareketle modelin uyum indeksleri incelendiğinde, uyum iyiliği (GFI) 0,992 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değeri ise 0,045'tir. RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,989 ve Normalize Edilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index-NFI) ise 0,992 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir. Bu bulgulardan hareketle, sağlık programları ölçeğinden elde edilen veri setinin geçerli olduğu söylenebilir (Şekil 2).

Tablo 2. Sağlık programları ölçeğine ait güvenilirlik bulguları			
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,723
Bartlett's Test of Sphericity	0,000	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	1072,298	Df	190
Açıklanan toplam varyans	79,016	Cronbach alpha toplam	0,710
Obezite sağlık inanç modeli w	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Cronbach alfa
Faktör 1: Sağlık programlarının olumsuz etkisi (Özdeğer=%41,149)	-	39,841	0,869
Sağlık programlarında obezite ile ilgili yanlış bilgiler verildiğini düşünüyorum.	0,907		
Sağlık programlarında verilen mucize ilaç ya da diyet gibi bilgilerin zararlı olduğunu düşünüyorum.	0,898		
Sağlık programlarında verilen bilgiler, obezite konusunda korku yaşamama neden oluyor.	0,868		
Faktör 2: Sağlık programlarının olumlu etkisi (Özdeğer=%37,867)	-	39,175	0,855
Sağlık programları daha fazla bilgi sahibi olmamı sağlar.	0,898		
Sağlıkla ilgili programlar obezite konusunda farkındalık oluşturur.	0,885		
Fazla kilonun zararlarını öğrenmemde sağlık programlarının katkısı olmuştur.	0,863		

Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların 226'sı (%61,9) kadın, 254'ü (%69,6) evlidir. Yaş grupları dağılımında, %31,8 oranında 31-40 yaş aralığındaki bireylerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %26,8'i lise mezunu olup, %26,8'i ev hanımıdır. Gelir ile ilgili soruda cevap veren katılımcıların %41,9'u 1001-2000 TL arası gelire sahiptir (Tablo 3). Katılımcıların %43,4'ü 30-34 beden kitle indeksine sahip olup; %87,4'ü nadiren ve hiç spor yapmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların sağlık bilgisi edinmede en çok kullandığı kitle iletişim araçlarını belirlemek için yapılan frekans dağılımında, katılımcıların %56,7'si televizyon programlarından bilgi edindiğini belirtmiştir (Tablo 4).

Araştırma kapsamında yer alan ölçeklerin boyutları ve boyutlarını oluşturan ifadelerle ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, kilolu ve obez bireylerin en çok katıldıkları ifadelerin algılanan fayda; en az

Tablo 3. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=365)

Değişkenler	Kategori	Frekans (N)	(Yüzde) %
Cinsiyet	Kadın	226	61,9
	Erkek	139	38,1
Medeni durum	Bekâr	111	30,4
	Evli	254	69,6
Yaş	≤30	77	21,1
	31-40	116	31,8
	41-50	87	23,8
	≥51	85	23,3
Eğitim	İlköğretim	66	18,1
	Ortaöğretim	49	13,4
	Lise	98	26,8
	Önlisans	48	13,2
	Lisans	67	18,4
	Lisansüstü	37	10,1
	Memur	50	13,7
Meslek	Sağlık çalışanı	53	14,5
	Ev hanımı	98	26,8
	Akademisyen	38	10,4
	Öğrenci	31	8,5
	Özel sektör	62	17,0
	Emekli	33	9,0
	≤1000 TL	35	13,5
Gelir	1001-2000 TL	109	41,9
	2001-3000 TL	91	35,0
	≥3001 TL	25	9,6
	Toplam	260	100,0

Tablo 4. Katılımcıların obezite ile ilgili tanımlayıcı özellikleri (n=365)

