

**SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE
PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME MODELİ:
DİYABETLİLER ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

Ezgi EYÜBOĞLU

(Doktora Tezi)

Eskişehir, 2014

**SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE
PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME MODELİ:
DİYABETLİLER ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

Ezgi EYÜBOĞLU

DOKTORA TEZİ

Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. R. Ayhan YILMAZ

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Eylül, 2014

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Ezgi EYÜBOĞLU'nun "Sağlığın Geliştirilmesinde Psikolojik Güçlendirme Modeli: Diyabetliler Üzerine Bir Alan Araştırması" başlıklı tezi 18 Eylül 2014 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **Halkla İlişkiler ve Reklamcılık** Anabilim Dalında Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Doç.Dr.R.Ayhan YILMAZ

Üye : Prof.Dr.Ferruh UZTUĞ

Üye : Prof.Dr.Şahin KARASAR

Üye : Doç.Dr.M.Canan ÖZTÜRK

Üye : Doç.Dr.N.Figen ERSOY

Prof.Dr.Kemal YILDIRIM
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doktora Tez Özü

Sağlığın Geliştirilmesinde Psikolojik Güçlendirme Modeli: Diyabetliler Üzerine Bir Alan Araştırması

Ezgi Eyüboğlu

Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eylül, 2014

Danışman: Doç. Dr. R. Ayhan Yılmaz

Dünyayla birlikte Türkiye’de de önemi giderek artan ve birçok disiplinden beslenen sağlık iletişiminde, özellikle sağlığın geliştirilmesi alanında ikna edici iletişim çabalarına fazlasıyla ihtiyaç duyulmaktadır. Teoriler ekseninde tasarlanan stratejilerin sağlık davranışı değişiminde daha etkin olduğundan hareketle, bu çalışma psikolojik güçlendirme modeli çerçevesinde sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme kavramlarının sağlık davranışı üzerine etkisine odaklanmıştır. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, psikolojik güçlendirme ile sağlık davranışı arasında ise pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İletişimi, sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı

Abstract

**PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT MODEL IN HEALTH PROMOTION: A
FIELD STUDY ON DIABETES PATIENTS**

Ezgi Eyüboğlu

Department of Public Relations and Advertising

Anadolu University, Graduate School of Social Sciences, September, 2014

Adviser: Assoc. Prof. Dr. R. Ayhan Yılmaz

There is an increasing need for persuasive communication interventions in health communication field which has gained importance both in the World and in Turkey. Assuming that strategies created with the help of theories has been more powerfull, this study focused on effect of health literacy and psychological empowerment on health behavior. Whereas no relation has been found between health literacy and health behavior, positive relationship has been found between health behavior and psychological empowerment.

Keywords: Health Communication, Health Promotion, Health Literacy

Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Beyannamesi

Bu tez çalışmasının bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumunda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Ezgi Eyüboğlu

Özgeçmiş

Ezgi EYÜBOĞLU

Eğitim

Y.Ls. 2008 Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Anabilim Dalı

Ls. 2004 Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF), İşletme Bölümü

Alınan Burs ve Ödüller

2013 TÜBİTAK 2214 Yurt Dışı Doktora Araştırma Bursiyeri-Lugano Üniversitesi İletişim ve Sağlık Enstitüsü-İsviçre

2005 Erasmus Student Exchange Bursu-Norveç Buskerud University Collage

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı: 09.07.1982/Ankara

Cinsiyet: Kadın

Yabancı Dil: İngilizce

Bu tez TÜBİTAK Doktora Yurtdışı Araştırma Bursu desteğiyle gerçekleştirilmiştir.

İçindekiler

	<u>Sayfa</u>
Jüri ve Enstitü Onayı.....	ii
Öz.....	iii
Abstract.....	iv
Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Belgesi.....	v
Özgeçmiş.....	vi
Tablolar Listesi.....	xi
Şekiller Listesi.....	xii
1. Giriş.....	1
1.1. Problem.....	2
1.2. Amaç.....	3
1.3. Önem.....	4
1.4. Varsayımlar.....	5
1.5. Sınırlıklar.....	5
1.6. Tanımlar.....	6
2. Alanyazın.....	8
2.1. Sağlık İletişimi	8
2.1.1. Sağlık İletişiminin Tanımlanması ve İşlevleri.....	10
2.1.2. Sağlık İletişiminin Dünyada ve Türkiye’deki Gelişimi.....	13
2.1.2.1. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler...	14
2.1.2.1.1. Yeni Tıbbi Modelin Gelişimi.....	14
2.1.2.1.2. Pazarlamanın Anlayışının Sağlık Alanına Entegrasyonu.....	16
2.1.2.1.3. Tüketim Faktörü.....	16
2.1.2.1.4. Hastalıkların Önlenmesinin Önem Kazanması.....	17
2.2. Sağlık İletişimi Araştırmaları.....	17
	vii

2.3. Sağlık İletişimi Araştırma Alanı Olarak Sağlık Geliştirilmesi...	20
2.3.1. Sağlık Geliştirilmesinde Kullanılan Kuram ve Modeller.	23
2.3.1.1. Mikro Düzey Kuramlar.....	26
2.3.1.1.1. Sağlık İnancı Modeli.....	26
2.3.1.1.2. Nedene Dayalı Eylem Teorisi.....	28
2.3.1.1.3. Planlı Davranış Teorisi.....	29
2.3.1.1.4. Değişimin Aşamaları Modeli.....	31
2.3.1.1.5. Sosyal Öğrenme Kuramı.....	35
2.3.1.1.6. Psikolojik Güçlendirme Modeli.....	38
2.3.1.2. Makro Düzey Kuramlar.....	51
2.3.1.2.1. Yeniliklerin Yayılımı Kuramı.....	52
2.3.1.2.2. Toplum Organizasyonu.....	53
3. Yöntem	55
3.1. Araştırmanın Modeli	55
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	56
3.3. Veri Toplama Tekniği ve Aracı	57
3.4. Hipotezlerin Geliştirilmesi.....	61
3.5. Verilerin Analizi.....	62
4. Bulgular ve Yorum	63
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	63

4.2. Regresyon Analizinin Sonuçları.....	64
5. Sonuç, Tartışma ve Öneriler	70
5.1. Sonuç	70
5.2. Tartışma	75
5.3. Öneriler.....	75
Ekler.....	78
Kaynakça.....	96

Tablolar Listesi

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Sağlık İletişiminin Boyutları.....	12
Tablo 2. Sağlıkın Geliştirilmesi İle İlgili Teori ve Modeller.....	25
Tablo 3. Değişimin Aşamaları Modelindeki Değişim Süreçleri.....	32
Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Tanımlar.....	40
Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı, Psikolojik Güçlendirme ve Sağlık Davranışı	50
Tablo 6. Pilot Çalışmanın Güvenilirlik Oranları.....	61
Tablo 7. Sosyo-Demografik Özellikler.....	63
Tablo 8. Regresyon Modelindeki Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistik Tablosu.....	65
Tablo 9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere İlişkin İstatistik Tablosu.....	66
Tablo 10. İki Değişkenli Korelasyonlar.....	67
Tablo 11. Diyabet Yönetim Davranışları Skoruna İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları.....	68
Tablo 12. Her Bir Diyabet Davranışı Skoruna İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları.....	69

Şekiller Listesi

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Sağlık İletişimi Araştırmasının İki Alanı.....	18
Şekil 2. Sağlık İnancı Modeli: Temel ve Bileşenler ve Bağlantılar.....	27
Şekil 3. Planlı Davranış Modeli.....	30
Şekil 4. Araştırmanın Modeli.....	56

1. Giriş

İletişim birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da temel bir işlevsellik ve yetkinlik kazanmaktadır. Günümüzde, dünyada ve Türkiye’de kamu sağlığı ve sağlık hizmetlerinde yaşanan ilerlemelere rağmen, gelişmiş ülkelerde bile, sağlık konusunda çok çeşitli problemler yaşanmaktadır. Bu problemlerin çoğunun, sağlık tedarikçileri, hastalar, sağlık araştırmacıları ve kamu sağlığı liderleri ile halk arasındaki iletişimin geliştirilerek, potansiyel olarak azaltılabileceği öngörülmektedir (Wright 2008:22). Türkiye’de yeni bir çalışma alanı olarak kendine yer edinen sağlık iletişimi disiplini, psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi bilimlerden yararlanmasının yanı sıra, kişilerarası iletişim, halkla ilişkiler, medya savunuculuğu, sosyal pazarlama gibi iletişim alanlarından da beslenmektedir (Bernhardt, 2004;WHO,2003). Sağlık iletişiminin önemli alanlarından biri olan sağlığın geliştirilmesi son otuz yılda psikoloji çalışmaları içerisinde önemli bir yer tutan sağlık psikolojisi kavramının gelişmesiyle birlikte, tıp alanında olduğu kadar iletişim alanında da tartışılan ve çözüm üretilmeye çalışılan alanlardan biri haline gelmiştir. Bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve olumlu sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine benimsetilmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi uygulamaları ile bireylerin kişisel seçim ve sorumluluklarının arttırılarak kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlayacak süreç ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu süreçte, topluma daha fazla katılımı destekleyen ve sağlıkla ilgili gündelik pratiklerde kontrolü sağlamalarına yardımcı bir değer olarak sağlık okuryazarlığı öne çıkmaktadır (Nutbeam, 2000:261). Çoğu araştırma sağlık okuryazarlığı ile birçok sağlık çıktısı arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Olumsuz sağlık durumu, sağlık bilgisi eksikliği, düzensiz veya yanlış ilaç kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanamama ve erken ölüm sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilen sağlık çıktılarından bazılarıdır (Baker vd., 1997; Kalichman vd., 1999; Gazmararian vd., 2003; Williams vd., 1998; Zarcadoolas vd.,2005).

Sağlık bilgisinin anlaşılması, değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve sağlık uzmanları ile etkileşimli iletişim kurulması sonucunda bireylerin sağlık çıktılarının geliştirileceği, olumlu sağlık davranışına yöneleceği düşünülmektedir (Manganello, 2008:842). Sağlık iletişiminin en önemli hedeflerinden biri bireyleri olumlu sağlık davranışına

yönlendirmektir. Sağlık okuryazarlığını iletişim sürecinde önemli bir belirleyici olarak kabul eden bu çalışma ile iletişim kampanyası tasarımı, eğitim programlarının planlanması gibi kamu sağlığını ilgilendiren konularda sağlık okuryazarlığının dikkate alınması gereken parametrelerden biri olduğu bu çalışma ile anlaşılabilir. Toplum sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması aşamalarında hedef kitle, sağlık okuryazarlığı gibi önemli bir parametre ile ayrıştırılabilecek, etkili iletişim stratejileri ile farkındalık, bilinç ve olumlu sağlık davranışlarının artırılması sağlanacaktır.

Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü arttırmayı amaçlayan hastaların güçlendirilmesi stratejisi ile de yakından ilişkilidir. Bu çalışmanın da referans aldığı modellerden biri olan psikolojik güçlendirme modeline göre sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme, sağlık davranışını etkileyen iki önemli faktör olarak öne çıkmaktadır. Sağlık davranışı ya da sağlık sistemi ile ilişkilendirildiğinde ortaya çıkan bir kavram olan hasta güçlendirme, bireyin kendi sağlığı ile ilgili karar verme aşamasında, özerk bir aktör gibi sorumluluk alarak sürece katılmasını ifade etmektedir. Bireylerin olumlu sağlık davranışına yönlendirilmesinde bilişsel süreç olarak sağlık okuryazarlığı, motivasyonel süreç olarak ise psikolojik güçlendirme kavramının dikkate alındığı bu çalışmada, en etkili iletişim stratejilerinin tasarlanması için sağlık davranışı bu kavramlar ışığında açıklanmaya çalışılmıştır.

1.1.Problem

Türkiye’de gelişmekte olan önemli disiplinlerden biri haline gelen sağlık iletişimi, toplum sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Geniş kitlelere ulaşmak, onları bilgilendirmek ve davranış değişikliğine yönlendirme noktasında tasarlanacak olan tüm ikna edici iletişim stratejilerinin teoriler ekseninde oluşturulması kaçınılmazdır. Literatüre bakıldığında, sağlığın geliştirilmesi kavramının merkezinde bulunan sağlık davranışı, teorik olarak birçok faktör tarafından tahmin edilmeye çalışılmıştır. Sağlık davranışı ile inanç, tutum, motivasyon, ve sosyal normlar gibi birçok kavram arasında ilişki kuran modeller geliştirilmiştir. Türkiye’de sağlık

alanında gerçekleştirilen iletişim çalışmalarına bakıldığında, sağlık davranışını etkileyen birçok faktörün göz ardı edildiği ve teorik altyapıdan yoksun olduğu görülmektedir.

Planlı sağlık iletişimi çabalarında sağlık okuryazarlığının yeterince dikkate alınmaması ise bu çalışmanın problem olarak gördüğü bir diğer konudur. Oysaki düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin medya iletişim araçlarından, sağlık kampanyalarından ve eğitim programlarından düşük düzeyde okuma anlama ve mesaja ulaşma yetenekleri sebebiyle yeterince faydalanamadıkları bilinmektedir (Lindau vd., 2002; Rudd, Comings, & Hyde, 2003). Dolayısıyla yapılacak her türlü planlı iletişim çabalarında bu parametrenin göz önünde bulundurulması çalışmaların etkinliği açısından önem taşımaktadır. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik yapılan iletişim ve eğitim çalışmalarının da daha güçlü ve bilinçli bir birey profili oluşturacağı açıktır. Bireylerin sağlık durumları ile doğrudan ilişkili olduğu bilinen bir diğer kavram olan psikolojik güçlendirme ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, hastalıkla ilişkili güçsüzlük duygusunun, sağlık üzerinde olumsuz etkisi olduğu, güçlendirmenin bireylerin sağlık durumunu geliştirdiği görülmektedir (Bergsma,2004; Wallerstein,2006). Araştırma sonuçlarından hareketle, bu çalışma, toplum sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması aşamalarında sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme ve kavramlarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamayı amaçlamaktadır.

1.2. Amaç

Bu tezin genel amacı, sağlık davranışını psikolojik güçlendirme modeli ile açıklamaya çalışarak, sağlık alanında yapılacak olan iletişim çalışmalarına, teorik eksende bir altyapı sağlamaktır. ‘Psikolojik Güçlendirme Modeli’ çerçevesinde diyabetli hastaların sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

(H1) Hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe daha olumlu diyabet yönetim davranışı sergilemektedir.

(H2) Hastanın psikolojik güçlendirme düzeyi yükseldikçe daha olumlu diyabet davranışı göstermektedir.

(H3) En olumlu diyabet yönetim davranışları hem sağlık okuryazarlık düzeyi hem de psikolojik güçlendirme düzeyi yüksek hastalar tarafından gerçekleştirilmektedir.

Bu tez çalışmasının bir diğer amacı ise sağlık güçlendirme modeli kapsamında bağımlı hasta, yüksek ihtiyaç sahibi hasta, etkili öz yönetimi olan hasta ve tehlikeli öz yönetimi olan hasta olarak 4 başlık altında kategorize edilen hastaların sağlık davranışlarını belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda belirlenen araştırma soruları ise şu şekildedir;

(A1) Bağımlı hastanın diyabet yönetim davranışı nasıldır?

(A2) Yüksek ihtiyaç sahibi hastanın diyabet yönetim davranışı nasıldır?

(A3) Etkili Öz yönetimi olan hastanın diyabet yönetim davranışı nasıldır?

(A4) Tehlikeli Öz Yönetimi olan hastanın diyabet yönetim davranışı nasıldır?

1.2.Önem

Sağlık iletişiminin en önemli hedeflerinden biri, bireyleri olumlu sağlık davranışına yönlendirmektir. Sağlık okuryazarlığını iletişim sürecinde önemli bir belirleyici olarak kabul eden bu çalışma ile iletişim kampanyası tasarımı, eğitim programlarının planlanması gibi kamu sağlığını ilgilendiren konularda sağlık okuryazarlığının dikkate alınması gereken parametrelerden biri olduğu anlaşılacaktır. Toplum sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması aşamalarında hedef kitle, sağlık okuryazarlığı gibi önemli bir parametre ile ayrıştırılabilecek, etkili iletişim stratejileri ile farkındalık, bilinç ve olumlu sağlık davranışlarının artırılması sağlanacaktır. Sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme kavramlarının özellikle kronik hastalıkların yönetiminde kritik bir öneme sahip olduğu, iletişim çalışmalarında inanç, tutum ve sosyal norm gibi sağlık davranışını açıklayan kavramlarla birlikte güçlü bir tahmin unsuru olarak görülmesi gerektiği de bu çalışma ile anlaşılacaktır.

Artan nüfusla birlikte değişen demografik yapı, küreselleşme ve beraberinde getirdiği yaşam biçimi değişiklikleri sonucu bulaşıcı olmayan hastalıklar, toplum sağlığı açısından ciddi bir tehdit unsuru haline gelmiştir. Bu kategoride bulunan hastalıklardan

biri olan diyabet, dünyayı ve Türkiye'yi tehdit eden, önleyici çalışmaların yanı sıra, hastalığı kontrol etme sürecinin de göz önünde bulundurulması gereken kronik bir hastalıktır. TURDEP II (Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları) 2010 yılında Türkiye'nin diyabet profilini ortaya çıkaran ve TURDEP I çalışmasının tekrarı niteliğinde nitelikli bir çalışma olarak, Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının 12 yılda %90 artış göstererek %13,7'ye ulaştığını ortaya çıkarmıştır. Diyabetli hasta sayısının yaklaşık 7 milyon olarak belirlendiği araştırma, giderek her yaş grubundaki bireylerin sağlığını tehdit eden bu hastalığın önemine dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın diyabetlilere yönelik yapılacak olan her türlü iletişim çabasında da yol gösterici olacağı umulmaktadır.

1.4. Varsayımlar

Bu çalışmanın varsayımları aşağıdaki gibidir,

- (1) İşlevsel sağlık okuryazarlığı ölçülebilen bir kavramdır.
- (2) Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir faktördür.
- (3) Psikolojik güçlendirme bireylerin sağlık davranışını etkileyen önemli bir faktördür.
- (4) Ankete katılan diyabetliler sağlık durumları, psikolojik güçlendirme düzeyleri, diyabet bilgi düzeyleri ve hastalık yönetim davranışları ile ilgili sorulara tüm şeffaflıklarıyla cevap vermiştir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma diyabet hastaları ile sınırlandırılmıştır. Çalışma alanı olarak diyabetin seçilmesinin nedeni ise hastalığın son yıllarda dünyayla birlikte Türkiye'de de artış göstermesi ve birçok hastalığı tetikleyen ve organları olumsuz yönde etkileyen sistemik bir hastalık olmasıdır.

Saha araştırması, 31 Mayıs-25 Kasım 2013 tarihlerinde İstanbul ilinde yer alan bir diyabet kliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Bireylerin diyabetle ilgili sağlık davranışlarını etkileyen faktörler olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi, diyabet bilgi düzeyi, psikolojik güçlendirme ve demografik faktörler arasındaki ilişki sorgulanmıştır.

Araştırma evrenini diyabetli hastalar oluşturduğu için hastalık önleme ile ilgili davranışlar yerine hastalık yönetimi davranışları ölçümlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği (S-TOFHLA) yetişkinlere yönelik bir ölçümleme aracı olduğundan 18 yaş altındaki katılımcılar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

1.6. Tanımlar

Bu çalışmada yer alan operasyonel tanımlar aşağıdaki gibidir;

Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlıklarını geliştirecek ve koruyacak enformasyona ulaşma, enformasyonu anlama ve kullanma güdüsü ve yeteneğini belirleyen bilişsel yetenekler ve sosyal yetiler (DSÖ,1998).

Psikolojik Güçlendirme: Bireyin kendi sağlığı ile ilgili karar verme aşamasında, özerk bir aktör gibi sorumluluk alarak sürece katılmasını ifade eder (Schulz ve Nakamoto, 2013).

Sağlık Davranışı: Asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olup olmasa da, birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1986).

Sağlık Çıktıları: Bir birey, grup veya nüfusun sağlık durumunda, müdahalenin sağlık durumunu değiştirme amacıyla olup olmadığından bağımsız olarak, planlı bir müdahale veya bir dizi müdahale ile bağdaştırılabilir değişiklik. (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1986).