Değişkenler	Kategori	Frekans (N)	(Yüzde) %
Beden Kitle İndeksi	25-29	36	10,6
	30-34	148	43,4
	35-39	114	33,4
	≥40	43	12,6
Spor Yapma Alışkanlığı	Düzenli	46	12,6
	Nadiren	196	53,7
	Hiç	123	33,7
Sağlık Bilgisi Edinmede Kullanılan Kitle İletişim Araçları	Televizyon	207	56,7
	Gazete	168	46,0
	İnternet	217	59,5
	Dergi	57	15,6
	Radyo	43	11,8
	Posta	14	3,8

katıldıkları ifadelerin algılanan engel boyutunda olduğu görülmüştür. Sağlık programlarının olumlu etkisine katılımın, olumsuz etkisinden daha yüksek olduğu da çalışma bulgularındandır (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçeklere ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri (n=365)

İfadeler	Ortalama	Standart sapma
Sağlık Değeri	3,45	0,75
Algılanan Tehdit	4,30	0,62
Algılanan Engel	3,33	0,81
Algılanan Fayda	4,33	0,54
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	3,99	0,67
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	2,87	0,74

Katılımcıların sosyo-demografik göre farklılıklarını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi yapılmış; cinsiyet ve medeni durum dışında kalan bütün sosyo-demografik özellikler ile obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirme arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Beden kitle indeksine göre farklılıkların incelenmesinde, bütün boyutlarda farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<,005$) (Tablo 6).

Yaş değişkeni ile algılanan engel ve sağlık programlarının olumlu etkisi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların eğitim değişkenine göre farklılıkları incelendiğinde, sağlık değeri, algılanan engel ve sağlık programlarının olumlu etkisi boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<,005$) (Tablo 7).

Araştırma kapsamında obezite sağlık inanç modeli ve sağlık programları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi yöntemi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, her bir faktör altında yer alan boyutların birbirleriyle ve diğer faktörün boyutlarıyla ilişkileri incelendiğinde, Obezite Sağlık İnanç Modeli boyutlarından algılanan tehdit ile sağlık

Tablo 6. Katılımcıların beden kitle indeksine özelliklerine göre farklılıkların incelenmesi (n=365)

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

değeri arasında ($r=0,346$) anlamlı fakat zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Algılanan fayda ile algılanan tehdit arasında ($r=0,335$), sağlık programlarına yönelik olumlu tutum geliştirme ile algılanan fayda arasında ($r=0,277$) istatistiksel açıdan anlamlı fakat zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Buna ek olarak, algılanan engel ile sağlık değeri arasında ($r=0,260$), algılanan fayda ile sağlık değeri arasında ($r=0,204$) ve algılanan engel ile sağlık programlarının olumsuz etkisi arasında ($r=0,187$) istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişki söz konusudur ($p<,01$ düzeyinde). Algılanan engel ile algılanan tehdit arasında ($r=0,126$) ve sağlık programlarının olumlu etkisi ile sağlık değeri arasında ($r=0,115$) pozitif yönde anlamlı ve çok zayıf bir ilişki söz konusudur ($p<,05$). Yapılan

Tablo 7. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılıkların incelenmesi (n=365)

Sosyo-Demografik Özellik	Boyut	n	Ortalama	S. Sapma	F	p	Post-Hoc	
Yaş	Algılanan Engel	≤30	77	3,54	0,77	3,961	0,008	1-4 p=0,007
		31-40	116	3,40	0,88			
		41-50	87	3,27	0,85			
		≥51	85	3,13	0,65			
		Toplam	365	3,33	0,81			
	Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	≤30	77	3,77	0,74	3,746	0,011	1-2 p=0,035 1-4 p=0,013
		31-40	116	4,03	0,64			
		41-50	87	4,03	0,60			
		≥51	85	4,09	0,70			
		Toplam	365	3,99	0,67			
Eğitim	Sağlık Değeri	İlköğretim	66	3,22	0,71	2,457	0,033	1-3 p=0,025
		Orta Öğretim	49	3,38	0,69			
		Lise	98	3,58	0,60			
		Önlisans	48	3,41	0,77			
		Lisans	67	3,57	0,85			
		Lisansüstü	37	3,41	0,92			
		İlköğretim	66	3,04	0,77			
		Orta Öğretim	49	3,29	0,62			
		Lise	98	3,35	0,90			
		Önlisans	48	3,34	0,68			
	Algılanan Engel	Lisans	67	3,51	0,85	3,026	0,011	1-5 p=0,011 1-6 p=0,022
		Lisansüstü	37	3,56	0,84			
		İlköğretim	66	4,08	0,61			
		Orta Öğretim	49	4,11	0,54			
		Lise	98	4,11	0,63			
		Önlisans	48	3,92	0,73			
		Lisans	67	3,76	0,76			
		Lisansüstü	37	3,84	0,71			
		İlköğretim	66	3,22	0,79			
		Orta Öğretim	49	3,28	0,61			
Sağlık Programlarının Olumlu Etkisi	Lise	98	4,11	0,63	3,270	0,007	3-5 p=0,013	
	Önlisans	48	3,92	0,73				
	Lisans	67	3,76	0,76				
	Lisansüstü	37	3,84	0,71				
	İlköğretim	66	3,22	0,79				
	Orta Öğretim	49	3,28	0,61				
	Lise	98	3,15	0,75				
	Önlisans	48	2,79	0,78				
Sağlık Programlarının Olumsuz Etkisi	Lisans	67	3,21	0,65	3,121	0,009	1-4 p=0,025 2-4 p=0,013	
	Lisansüstü	37	3,00	0,71				