Diyabet Yönetim Davranışları: : Diyabet yönetimi bireyin kendi hastalığını yönetme konusunda sahip olması gereken yetiler olarak tanımlanmaktadır (McCleary, 2011:26). Bireyin kendi sağlığıyla ilgili durumunda semptomları kontrol etmesi, komplikasyonları önlemesi, ilaç tedavisini etkin bir şekilde uygulaması ve olumlu sağlık davranışına yönelmesi etkili bir yönetim yetisine sahip olduğunu göstermektedir. Diyabet yönetiminde bireyler kısa dönem ve uzun dönem yönetim uygulamalarını yerine getirmek durumundadır. Uygun ilaç tedavisinin belirlenmesinden sonra, diyabet hastaları birçok davranışı günlük hayatlarına adapte etmek durumundadır. Beslenme ve egzersiz planı, kan şekeri seviyesinin kontrolü ve günlük ilaç tedavisi ve ayak bakımı diyabet yönetiminde önemsenmesi gerekli davranışlardır (Ruggiero vd., 1997:572).

2. Alanyazın

2.1. Sağlık İletişimi

21. yüzyılda iletişim bilimleri disiplini içerisinde kriz iletişimi ve risk iletişimi gibi disiplinlerle beraber yükselen bir değer olarak görülen sağlık iletişimi, stratejileri belirleyici bir unsur olarak tüm dünyada ilerlemeye devam etmektedir. Dünya Sağlık Kongresi'nin 1977 yılı oturumlarında tüm insanların 2000'li yıllarda sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir hayat yaşamalarına imkân verecek sağlık düzeyine ulaştırılması yönünde belirlenen sosyal amacın yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1980'li yıllarda "2000'li yıllarda herkese sağlık" programları, dünyada sağlığın *ekonomik, tıbbi, psikolojik ve sosyal* açıdan ele alınan stratejik konulardan biri olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Sağlık iletişimi, çok yönlü bir iletişim kavramı olarak 1700'lü yıllarda Kuzey Amerika'da gelişen ve yaygınlaşan bir iletişim alanıdır. Birden çok disiplini içerisinde barındırması nedeniyle sınırlandırma konusu oldukça zordur. Multidisipliner bir alan olarak psikoloji, antropoloji ve sosyoloji gibi bilim dallarından yararlanmasının yanı sıra, kişiler arası iletişim, halkla ilişkiler, medya savunuculuğu, sosyal pazarlama gibi iletişim alanlarından da beslenmektedir (Bernhardt,2004;WHO,2003). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi sözlüğündeki tanıma göre, sağlık iletişimi halka yararlı sağlık bilgilerinin yayılması için kitle iletişim ve multi-medya araçlarının ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanılması, bireysel ve toplum sağlığının belirli konuları ve sağlık gelişiminin önemi hakkındaki farkındalığı arttırmayı hedeflemektedir (2011).

Günümüzde sağlık organizasyonlarındaki kontrol odağına bakıldığında; merkezi ve yerel yönetimlerden, bireyleri bilinçlendirme ve koruyucu davranış modellerinin kazandırılmasına doğru kaydığı gözlemlenmektedir (Baltaş, 2008: 33). Bu noktada sağlık iletişiminin temeli olan hasta-hekim iletişimi ve kamusal sağlık iletişiminde iletilerin hedef kitleye uygun bir biçimde tasarlanması, uygun kanalların seçimi ve yeni iletişim teknolojilerinin bu sürece entegre edilmesi gibi olguları içinde barındırmaktadır. Aynı zamanda sağlık iletişimi, sosyal sorumluluk çalışmalarına da konu olan önemli bir uygulama alanıdır.

Toplumunu ilgilendiren ve çok boyutlu bir olgu olan sağlık kavramı ekonomik, politik, toplumsal ve kültürel gelişmelerle etkileşim halinde olduğundan, ilk çağlardan günümüze kadar sağlığa olan bakış açısı değişiklik göstermiştir. Sağlığın tıp biliminin egemenliğinden sıyrılarak sosyal bilimlerle etkileşime girmesi iletişimin gücünün fark edilmesiyle gerçekleşmiştir. Sağlık alanında iletişim olgusu özellikle kamu yararı göz önünde bulundurulduğunda en önemli unsurlardan biri olarak öne çıkmaktadır. İletişim ve sağlık arasındaki bu besleyici ilişki, sosyal bilimler alanında özellikle 1970'lerden beri bilim insanlarının ilgisini çeken bir araştırma alanı haline gelmiştir. Bu alandaki çalışmalar genel olarak iletişim ile sağlığın sürdürülmesi veya hastalıkların önlenmesi üzerine odaklanmaktadır (Finnegan ve Vishwanath,2002; Makoul,1991). Sağlık iletişimi alanında yapılan ilk çalışmalara bakıldığında doktor-hasta iletişimine (Pettegrev ve Logan, 1987:682) yönelik olduğu görülmektedir. Korsch ve Negrete (1972)'nin araştırması alanda temel kaynaklardan biri olarak kabul edilmektedir Bunun yanı sıra, sağlık profesyonellerine yönelik iletişim, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ve sosyal pazarlama ile ilgili araştırmalar sağlık iletişimine entegre olarak sürdürülmüş olup, psikoloji, sosyoloji ve tıp bilimlerinden de faydalanılmıştır. Türkiye'de de son dönemlerde birçok sosyal bilimcinin sağlık alanına yneldeği gözlenmektedir.

Sağlık iletişimi, bireysel olarak davranışsal değişimi hedeflediği gibi toplumda sosyal değişimi de amaçlamaktadır. Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak bir defaya mahsus davranışlar gerektirmesinin yanı sıra, yaşam tarzını değiştirecek davranışları da içermektedir. Dolayısıyla sağlık iletişiminin araştırmaya dayanması hem hedef kitleyi hem de içinde bulunduğu ekonomik, sosyal ve kültürel çevreyi çözümlemesini kolaylaştırmaktadır. Bireyleri hedefleyen sağlık iletişimi çalışmaları hedef kitle odaklı araştırmalara yönelirken, toplum ve kamu sağlığına odaklanan çalışmalar ise politikalar, sosyal normlar ve kültürel yapılar üzerine eğilmektedir.

Sağlık iletişimi disiplininin ortaya çıktığı andan itibaren nasıl gelişim gsterdeği evrelerin tanımlanması ile açıkça ortaya çıkmaktadır. Bu evreler; (Piotrow vd.,2003: 1)

(1) *Tıbbi Dönem*: Tamamen tıbbi tedaviye odaklanılan dönemde sağlık hizmetlerinin nerede olduğu bilgisinin hastalarla paylaşılmasının hastalar için yeterli olarak kabul edildiği dönemdir.

(2) *Saha Dönemi*: Sosyal yardım çalışanlarına, toplum temelli eğitim ve iletişim çalışmalarına ağırlık verilen dönemdir.

(3) *Sosyal Pazarlama Dönemi*: Tüketicilerin devlet desteğiyle ürün satın aldıkları ticari döneme işaret eder.

(4) *Stratejik Davranış Değişim İletişimi Dönemi*: Bireyler, toplumlar ve örgütler için, davranış bilimleri temelinde bireysel ve sosyal değişim gibi dinamik bir süreci desteklemek için sosyal norm ve çevre politikalarını etkileme ihtiyacına vurgu yapan içinde bulunduğumuz dönemdir.

Yukarıdaki dönem sınıflandırmasında sağlık alanında iletişimin giderek daha stratejik bir konuma yükseldiği söylenebilir. Hastanelerde ya da kliniklerde dağıtılan, kitleyi hedefleyen basılı materyallerden, iletişimin stratejik olarak planlandığı, hedef kitle araştırmaları ekseninde yürütülen, sadece bireyleri değil politika yapıcıları da hedefleyen bir disiplin haline geldiği görülmektedir.

2.1.1 Sağlık iletişiminin tanımı ve işlevleri

Literatürde sağlık iletişimi ile ilgili birçok tanıma rastlanmaktadır. Yapılan tanımların ortak noktası, sağlık iletişiminin bireyleri, toplumları, sağlık profesyonellerini, kanun yapıcı ya da özel grupları etkilemede ve dolayısıyla sağlık çıktılarını geliştirecek sürdürülebilir davranış pratikleri oluşturmaları yönünde etkili bir iletişim alanı olmasıdır (Schiavo,2007:3). Maibach, Abrams ve Marosits (2007:4) sağlık iletişimini bireyleri, kurumları ve halkı önemli sağlık konuları ile ilgili bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı olarak tanımlamıştır. Thomas (2006:3) sağlık iletişiminin bireysel, sosyal ağ, organizasyon, cemiyet ve toplum olarak birçok katmanda gerçekleştirilebildiğine dikkat çekmektedir. Maibach ve Holtgrave (1995) ise sağlık iletişimini kamusal sağlık iletişimi olarak ele almakta ve "iletişimin teknik ve teknolojilerinin bireyleri, popülasyonları ve kuruluşları (olumlu) etkilemek için kullanılması" şeklinde tanımlamaktadır. Söz konusu yazarlar, bu yaklaşımların "sosyal pazarlama, risk iletişimi, davranışsal karar teorisi, eğlendirirken eğitim (*edutainment*), medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve etkileşimli karar destek sistemlerini" içerdiğini

vurgulamaktadır (1995: 219). Literatürde yapılan tanımlar ışığında sağlık iletişiminin işlevleri kategorize edildiğinde Tablo 1’deki işlevler elde edilmektedir.

Tablo 1. Sağlık İletişiminin Boyutları

Anahtar Kelimeler	Tanımlar
Bilgilendirmek ve Kararları Etkilemek (Bireysel, Toplumsal ve Kurumsal Düzeyde)	<p>Kamuyu sağlıkla ilgili bilgilendirmek ve önemli sağlık konularını kamu gündeminde olmasını sağlamaktır (New South Wales Department of Health, Australia, 2006).</p> <p>Bireyleri ve toplumu bilgilendirecek ve sağlığı geliştirici kararlarda etkili iletişim stratejilerinin kullanılmasıdır (CDC, 2001; U.S.Department of Health and Human Services, 2005).</p> <p>Sağlık davranışının olumlu yönde değiştirilmesi yoluyla hastalıkların önlenmesidir (Freimuth, Linnan, and Potter, 2000:337).</p> <p>Belirlenmiş hedef kitlenin bilgi, tutum ve inançlarını olumlu sağlık davranışı seçimleri doğrultusunda etkilemek için mesaj stratejilerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır (Exchange, 2006;Smith and Hornik, 1999).</p> <p>Birey ve çevre sağlığı ile ilgili koşulların geliştirilmesi için bireyleri, popülasyonları ve kurumları pozitif yönde etkilemek için kullanılan iletişim teknikleri ve teknolojilerinin kullanılmasıdır (Maibach ve Holtgrave, 1995: 219–220; Health Communication Unit, 2006).</p> <p>Doktor-hasta etkileşimi, kendi kendine yardım teknikleri, kırmızı hat, posta, kitle iletişimi kampanyaları ve etkinlikleri de içerebilir(Health Communication Unit, 2006).</p>
Bireyleri Motive Etmek	<p>Önemli sağlık konuları ile ilgili bireyleri, kurumları ve kamuoyunu bilgilendirme, onları etkileme ve motive etme sanatıdır. Hayat kalitesinin artırılması ve toplum içindeki bireylerin sağlığı gibi konuların yanı sıra hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık politikaları gibi alanları da içine alır (Ratzan ve diğerleri, 1994:361).</p>

<p align="center">Davranışın Değiştirilmesi</p>	<p>Bilimsel ve etik durumlara bağlı önemli sağlık sorunları ile ilgili bireyleri, kurumları ve kamuoyunu bilgilendirme, onları etkileme ve motive etme sanatıdır (Tufts University Student Services, 2006).</p> <p>Önceden belirlenmiş bir zamanda, belirli bir konu ile ilgili hedef kitlenin sağlık davranışının olumlu yönde değiştirilmesidir (Clift and Freimuth, 1995: 68).</p>
<p align="center">Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Düzeyini Arttırmak</p>	<p>Sağlık iletişiminin amacı, sağlık konuları ile ilgili hedef kitlenin bilgi düzeyi ve anlayışının yükseltilmesi ve sağlık durumlarının iyileştirilmesidir (Muturi, 2005: 78).</p> <p>İletişimin amacı gelişim için bir anlayış yaratma sürecidir. İnsanlarla olan etkileşime dayanır (Agunga, 1997:225).</p>
<p align="center">Bireyleri Güçlendirmek</p>	<p>İletişim, sağlıkla ilgili belirli konularda bilgi düzeyinin arttırılmasına yardımcı olarak bireyleri güçlendirir (Muturi, 2005: 81).</p>
<p align="center">Bilgi Değiş Tokuşu, İki Yönlü Diyalog</p>	<p>Sağlık iletişimi kamu sağlığının geliştirilmesi için belirlenen hedef kitleye iletilen ilgili, kesin ve ulaşılabilir bilginin eleştirel bir değerlendirmesidir, bilimsel bir gelişmedir, stratejik yaygınlaştırmadır (Bernhardt, 2004:</p>

Kaynak: Schiavo, 2007:9

Tablo 1'deki tanımlardan da anlaşılacağı gibi, birçok disiplinden beslenen sağlık iletişimi, bireyleri, toplumları, kurumları, sağlık profesyonellerini ve kanun koyucuları sağlığın geliştirilmesi ve sağlık davranışlarının teşvik edilmesi yönünde etkileme, destekleme, bilgilendirme ve yönlendirme gibi temel fonksiyonları üstlenmektedir. Hastalıklardan korunma ve hastalıkların yönetimi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi gibi birçok alanda teorik ve uygulamalı olarak faaliyet göstermektedir. Seslenen hedef kitle ve sağlık alanları değişse de sağlık iletişimi disiplini iletişimin sağlığın geliştirilmesine yönelik kullanıldığı her türlü platformda yer almaktadır.

2.1.2 Sağlık iletişiminin dünyadaki ve Türkiye'deki gelişimi

Toplumlarda sağlığın önemi ve sağlığa dair bilgi ve deneyimlerin paylaşımı çok daha eskilere dayansa da sağlık iletişimiyle ilgili kavramsal bir çerçevenin oluşması ve planlı uygulamaların ortaya çıkması 1970'li yıllarda olmuştur. İletişimin önemli olduğu, sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında hem niteliksel hem de niceliksel araştırmaların artmasıyla birlikte bir disiplin haline gelmiştir (Kreps, 2014:567). Amerika'da yaygınlaşan bir alan olması sebebiyle tarihsel arka plandaki örneklerin çoğu Amerika'da yer almaktadır. 1971 yılında gerçekleştirilen Kansere Enformasyon Servisi'nin Ulusal Kansere hareketi programları hastalıkla ilgili toplumda bilinç geliştirmeyi amaçlayan sağlık iletişimi uygulamalarındaki ilk örneklerdendir. İkinci dünya savaşından sonra Amerika'da sağlık hizmetlerinin giderek kurumsallaşması, toplumun sağlığı bir değer olarak algılamaya başlaması ve kişisel kaygıların giderek artması sağlık iletişiminin gelişmesine öncülük etmiştir. Sağlık iletişimi araştırmacıları, iletişimin sağlık alanındaki pragmatik etkilerine odaklanmakta, interdisipliner olması sebebiyle iletişim bilimi alanından birçok kavram, teori ve uygulamaları bir araya getirmektedir (Kreps, 2014:567). 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinde pazarlama temelli yaklaşımların artmasıyla birlikte sağlık iletişimindeki uygulamalar da çoğalmıştır. Hastaneler ve diğer sağlık hizmetlerinin bilgilendirmeye yönelik basın bültenleri, hasta eğitim materyalleri veya eğitim seminerleri hastalar ile yürütülen iletişim yöntemleri olarak kullanılmıştır. 90'lı yıllarda pazarlama ekseninde yürütülen bir disiplin olarak sağlık iletişimi, hedef kitleyle kurulan iletişimde reklam, halkla ilişkiler ve sosyal pazarlama gibi disiplinlerden sıkça faydalanmaya başlamıştır. Sağlık iletişimi ve eğitimi ve uygulamalarına yönelik gereksinim global ölçekte de giderek artmaktadır. İngiltere, İsviçre, Avustralya, Çin, Yeni Zelanda, Japonya, Singapur, Güney Kore, Malezya, Güney Afrika, Brezilya, İsrail, Portekiz, Meksika, Kenya ve Hindistan'da sağlık iletişimi alanında eğitim ve araştırmanın yanı sıra, yapılan araştırmaların uygulamaya geçirildiği programlar da yer almaktadır (Kreps,2012:495).

Türkiye'de ise sağlık iletişiminin gelişimi, sağlıkta özel sektörün payının artmasıyla beraber sağlık bakanlığı düzeyinde birimlerin oluşturulması ve kitle iletişim düzeyinde iletişim çabaları ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde, Sağlığın Geliştirilmesi

Genel Müdürlüğü altında, birey ve toplum sağlığının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili davranış değişikliği oluşturmak için tüm sağlık iletişimi uygulama ve faaliyetlerini planlama, yürütme ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu olan Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı kurulmuştur. Son yıllarda ülkemizde gerçekleştirilen ‘Diyabeti Durduralım (2010-2014), Tütün Kontrolü (2008-), Ulusal Obezite (2010-2014) gibi kamu sağlığı kampanyaları bu birimin sorumluluğunda yürütülmektedir. 2013 yılında başlatılan ve hala devam eden, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Organ Nakli Vakfı tarafından yürütülen organ bağışısı kampanyası da sivil toplum örgütleri işbirliği ile gerçekleştirilen iletişim çalışmalarından biridir. Özel sektördeki değişim ve gelişim, özel hastanelerin giderek artması ve iletişim ihtiyacı, sağlık iletişimi alanında hizmet veren ajansların kurulmasına öncülük etmiştir. Organ bağışısı, üreme sağlığı ve tütün kontrolü gibi konularda devlet eliyle gerçekleştirilen sosyal pazarlama uygulamalarının yanı sıra, birçok vakıf ya da özel kuruluşların gerçekleştirdikleri kampanyalar da bu alanın giderek büyüdüğüne işaret etmektedir.

2.1.2.1 Sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörler

Birçok disiplinin kesişme noktasında yer alan sağlık iletişimi sosyal, ekonomik ve politik birçok değişimden etkilenecek toplumun ihtiyaçları doğrultusunda değişim ve dönüşüm geçirmektedir. Sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörler incelendiğinde şu başlıklar öne çıkmaktadır (Thomas’dan Aktaran: Okay, 2009:27):

2.1.2.1.1 Yeni tıbbi modelin gelişimi

Batı toplumlarında aydınlanmayla birlikte rasyonelitenin ve bilimselliğin önem kazanması, modern tıbbın da bilimselleşmesini ve dini olguların yerine toplum düzeyinde işlevselliğini arttırmasına neden olmuştur. Tıbbi model, hasta ile olan iletişimde bütüncül yaklaşım yerine, hastanın sadece fiziksel rahatsızlığına odaklanmakta ve dolayısıyla insan bedeni bozulabilen ve tamir edilmesi gereken bir makine gibi algılanmaktadır (Erbaydar, 2001:50). Bireyin sağlığı ve hastalığıyla ilgili psikolojik durumu, inançları, tutum ve normları gibi diğer etkenler göz ardı