analizler sonucu, sağlık programlarının olumlu etkisi ile algılanan engel arasında ($r = -0,124$) istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Obezite sağlık inanç modeli ve sağlık programları arasındaki ilişki

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

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

Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya koyulduktan sonra, bu ilişkileri test etmek amacıyla bir regresyon modeli geliştirilmiştir. Sağlık programlarının sağlık değerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan stepwise regresyon analizinde, sağlık programlarının olumlu etkisinin sağlık değeri üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta = 0,11$). Model, sağlık değerinde yaşanan %0,13'lük bir değişimin sağlık programlarının olumlu etkisi vasıtasıyla açıklandığını göstermektedir. Etkinin derecesinin zayıf olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Sağlık programlarının sağlık değerini etkilemeye yönelik regresyon analizi bulguları

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

Bağımlı değişken: Sağlık değeri

Sağlık programlarının obez bireylerin tehdit algısına olan etkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon analizinde, sağlık programlarının olumlu etkisinin tehdit algısı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta = 0,18$). Tablo 10'da yer alan regresyon modeli ($F = 12,077$; $p = 0,001 < 0,05$) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Model, obez bireylerin tehdit algısında yaşanan %0,3'lük bir değişimin sağlık programlarının olumlu etkisi vasıtasıyla açıklandığını göstermektedir.

Tablo 10. Sağlık programlarının tehdit algısını etkilemeye yönelik regresyon analizi bulguları

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

Bağımlı değişken: Algılanan tehdit

Tablo 11'de de görüldüğü gibi engel algısında sağlık programlarının hem olumlu, hem de olumsuz etkisi istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir ($p < 0,005$). Sağlık programlarının olumsuz etkisi, kişilerin kilo tedavisine yönelik algıladıkları engeli etkilemektedir ($F = 9,989$; $p = 0,000 < 0,005$). Modelin β katsayısı 0,192'dir. Kilolu ve obez bireyler, sağlık programlarından olumlu olarak etkilendiklerinde ise, engel algısı negatif yönde etkilenmektedir ($F = 9,989$; $p = 0,000 < 0,05$). Modelin β katsayısı -0,131 olarak görülmektedir. Modelde etki derecesinin zayıf olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Sağlık programlarının engel algısını etkilemeye yönelik regresyon analizi bulguları

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	P
	B	Std. Hata	β	β		
Constant	3,299	0,301			10,971	0,000
1 Sağlık programlarının olumsuz etkisi	0,213	0,057	0,192		3,759	0,000
2 Sağlık programlarının olumlu etkisi	-0,158	0,062	-0,131		-2,562	0,011
1 R		R ²	F		P	
	0,187	0,032	13,211		0,000	
2 R		R ²	F		P	
	0,12	0,047	9,989		0,000	

Bağımlı değişken: Algılanan engel

1. Sağlık Programlarının Olumsuz Değerlendirilmesi
2. Sağlık Programlarının Olumsuz Değerlendirilmesi; Sağlık Programlarının Olumlu Değerlendirilmesi