edilmektedir (Schiavo, 2007:55). Bu model çerçevesindeki iletişim biçimi asimetrik olduğu için bilgi verici, tam anlamıyla bilimsel ve doktrinlere dayalı biçimde tanımlanmaktadır. Hastalıkların ortaya çıkmasında bireylerin psikolojik durumlarının, sosyal ve kültürel alışkanlıklarının etkisini göz ardı ettiğinden indirgemeci bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Yeni tıbbi model olarak ifade edilen sosyal model ise, sağlığın çok nedenli teorilerinin mantığını benimser ve sağlığın biyolojik faktörler kadar politik, ekonomik sosyal psikolojik, kültürel ve çevresel faktörlerce etkilendiğini ortaya koyar (Çınarlı, 2008:20). Sağlıkla ilgili her türlü girişimde çözümün tıbbi olduğu kadar sosyal yapılara da dayandırılması gerektiğini savunan görüş, psikolojik ve sosyal boyutları da içinde barındırmaktadır. Bireylerin duyguları, okuryazarlık düzeyleri, ihtiyaçları ve diğer anahtar faktörlerle birlikte sosyal, kültürel ve çevresel faktörler de önemsenmektedir. Sosyal modelin çok boyutlu bakış açısı, sağlıkta koruyucu yaklaşımın gelişmesine neden olmuştur. Bazı bulaşıcı hastalıkların aşılarda önlenmesi, hava ve su kirliliğinin kontrolü ile çevresel olumsuzluların azaltılması, temiz içme suyu sağlanması ile bulaşıcı hastalıkların azaltılması gibi toplum sağlığını ilgilendiren uygulamalar önem kazanmıştır. 1980 yılında Alma-Ata’da yapılan Dünya Sağlık Örgütü zirvesinde de koruyucu yaklaşımın benimsenerek herkes için sağlık sloganıyla pekiştirilmesiyle sosyal adalet ve eşitsizlik kavramları ön plana çıkarılmıştır. Bu gelişmelerle birlikte sağlık tıbbi model çerçevesinde ele alınan tek boyutlu bir olgu olmaktan çıkmış, multidisipliner bir yapıya kavuşmuştur. Sosyoloji, psikoloji ve ekonomi gibi bilim dallarından beslenen sağlık, iletişim boyutuyla da kendine bir disiplin alanı yaratmıştır. Asimetrik iletişim ve pasif hasta anlayışının terk edilerek, hastaların katılımcı olduğu, inisiyatif almak için özendirildikleri ve sağlıklarıyla ilgili kararlarda etkin bir rol almaları için güçlendirme politikalarının benimsenmesi 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlığın geliştirilmesi konulu konferansından sonra gerçekleşmiştir. Bu yaklaşımla Ottawa Sözleşmesinde yer alan “güçlendirme” kavramı, devletin sorumluluğunu azaltma açısından değil, sağlığı olumsuz etkileyen güç dengelerinin değiştirilmesi açısından anlam kazanmaktadır (Erbaydar, 2003:47).

2.1.2.1.2 Pazarlama anlayışının sağlık alanına entegrasyonu

Pazarlama anlayışının sağlık hizmetleri ile birleştirilmesi, sağlık iletişimi alanının gelişmesine katkıda bulunan önemli bir faktördür. Sağlık iletişimi, her ne kadar bir fikri, organizasyonu veya ürünü pazarlamak için tasarlanmış olmasa da; bazı konularda pazarlamanın bir alt bölümü olarak düşünülebilir (Thomas'dan aktaran Sezgin, 2010:125). Tüketici araştırmaları, bireyle olan iletişimde, olumlu sağlık davranışına yönlendirmede etkin iletişim stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinde pazarlamanın yükselişi, sosyal pazarlamanın gelişimine de katkıda bulunmuştur (Okay, 2009:29). Kamu sağlığının geliştirilmesinde sıkça kullanılan sosyal pazarlama yönteminde, değiştirilmek ya da benimsetilmek istenen olumlu sağlık davranışı sosyal ürün olarak değerlendirilerek, pazarlama karması ile uyumlu hale getirilmekte ve hedef kitleye uygun iletişim stratejileri oluşturularak davranış değişimi amaçlanmaktadır. Planlı sağlık iletişimi çabaları davranış bilimlerindeki teorilerden yararlanmasının yanı sıra pazarlama stratejilerinin alana uyarlanması ile de hedef kitle ile daha güçlü bir bağ kurabilmektedir.

2.1.2.1.3 Tüketim faktörü

Tüketim kültürünün baskıladığı bir çevrede, sağlık konusu da giderek tüketime konu olmakta ve sağlıklı olmak adına tüketim teşvik edilmektedir. Değerli bir meta olarak sunulan sağlık olgusu, sağlıklı yaşam endüstrisi aracılığıyla tüketicilerin hizmetine sunulmaktadır (Sezgin, 2011:58). Yaşam tarzı ile ilgili bireysel seçimlerle ilişkilendirilen sağlıkla (Marmot ve Wilkinson, 2009:15) ilgili söylemlerde bireylerin sağlıklarından sadece kendilerinin sorumlu olduğunu ve sunulan ürün ve hizmetlerle sağlıklı kalabileceklerini vaat eden birçok söylemle karşılaşmaktadır. Amerika ve Kanada gibi ülkelerde sağlık faaliyetlerinin ticari yönünün ağır basması nedeniyle devlet, tüketim nesnesi olarak görülen bireyleri koruma altına alma ihtiyacı hissetmiştir (Bilgili, 2011). Türkiye'de de 1990'lı yıllarda özel sektörün sağlık alanında gelişim göstermesiyle birlikte, Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal düzeyde yeni birimler oluşturarak kitle iletişimini yoğunlaştırdığı görülmektedir.

2.1.2.1.4 Hastalıkların önlenmesinin önem kazanması

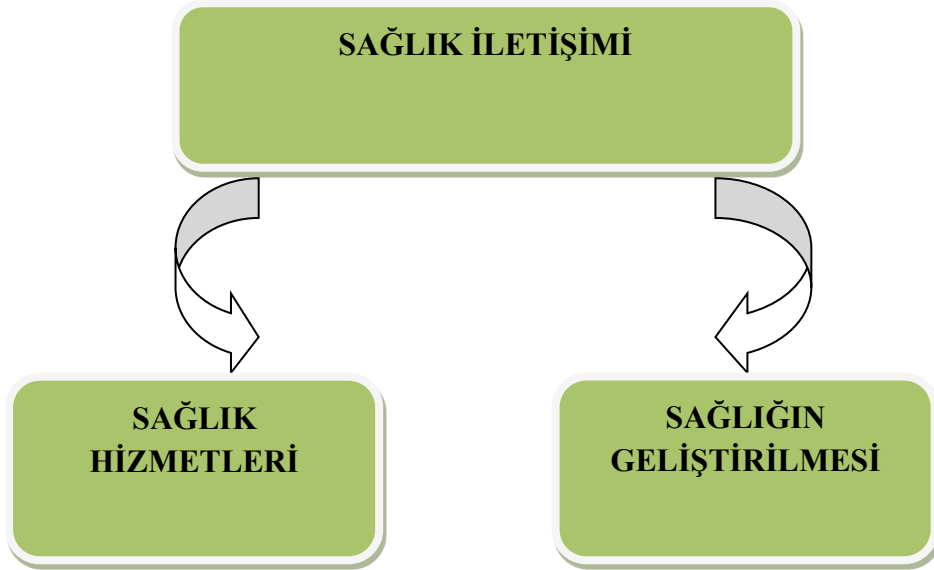
20. yüzyılın sonlarında, Amerika Birleşik Devletlerinde, kamu ve özel sektörde, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinin yanı sıra, hastalıkların ve ölümün önlenmesi üzerine ilgi giderek artmıştır (McLeroy vd.,1988:351). Sigara içmenin önlenmesi, sağlıklı beslenme, egzersizin artırılması, yaralanmaların önlenmesi, cinsel hastalıklardan korunma, tarama ve kontrol programlarına katılımın artırılması gibi önleyici davranışların teşvik edilmesi önem kazanmıştır. Bu yöndeki gelişmeye hastalık seyrinin bulaşıcı olanlardan bulaşıcı olmayan hastalıklar yönüne doğru değişmesi de katkıda bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü ve OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)'nin insan sağlığını tehdit eden hastalıklarla ilgili raporları kanser, kalp hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların günümüzde önemli sağlık problemlerinden biri olduğunu, önümüzdeki 20 yıllık süreçte bu oranlarının artacağını ve başta gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkenin hastalıkları önleyici stratejilere öncelik verdiğini belirtmektedir (WHO, 2010; OECD,2010). Bu durum, kamu sağlığı iletişimcilerinin ve sağlık hizmetleri alanında yer alan kurumların iletişime daha fazla odaklanmaları gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

2.2 Sağlık İletişimi Araştırmaları

İletişim ve sağlık alanlarını birbirine bağlayan sağlık iletişimi, birey ve kamu sağlığı geliştirme çabalarının gerekli bir ögesi olarak gittikçe daha çok tanınmaktadır (Çınarlı, 2008:43). 1970'lerde gelişen bir disiplin olmasına rağmen bilimsel anlamda sağlık iletişim araştırmaları 30 yıldır artarak devam etmektedir (Wright vd,2011:7). Sağlık iletişimde yapılan araştırmaların,kendi kendine, kişiler arası, grup, örgütsel, kitle ve toplumsal iletişim alanlarına ayrıldığı görülmektedir (Kreps vd., 1998:2). Bu sınıflandırma sağlık iletişimini tanımlamada ve kategorize etmede de kullanılmaktadır. Araştırmacılar, kendi kendine iletişim düzeyinde insanların sağlıkla ilgili mesajlarla ya da ilgili konulardaki tutum, inanç, değer ve duygularını belirlemeye yönelik çalışmalar yapmaktadır (Wright vd.,2011:7). İletişim düzeyleri ile ilgili yaklaşım üzerinden giden araştırmaların daha çok kişiler arası iletişim ve kitle iletişimine odaklandığı görülür (Ratzan, vd.,1996:27). Kişiler arası iletişim kategorisinde genellikle hasta-doktor ya da

hasta-sağlık hizmeti sağlayıcısı, aile ve sosyal çevreyle olan iletişimin sağlık çıktıları üzerine olan etkisine odaklanılmaktadır (Wright vd.,2011:7). Kitle iletişimi boyutunda ise sağlığın geliştirilmesi için etkili sağlık mesajlarının yaygınlaştırılması, hastalıkların önlenmesi, sosyal pazarlama ve kanun koyucu düzeyinde iletişim çalışmaları gerçekleştirilmektedir (Jackson, 1992).

Sağlık iletişimi araştırmaları iki bağımsız dala ayrılır. Birincisi sağlık hizmetlerinin sunumudur (Baltaş,2008:43). Sağlık hizmetleri ile ilgilenen araştırmacılar, kişilerarası iletişim yöntemlerini veya grup iletişiminin sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği ile ilgilenirler. İkinci araştırma alanı olan sağlığın geliştirilmesinde ise araştırmacılar kamu sağlığının geliştirilmesinde ikna edici iletişim mesajlarının ve medyanın kullanımı üzerine odaklanmaktadır (Kreps,1998:2).



Şekil 1.Sağlık İletişimi Araştırmasının İki Alanı

Kaynak: Baltaş, 2007:22

İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlanan sağlığın geliştirilmesi (Sağlık

Bakanlığı,2009), bu süreçte birey temelli iletişimin yanı sıra kurumsal, çevresel ve ekonomik boyutlarda desteği ön görmektedir.

Sağlık iletişimi sürecinde de tipik bir iletişim sürecinde olduğu gibi bilgiyi alma, algılama ve işleme süreci önemli olduğu için bu alandaki teorik altyapı çoğunlukla sosyal-psikolojiden beslenir. Çoğu araştırmada sosyal, politik ya da ekonomik koşullar yerine bireye odaklanması bu bakış açısının da bir göstergesidir (Obregan ve Waisbord, 2012:13). Bireyin bilişsel pratikleri ve psikolojik durumu birçok araştırmanın konusu olduğu gibi sağlık bilgisinin davranış üzerine olan etkisi de çoğunlukla araştırılan konulardan birisidir. Sağlık iletişimi araştırmaları, diğer birçok disiplinde olduğu gibi somut bir kavramsal çerçeve oluşturmak ve davranış değişikliği gerçekleştirecek her türlü iletişim çabasında bu teorilerden faydalanmaktadır. Son dönemde artan bir şekilde Davranışçı teorilere odaklanan alanda iletişim, enformasyonun yayılması, kampanyalar, hedef kitleler ve mesajlarla ilişkilendirilmektedir (Obregan ve Waisbord, 2012:13). Sağlık iletişiminin davranış değişimine olan katkısı sorgulanırken iletişim enformasyon ile eş anlamlı olarak kullanılmakta ve davranışa olan etkisi araştırılmaktadır. 1970'lerde davranışı açıklamak için sosyal psikolojiyi arkasına alan sağlık iletişimi, davranış değişikliği ve bireyin karar verme sürecine odaklanan sosyal pazarlamayı keşfetti. Pazarlama tekniklerini sağlıkla ilgili pratikleri ve sağlık çıktılarını da içeren sosyal davranışlar üzerinde uygulayan sosyal pazarlama, ürün, fiyat, tutundurma ve yerden oluşan pazarlama karması bileşenlerini sağlık iletişimi ile uyumlandırarak bireyleri olumlu davranışa yönlendirmede disipline katkı sağlayan yöntemlerden biri haline geldi. 1980'lerde davranışsal niyeti tutumlar ve subjektif normlar üzerinden açıklayan Nedenli Eylem (Ajzen ve Fishbein,1980) ve Planlı Davranış Modellerinin (Ajzen, 1991) yanı sıra, bireyin sağlık davranışıyla ilgili karar verme sürecini etkileyen öz-yetkinlik (Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988) kavramı da davranışı tahmin etmeye yönelik geliştirilen modeller olarak sağlık iletişiminde yerini aldı.

Sağlık iletişiminde davranış değişiminin yanı sıra medya etkisi de önemli çalışma alanlarından biridir. Her türlü planlı iletişim çabasının sağlık bilgisi, tutumu ve davranışı üzerindeki etkisini arttırmanın yolunu arayan araştırmalar hedef kitle bölümlenmesi (Slater, 1996) üzerine çalışmakta ve belirlenen hedef kitlenin psiko-sosyal

özelliklerini anlamaya çalışmaktadır (Keller ve Lehman, 2008). Bununla birlikte birçok araştırma, hedef kitlelerin sosyal, kültürel ve psikolojik durumlarını yaş, eğitim, cinsiyet ve diğer özellikler çerçevesinde analiz etmektedir.

2.3 Sağlık İletişimi Araştırma Alanı Olarak Sağlık Geliştirilmesi

Küreselleşme ile birlikte kentleşme oranının yükselmesi ve ileri teknolojilerin gelişimi sağlık hizmetlerine ve bilgiye erişimi kolaylaştırarak sağlığın gelişimini olumlu yönde etkilemiştir. Diğer yandan, hareketsiz yaşam biçimi ve sağlıksız beslenme gibi unsurlar da bu gelişmelerle birlikte ortaya çıkan sağlığı tehdit eden faktörler olarak görülmektedir (Kumar ve Preetha, 2012). Artan nüfusla birlikte değişen demografik yapı ve beraberinde getirdiği yaşam biçimi değişiklikleri sonucu hastalıkların seyrinde de değişimler gözlenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, toplum sağlığı açısından ciddi bir tehdit unsuru haline gelmiş durumdadır. Bu kategoride yer alan kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları dünyada 36 milyon insanın ölümüne sebep olmuş, bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases,2010). Türkiye ile ilgili istatistiklere bakıldığında ise 2010 yılındaki ölümlerin %85'inin bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle gerçekleştiği görülmektedir (WHO,2010). Hastalıkların seyrindeki bu değişim, kamu sağlığında farklı stratejilerin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Kronik hastalıklar ve davranışlar arasındaki bağlantıda katkı sağlayan sosyal bilimler, kamu sağlığı disiplini ve uygulamalarında sağlığın geliştirilmesi kavramının önem kazanmasını sağlamıştır (Navarro ve Diğerleri,2007:1). Sağlığın geliştirilmesinde, sadece fiziksel faktörler üzerine odaklanan tıbbi görüşün tersine, sağlığın sosyal, ekonomik, çevresel ve politik yönlerini de göz önünde bulunduran bütüncül yaklaşım önem kazanmıştır. Bu yaklaşımla bireylerin ve toplumların kendi sağlıkları ile ilgili harekete geçmeleri ve sorumluluk almaları için güçlendirilmeleri ön görülmektedir. Bunun için kişisel, kurumsal, sosyal ve politik düzeylerde sağlığı gelişimini hedefleyen uygulamalar tasarlanmaktadır.

Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda, sağlığın geliştirilmesi, kişilerin, kişisel seçim

ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak sũreç ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı,2009). 1986 yılında Ottawa'da gerçekteştirilen Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili ilk uluslararası konferansta kavram, bireylerin bilgilendirilmesi, sağlığa yœnelik eğitim verilmesi ve yaşam becerilerinin arttırılmasının desteklenmesi olarak tanımlanmıştır. Dũnya Sağlık Őrgũtũ bu konferansta sağlığın geliştirilmesi uygulamalarının,kamu sağlığı politikaları ũreten, destekleyici çevre şartları için çabalayan, toplumların çabalarını gũçlendiren, bireysel yeteneklerin gelişimini besleyen ve bireylerin kendi sağlık durumları ve çevreleri ũzerinde daha fazla kontrole sahip olması ve sağlıklı seçimler yapmasını sağlayan bir dũzeyde olması gerektiğini belirtmiştir (Howard vd.,2008:943).

Sağlığın geliştirilmesi başlığı altında tasarlanan tũm iletişim faaliyetleri, nihai noktada davranış değişimine odaklandığından, teorik eksende yũrũtũlmesi gerekmektedir. Sağlığın geliştirilmesi alanında kullanılan kuram ve modeller sadece bireyin davranışını açıklayan bir çerçeve değil, aynı zamanda toplumların, sağlıkla ilgili politikaların ve Őrgũtsel yapıların şekillendirilmesinde de yol gœsterici niteliktedir (Nutbeam, 2010:1). Ottawa'da sağlığın geliştirilmesi ile ilgili dũzenlenen uluslar arası konferansın eylem planı incelendiğinde sağlığın geliştirilmesinin temel unsurları ile ilgili şu başlıklar Öne çıkmaktadır (WHO, 1997; Kessler ve Renggli, 2011):

➤ *Sağlıklı Kamu Politikalarına Odaklanmak:* Sağlığın geliştirilmesi birey ve toplum sağlığı ile ilgili çalışmaların yanı sıra sağlığı kanun koyucuların gũndemine getirerek, sonuçlardan haberdar eder ve sorumluluk almaya yœnlendirir.

➤ *Yaratıcı Destekleyici Çevreler:* Sağlığın geliştirilmesi bireyler ve çevreleri arasındaki ilişkileri de sağlık çerçevesinde gœzetmekte ve toplumlara iyi bakmanın yanı sıra çevrelerine de aynı Őzeni gœstermeyi ve bireylerin de Özen gœstermesini teşvik etmektedir. Doğal kaynakların korunması global sorumluluğun bir parçası olarak gœrũlmektedir.

Yaşam, çalışma ve eğlence tarzındaki değişikliklerin sağlık ũzerine gœzle gœrũlũr bir etkisi vardır. Çalışmak ve eğlenmek insanlar için birer sağlık kaynağı olmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi de sağlığın kaynağı olması noktasında güvenli, aydınlatıcı, tatmin edici ve zevkli yaşam ve iş koşulları sağlamaktadır.

Özellikle teknoloji, iş, enerji üretimi ve kentleşme gibi hızla değişen alanlardaki sağlık etkisi kamu sağlığına yararı gözetilerek takip edilmelidir. Sağlığın geliştirilmesine ilişkin tüm stratejilerde doğal kaynakların, doğal ve tasarlanmış çevrenin korunması ele alınmalıdır.

➤ *Toplum Eylemini Güçlendirme:* Sağlığın geliştirilmesi toplumun sağlık sorunlarının nedenlerini ortaya koyar ve bunlara çözüm üretmeye çalışır. Bunu yaparken sorunları tespit eder, stratejileri planlar ve toplum eylemleriyle birlikte uygulamaya koyar. Bu sürecin odağında toplumun kendi çaba ve kaderine sahipliğinin güçlendirilmesi hedefi yer almaktadır.

Toplumsal gelişme, halk katılımını güçlendirmek ve sağlık sorunlarının yönetimi için kendi kendine yardımı, sosyal desteği ve esnek sistemleri geliştirmek amacıyla var olan insan kaynağına ve maddi kaynaklara dayanmaktadır. Bu durum kaynak desteği kadar enformasyona tam ve sürekli olarak erişmeyi ve sağlık olanaklarını öğrenmeyi gerektirmektedir.

➤ *Kişisel Yeteneklerin Geliştirilmesi:* Sağlığın geliştirilmesi, kişisel yeteneklerin geliştirilmesini desteklemektedir. Bu güçlendirme ile insanların kronik hastalıklar ya da yaralanmalarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmiş olacakları ön görülmektedir. Öğrenme süreci eğitsel, profesyonel, ticari ve gönüllü kuruluşların bu konuda rol almasıyla gerçekleşebilecektir.

➤ *Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Uyumlandırılması:* Sağlık hizmetlerinin klinik ve tedavi hizmetleri sunmasının dışında sağlığın geliştirilmesi ile birlikte çalışmalıdır.