Sağlık programlarının obez bireylerin algıladıkları faydaya olan etkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon analizinde, sağlık programlarının olumlu etkisinin bireylerin algıladıkları fayda üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır ($\beta = 0,28$). Tablo 12'de yer alan regresyon modeli

($F=30,228$; $p=0,000<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlıdır. Model, obez bireylerin fayda algısında yaşanan %0,74'lik bir değişimin sağlık programlarının olumlu etkisi vasıtasıyla açıklandığını göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmada, sağlık davranışını gerçekleştirmede, kilolu ve obez bireyleri nelerin motive ettiğini, nelerin engel oluşturduğunu, tehdit olarak nelerin algılandığını değerlendiren bir model kullanılmıştır. Çalışmada, kilolu ve obez bireylerin algılanan fayda boyutuna daha yüksek oranda katılım gösterdiği görülmüştür. Diğer çalışmalarda da, fayda algısının davranışın en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmektedir (27,40,41,42,43). Çalışmada, sağlık inancında en az etkili olan ifadelerin algılanan engel boyutunda olduğu gözlenmiştir. Örnekleme oluşturan katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurusu dikkate alındığından, bu kişilerin engel algısının düşük olmasının normal olduğu söylenebilir. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde en düşük puanı algılanan engel boyutunda elde edilmiştir (27).

Analizler sonucunda, sağlık programlarının olumlu etkisinin sağlık programlarının olumsuz etkisine göre obez bireyler tarafından katılım oranları daha yüksek bulunmuştur. Obez bireyler, sabah kuşağında yayınlanan sağlık programlarının kilo konusunda farkındalık oluşturduğunu ve bu programlar sayesinde konuya ilişkin daha fazla bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların sağlık programlarını izleme motivasyonlarının incelendiği bir çalışmada da sağlık programlarının bilgilendirme ve farkındalık oluşturma özelliğine yer verilmiş ve izleyicilerin motivasyonu etkilemede önemli olduğu belirtilmiştir (24).

Pek çok çalışmada, sağlığı koruma ve geliştirme davranışında sosyo-demografik özelliklerin dolaylı etkisinin olduğu ifade edilmektedir (26,37,44). Yapılan analizler sonucunda, cinsiyet ve medeni durum dışında kalan bütün sosyo-demografik özelliklerde anlamlı fark olduğu görülmüştür. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar mevcuttur. Tüberküloz hastalığında sağlık inanç modelinin incelendiği bir çalışmada da, cinsiyetin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (45). Astım (40) ve diyabet hastalığında da (46) cinsiyet anlamlı fark oluşturmamıştır.

Sonuç olarak, obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede kilolu ve obez bireylerin neleri tehdit olarak algıladığı, neleri engel olarak gördükleri, neleri fayda olarak düşündüklerinin belirlenmesiyle obezite ile mücadelede daha gerçekçi politikaların oluşturulabileceği söylenebilir.

Tablo 12. Sağlık programlarının fayda algısını etkilemeye yönelik regresyon analizi bulguları

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	P
	β	Std. Hata	β			
Sabit	3,448	0,163			21,114	0,000
Sağlık programlarının olumlu etkisi	0,222	0,040	0,28		5,498	0,000
R		R2	F		P	
0,28		0,074	30,228		0,000	

Bağımlı değişken: Algılanan fayda

Sağlık Bakanlığı'nın da en önemli gündem maddelerinden birini oluşturan obezite konusunda nitel çalışmalara ağırlık verilerek, kilo sorunu yaşayan bireylerin problem alanlarının belirlenmesi önerilmektedir. Bu çalışmanın da boyutlarını oluşturan hastalığı tehdit algısı, engel algısı ve fayda algısının derinlemesine görüşmeler ile belirlenmesi ve kişiselleştirilmesi ile, kilo kontrolünde başarı oranlarının artacağı düşünülmektedir. Ayrıca, obezitede davranış değişikliği oluşturmada, sağlık kuruluşlarında bu hastalara yönelik ücretsiz danışmanlıklar ve eğitimlerin sayısının artırılması önerilmektedir. Bu noktada önemli olan, eğitimlerin sürekliliği ve davranış değişikliğine yönlendirme potansiyelidir.