➤ *Geleceğe Doğru İlerlemek:* Sağlık kendine ve diğerlerine iyi bakmak, kendi sağlığı ile ilgili kararlar almak ve toplumun tüm üyelerinin sağlığa ulaşmasını sağlayan şartların var olduğu toplumu oluşturmakla yaratılmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, sağlık hakkına eşit erişimin sağlanmasından, toplum sağlığı gözetilerek politikalar oluşturulmasına öncülük edilmesine ve bireysel yeteneklerin sağlık kararlarında etkin hale getirilmesine kadar her aşamadaki iletişim çalışmalarını içinde barındırmaktadır. Ancak bu sürecin etkinlik kazanabilmesi için bireyleri de aktif katılımcı rolüyle karar alma süreçlerine dâhil etmeyi amaçlamaktadır.

2.3.1 Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan kuram ve modeller

Sağlığın geliştirilmesinde gerçekleştirilecek olan uygulamalarda sadece bireyi değil, bireyin içinde bulunduğu toplumu ve çevreyi de göz önünde bulunduran ekolojik modele göre davranışlar beş seviyede kategorize edilir (McLeroy, K.R vd.,1988:355):

- (1) **İçsel Faktörler:** Bilgi, tutum, davranış, benlik ve yetenekler gibi bireyin karakteristik özelliklerini içeren içsel faktörler, bireyde davranış değişikliği hedefleyen aktivitelerde göz önünde bulundurulmaktadır. İletişimin bireyin farkındalığını, bilgi birikimini, tutumunu, kendi kendine yeterliliğini ve davranış şekillerini değiştirmedeki yeteneklerini etkileyebildiğini (Sezgin,2011: 94) dikkate alan tüm düzeydeki aktiviteler, eninde sonunda bireysel değişimi etkilemeyi ve desteklemeyi hedef almaktadır.
- (2) **Kişiler arası süreçler ve birincil gruplar:** Aile, iş ve arkadaşlık ilişkilerini içeren formel ve informal sosyal ağlar ve sosyal destek sistemlerinden oluşmaktadır.
- (3) **Kurumsal Faktörler:** Sosyal kurumlar, faaliyet için gerekli formel ve informal kurallar ve düzenlemeler.
- (4) **Toplumla ilgili Faktörler:** Tanımlanan sınırlar içerisinde örgütler, kurumlar ve informal ağlar arasındaki ilişkiler.
- (5) **Kamu Politikaları:** Yerel ve ulusal kanunlar ve politikalar.

Sağlığın geliştirilmesi alanında yapılacak ve toplum sağlığının gözetildiği her türlü uygulamanın ekolojik bakış açısıyla tasarlanmasının, davranış değişikliği oluşturma ve sürdürmede daha etkili olacağı düşünülmektedir. Kullanılan modellerin birçoğu

psikoloji, sosyoloji, yönetim, tüketici davranışları ve pazarlama gibi davranış bilimleri ya da sosyal bilimler alanından gelmektedir (Nutbeam vd.,2010:2). Bu çeşitlilik de modellerin sadece bireyin davranışına odaklanmadığı, toplumları, politikaları ve sosyal kurumları oluşturan yapıları da göz önüne aldığını göstermektedir. Tablo 2'deki modeller, davranış değişimini ele aldığı perspektiflere göre kategorilere ayrılmıştır: (Nutbeam vd., 2010:1)

Tablo 2: Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Teori ve Modeller

Yaklaşım	Teori&Modeller
Bireye odaklanarak davranışı ve davranış değişimini açıklayan teori ve modeller	<ul style="list-style-type: none">❖ Sağlık İnancı Modeli❖ Nedenli Eylem&Planlı Davranış Modelleri❖ Değişimin Aşamaları Modeli❖ Sosyal Bilişsel Teori
Sağlıktaki değişimi toplumlar ve toplumsal hareketler açısından açıklayan teoriler	<ul style="list-style-type: none">❖ Toplumun Harekete Geçirilmesi (Plan, Eylem, Gelişim) Teorisi❖ Yeniliklerin Yayılımı Teorisi
Sağlığın geliştirilmesi için davranış değişikliği oluşturmada iletişim stratejilerini kullanan teoriler	<ul style="list-style-type: none">❖ Sağlık Okuryazarlığı Modeli❖ İletişim-Davranış Değişimi Modeli❖ Sosyal Pazarlama Teorisi
Kurumlarda ve sağlığı destekleyici kurumsal pratiklerde değişimin nasıl olacağını açıklayan teori ve modeller	<ul style="list-style-type: none">❖ Kurumsal Değişim teorileri❖ Sektörler arası eylem modelleri
Kamu sağlığı politikalarının gelişimi ve uygulanmasını açıklayan teori ve modeller	<ul style="list-style-type: none">❖ Sağlıklı bir kamu sağlığı politikası çerçevesi❖ Sağlığın geliştirilmesinde kanıta dayalı politika geliştirme❖ Sağlık Etkisinin Değerlendirilmesi(HIA)

Kaynak: Nutbeam, 2010:1

2.3.1.1 Mikro düzey modeller

Sağlık davranışını bireysel düzeyde açıklamaya çalışan modeller mikro düzey modeller olarak ele alınmaktadır. Bu modellerde bireylerin davranışını etkileyen unsurlar olarak tutum, inanç, motivasyon ve sosyal normlar gibi değişkenler ele alınmaktadır. Bu modellerin ortak özelliği, farkındalığı yükseltmek ve bireyleri sürece dahil etmek amacıyla sağlık mesajlarını etkin bir şekilde tasarlayabilmek için teorik bir altyapı sağlamaktır.

2.3.1.1.1. Sağlık inancı modeli

Sağlıkla ilgili inançları anlamaya çalışarak sağlık davranışını açıklamayı amaçlayan modelde, bireyin sağlık problemiyle ilgili davranışa yönelme ihtimali 4 farklı inanç türünün birbiriyle olan etkileşimine bağlı olduğu ön görülmektedir (Nutbeam vd., 2010:10). Bunlar;

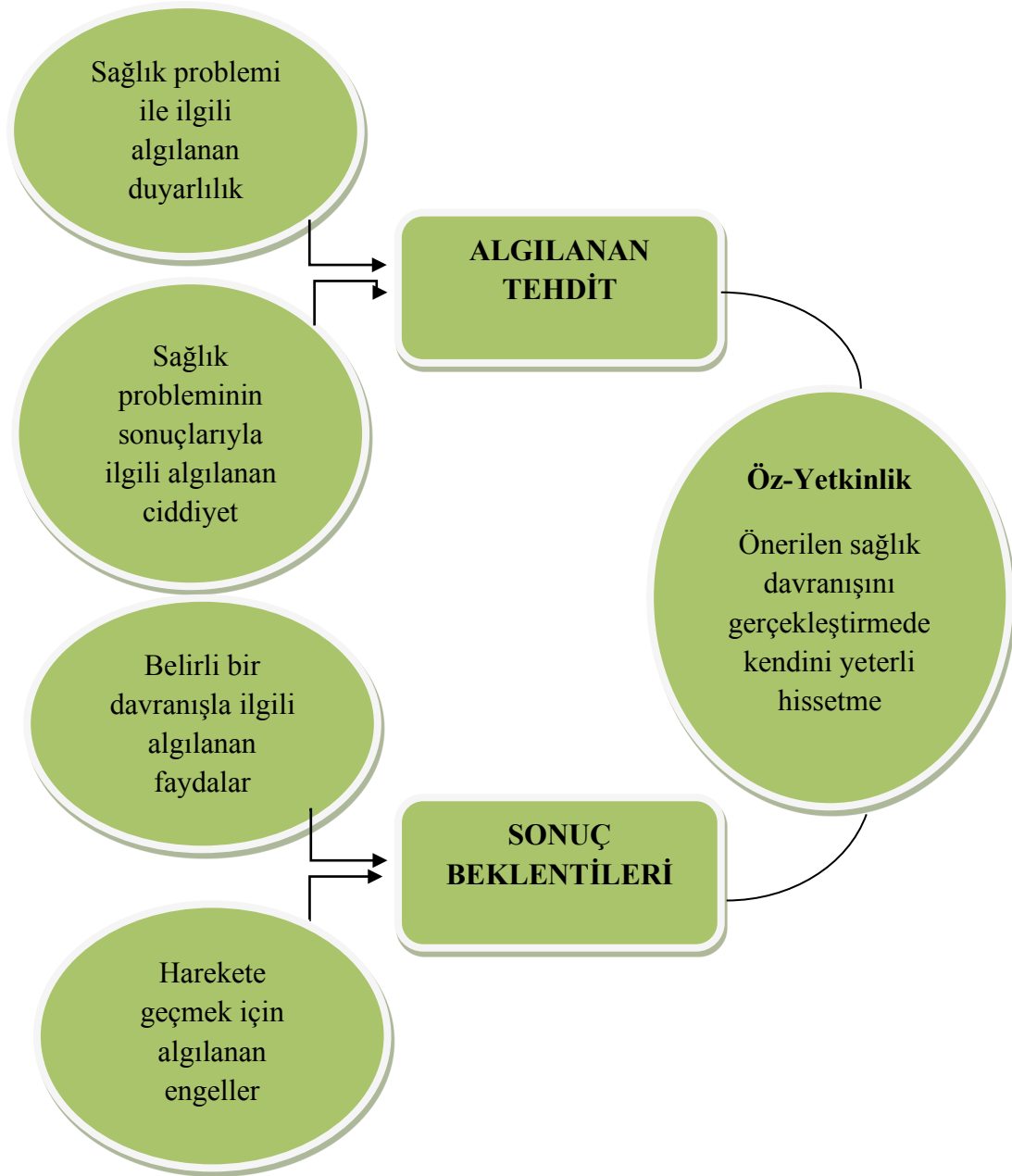
Algılanan Duyarlılık: Bireyin sağlık konusundaki subjektif risk algılamasını içerir. Ailesinin kanser geçmişi olması, bireyin de kendini bu hastalığa yatkın olduğunu düşünmesi bu algıya örnek olarak verilebilir.

Algılanan Ciddiyet: Bireyin sağlık probleminin ciddi sonuçları olacağına inanmasıyla ilgilidir. Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkacak sonuçlar ya da hastalığın ölüm, sakatlık ve sosyal kayıplar gibi olumsuz sonuçları ile ilgili bireyin değerlendirmelerini içermektedir. Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birleştirildiğinde, ortaya 'algılanan tehlike' çıkmaktadır (Okay,2009:90).