Çalışmada televizyonda yayınlanan sağlık programlarının obez bireylerin tutum ve inançlarına etki derecesinin zayıf olduğu görülmüştür. Bu sebeple, bu tür programların içerikleri hazırlanırken, bireylerin kilo kontrolüne yönelik algıladıkları faydayı arttıracak, tehdit algısını olumlu yönde geliştirecek ve sağlık davranışına yöneltecek şekilde hazırlanması önerilmektedir. Kişilerin bu programları boş zaman değerlendirme aktivitesi olarak görmemesi için programların içerik kalitelerinin zenginleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Programa konuk olarak katılan hekimler tarafından kilo kontrolüne yönelik daha gerçekçi öneriler sunulması ve içeriklerin toplumu bilgilendirmeye yönelik olmasına dikkat edilmesi önerilmektedir. Reklam kaygısıyla önerilen ilaçlar ve tedavi seçeneklerinin güvenilirliğinin denetlenmesi beklenmektedir. Obeziteye yönelik tutum ve inanç geliştirmede televizyon programlarının etkisinin zayıf bulunmasında ürün ya da hizmet reklamı içerikli yayınların yapılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçları genellenmemiş olup, sadece bu çalışma için değerlendirilmiştir. 365 kilolu ve obez birey ile sınırlı tutulan çalışmanın, değişik sosyo-ekonomik düzeyleri temsil eden, daha geniş gruplara uygulanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Obesity Prevention Strategies, <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-prevention/>, Erişim Tarihi: 11.07.2014.
2. Obezite Nasıl Saptanır?, <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=43>, Erişim Tarihi: 10.09.2013.
3. Nestle M, Jacobson MF, Halting The Obesity Epidemic: A Public Health Policy Approach, *Public Health Reports* 2000; 115:12-24.
4. Efindigil Karatay C, Karatay Diyeti'yle Obezite ve Diyabete Çözüm Var, *HayyKitap*, 11. Baskı, Nisan, İstanbul, 2013.
5. Altunkaynak BZ, Elvan Ö, Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri, *Van Tıp Dergisi* 2006; 13:138-42.
6. Peker İ, Çiloğlu F, Buruk Ş, Bulca Z, Egzersiz Biyokimyası ve Obezite, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2000.
7. Nelson TL, Vogler GP, Pedersen NL, Hong Y, Miles TP, Genetic And Environmental Influences On Body Fat Distribution, Fasting Insulin Levels And Cvd: Are The Influences Shared, *Twin Research and Human Genetics* 2000;3:43-50.
8. Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP, Mitchell BD, Patterson JK, Ferrannini E, Parental History Of Diabetes Is Associated With Increased Cardiovascular Risk Factors. *Arteriosclerosis*, 1989;9:928-33.
9. Saraç E, Ayurveda Sağlıklı Zayıflamanın Yolları, 29. Baskı, İstanbul, 2010.
10. Lyon HN, Hirschhorn HN, Genetics of Common Forms Of Obesity: A Brief Overview, *The American Journal of Clinical Nutrition*, USA, 2005; 82:215-7.
11. Chioloro A, David F, Fred P, Jacques C, Consequences of Smoking For Body Weight, Body Fat Distribution And Insulin Resistance, *The American Journal of Clinical Nutrition* 2008; 87:801-9.
12. Samur G, Obezite ve Gebelik. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, 2008.
13. Jeffords JM, The Causes of Obesity, <http://www.uvm.edu/~vlrs/Health/causes%20of%20obesity.pdf>, Erişim Tarihi: 15.08.2013.
14. Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf
15. Tuomilehto HPI, Seppä JM, Partinen MM, Peltonen M, Gylling H, Tuomilehto JOI, Vanninen EJ, Kokkarinen J, Sahlman JK, Martikainen T, Soini EJO, Randell J, Tukiainen H, Uusitupa M, Kilo Azaltılması ile Yaşam Biçimine Müdahale Haff Obstrüktif Uyku Apnesinde İlk Basamak Tedavi, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Home*, 2009; 179:320-7.
16. Truswell S, ABC Of Nutrition, Fourth Edition, BMJ Publishing Group, London, 2003.
17. Bozboru A, Obezite ve Tedavisi, *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2002.
18. Champion, VL, Skinner CS, The Health Belief Model, In Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K., *Health Behavior And Health Education: Theory, Research And Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2008;32-44.
19. Çenesiz E, Atak N, The Evaluation of the Researches In The Health Belief Model in Turkey, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6,2007;427-34.
20. Çam O, Bilge A, Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:215-23.
21. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ, Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2004; 12:71-85.
22. Sezgin D, Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010; 2:52-78.
23. Yüksel E, Kaya AY, Koçak A, Aydın S, Check Up Sağlık İletişimi, *Kaynak, İleti ve Hedef Kitle Bağlamında Sağlık Konulu Yayınların Analizi, Literatür Akademia*, Ocak, Konya, 2014.
24. Koçak A, Bulduklu Y, Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, *Selçuk İletişim* 2010; 6:5-17.
25. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A, Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları, *Marmara Medical Journal* 2007; 20:29-36.
26. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G, The Knowledge And Attitudes Of Breast Self Examination And Mammography In A Group Of Women In A Rural Area In Western Turkey, *BMC Cancer* 2006; 6:1-9.
27. Secginli S, Nahcivan NO, Factors Associated With Breast Cancer Screening Behaviours In A Sample Of Turkish Women: A Questionnaire Survey, *International Journal of Nursing Studies* 2006; 161-71.
28. Atilla G., Büyüker İşler D, Tüketim Nesnesi Olarak Sağlıklı Olma Kültürü (Healthism) Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012; 34:221-30.
29. Çınarlı İ, Sağlık İletişimi ve Medya, *Nobel Yayın Dağıtım*, Ankara, 2008.
30. Vivian J, *Media of Mass Communication*, 11. Edition, Pearson Education, 2013.
31. Tabak RS, Sağlık İletişimi, *Literatür Yayınları*, Ekim, İstanbul, 1999.
32. Miles AL, Rapoport JW, Afuape T, Duman M, Using The Mass-Media To Target Obesity: An Analysis of The Characteristics and Reported Behaviour Change Of Participants In The BBC's 'Fighting Fat, Fighting Fit' Campaign, *Health Education Research* 2001; 16:357-72.
33. Özbaşı, Özkan S, Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9:541-6.
34. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Eating Behaviours And Attitudes Following Prolonged Exposure To Television Among Ethnic Fijian Adolescent Girls, *British Journal of Psychiatry* 2002; 180:509-14.
35. Becker, MH, Mailman LA, Sociobehavioral Determinants of Compliance With Health and Medical Care Recommendations, *Medical Care* 1975;13:10-24.
36. Baltaş Z, Sağlık Psikolojisi, *Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, Nisan, 1. Basım, Remzi Kitabevi, 2000.
37. Aydoğdu NG., Bahar Z., Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011; 4:34-40.
38. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Development and Evaluation of The Health Belief Model Scale in Obesity, *TAF Prev Med Bulletin*, 10,2011;533-542.
39. Kalaycı Ş, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın, Ankara, 2010.
40. Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B, Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları İle Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerin Belirlenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11:87-96.
41. Carpenter CJ, A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior, *Health Communication*, 2010; 8:661-9.
42. Sutton S, *Health Behavior: Psychosocial Theories*, University of Cambridge UK, 2002.
43. Lagerlund M, Hedin A, Sparen P, Thurfjell E, Lambe M, Attitudes, Beliefs, And Knowledge As Predictors Of Nonattendance In A Swedish Population-Based Mammography Screening Program, *Preventive Medicine* 2000; 31:417-28.
44. Champion, VL, Miller TK, Variables Related To Breast Self-Examination. *Psychology of Women Quarterly* 1992; 16:81-6.
45. Hisar F, Tüberküloz Hastalarının Sağlığını Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisinin Uygulanması, *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 2007.
46. Gökdoğan F, Akıncı F, Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 5:10-17.
47. Bayram N, *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: AMOS Uygulamaları*. Bursa, Ezgi Kitabevi, 2010.