Algılanan Yarar: Bireyin sağlık problemi ile ilgili önerilen davranışın hissedilen duyarlılığı ve negatif sonuçları azaltacağını düşünmesi onun yarar algılamasını oluşturmaktadır.

Algılanan Engeller: Önerilen sağlık davranışının olumsuzluklarının o davranışı gerçekleştirmeyi engellemesidir. Sağlıkla ilgili önerilere uyulabilmesi için algılanan engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Öz-Yetkinlik: Önerilen sağlık davranışını gerçekleştirmede kendini yeterli hissetme.



Şekil 2: Sağlık İnancı Modeli: Temel Bileşenler ve Bağlantılar

Kaynak: Nutbeam vd., 2010:10

Modelle ilgili yapılan eklemeler sonrası, kişisel özellikler, sosyal koşullar ve medya tanıtımı ve kişisel deneyim gibi hareket için başlama işaretleri adı altındaki faktörler de bireyin davranışı üzerinde etkili olan faktörler olarak modele dahil edilmiştir (Nutbeam vd., 2010:10). Modelde yer alan öz-yetkinlik kavramı ise Bandura'nın Sosyal-Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biridir. Sağlıkla ilgili istenen sonuca ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi noktasında bireyin kendine olan güveni ve inancını ifade etmektedir. Modele göre, eğer sağlıkları ile ilgili riskin ciddiyetinin farkında olan, bu riske karşı duyarlı olan, gerçekleştirecekleri davranışın faydasını bilen ve bununla ilgili engeli olmayan bireyler, riskli davranıştan kaçınarak olumlu sağlık davranışına yönelecektir (Pechmann, 2001:190). Sağlık inancı modeli, tarama ve aşılama gibi koruyucu sağlık davranışlarının benimsetilmesinde sıkça kullanılmakla birlikte, sigara, tütün ya da alkol kullanımı gibi uzun dönemli ve karmaşık davranışlara yönelik programlarda tercih edilmemektedir (Nutbeam vd.,2010:10). Çünkü model, sağlık davranışı üzerindeki sosyal, ekonomik ve çevresel etmenleri neredeyse hiç dikkate almamaktadır. Ancak bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararlar alırken sahip oldukları inançları, algılanan yararlar ve engeller üzerinden irdeleyen model sağlığı korumada ve geliştirme çabalarında etkili olmaktadır.

2.3.1.1.2. Nedene dayalı eylem teorisi

Ajzen ve Fishbein (1980) tarafından geliştirilen modelin en temel varsayımı, bireyin davranışlarını tamamen kendi rızasıyla, gönüllü bir şekilde gerçekleştirdiği ve çevreden etkilenmediğidir. Bununla birlikte davranışın en güçlü tahmin edicisi olarak davranışsal niyet kavramına odaklanan model, davranışsal niyetle ilişkili iki kavramdan bahsetmektedir (Schiavo, 2007:40). Bunlar;

(1) *Bireyin Davranışla İlgili Tutumu*: Tutum kavramı genel olarak bir davranışa, bir insana ya da bir konuya karşı sahip olunan olumlu ya da olumsuz duygular.

(2) *Bireyin Davranışla İlgili Sahip Olduğu Subjektif Normlar*: Bireyin, sergilediği ya da sergileyeceği davranışla ilgili, referans aldığı grupların (arkadaş, aile, iş arkadaşı, kurum vs) düşüncelerine dair sahip olduğu inançlar.

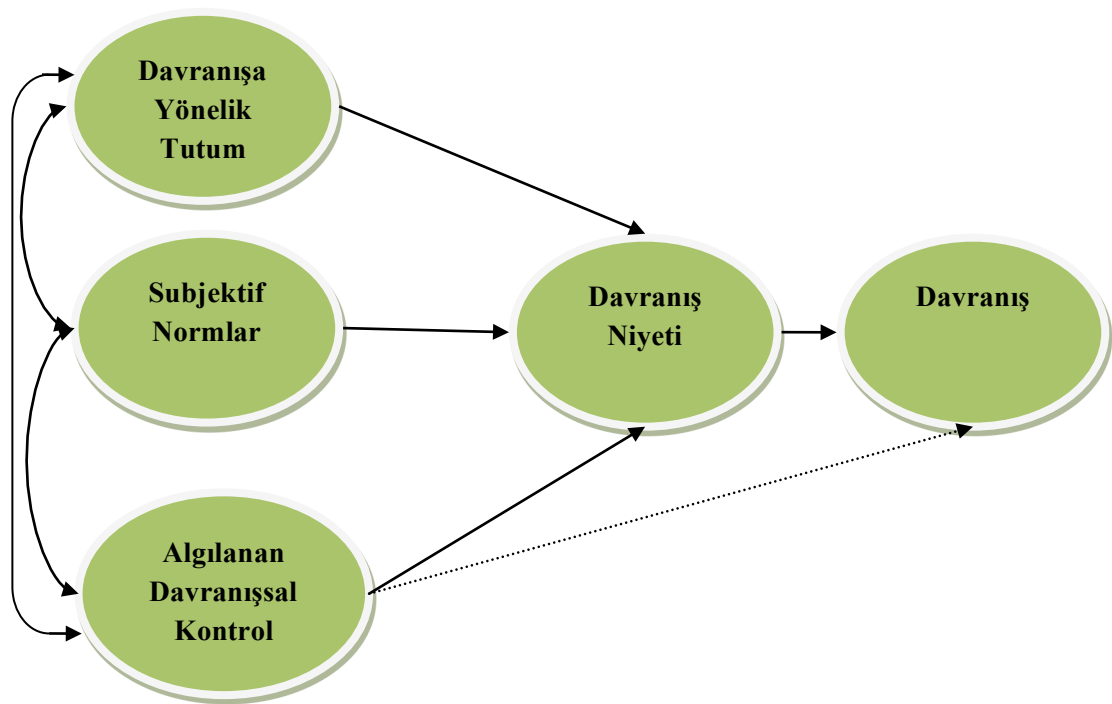
Nedene dayalı eylem teorisi tutum ve davranış arasındaki ilişkileri açıklamaya çalışır. İnsanların bir davranışa yönelik tutumlarıyla gerçek davranışlar arasında bir ilişki kurulabileceğini öngören model, bireyin davranışa yönelik tutumunun ne kadar olumluysa, davranışsal niyetin de o kadar güçlü olacağını iddia etmektedir (Chang, 2009). Davranışın en güçlü belirleyicisi olan davranışsal niyetin yerine getirilme olasılığı ise, kişinin o davranışın belirli sonuçlar doğuracağına dair inancına ve kişinin önem verdiği referans grubunun normatif baskısına bağlıdır (Çınarlı, 2008:128). Davranışlarının yaşamlarına olumlu sonuçlar getireceğine inanan kişiler, bu davranışları benimsemek konusunda olumlu bir tutum sergilerken, aynı zamanda belirli kişiler veya grupların, koruyucu davranışın geliştirilmesi hakkında pekiştirici mesajlar vermesi inanç ve niyetin de güçlenmesine neden olmaktadır (Baltaş,2007:40).

Sağlık iletişimde kullanılan en etkili modellerden biri olan nedene dayalı eylem teorisi aracılığıyla, davranışsal niyetlerin desteklenmesi ve bireylerin gerçek davranışa yönlendirilmeleri sağlanabilmektedir. Bir sağlık iletişimi kampanyası mesajının içeriğini oluşturma konusunda sistematik bir yaklaşım öneren az sayıdaki kuramdan biri (Sezgin, 2011:122) olan model, davranışın nedenlerini analiz etmeye ve belirlemeye odaklanmakla birlikte, aynı zamanda tutum değişikliğine yol açan mesajların üretilmesine de yoğunlaşmaktadır (Schiavo, 2007:41).

2.3.1.1.3. Planlı davranış modeli

Planlı davranış modeli, sosyal psikolojide amaçlı davranış modellerinin en etkili olanlarından biridir ve sağlıkla ilgili davranışların tahmin edilmesinde ve anlaşılmasında yoğun bir şekilde kullanılmaktadır (Ajzen, 1991:181). Nedenli eylem teorisinin genişletilmiş bir şeklidir. Yapılan çalışmalar, pek çok sağlık davranışının, kişi tarafından istenildiği zaman kolaylıkla yapılamadığını göstermektedir (Baltaş, 2007:40). Buradan yola çıkarak, nedene dayalı eylem teorisindeki davranışı tahmin eden

değişkenlere ek olarak, bu modelde algılanan davranışsal kontrol kavramı tanımlanmıştır. Bir davranışı gerçekleştirirken, içsel, dışsal, gerçek ya da algılanan bir kısıtlama olması, o davranış için bir denetim söz konusu olduğunu gösterir. Bireyin sağlık davranışının zorluğu veya kolaylığı ile ilgili algısı algılanan davranışsal kontrol olarak tanımlanmakta ve davranışı etkileyen bir faktör olarak ele alınmaktadır. Bu teoriye göre bireyin davranışı direkt olarak davranışı gerçekleştirme eğiliminden, subjektif normatif baskıdan ve algılanan davranışsal kontrolden etkilenmektedir (Grappi ve Montanari, 2009). Modele göre, algılanan davranışsal kontrolün hem davranışsal niyet hem de davranış üzerinde doğrudan etkisi vardır (Bkz şekil 3). Bu etkinin iki nedeni vardır. Birincisi davranış üzerindeki kontrol algısı yüksek olan birey, niyetini sabit tutarak daha çok dener ve kontrol algısı düşük bireye göre daha çok gayret eder. İkincisi davranışlarının önünde set oluşturacak gerçek engelleri görebilir ve bunlara karşı kendini güçlendirebilir (Baltaş,2007:41). Öz-yetkinlik kavramı ile de yakından ilişkili olan algılanan davranışsal kontrol bireylerde ne kadar yüksekse, davranışsal niyetinde o kadar güçlü olduğu ön görülmektedir (Nutbeam vd., 2010:13).



Şekil 3. Planlı Davranış Modeli

Kaynak: Ajzen,1991:182

Planlı Davranış Modelinde de (Ajzen,1991:181), Nedene Dayalı Eylem Teorisinde olduğu gibi istendik yönde davranışın oluşabilmesindeki ana faktör bireyin davranışsal niyetidir. Davranışsal niyet, davranışı gerçekleştirme konusunda bireylerin ne kadar zorlandıkları ve ne kadar çaba harcadıkları gibi motivasyonel faktörleri yansıtmaktadır. Davranışsal niyetin gücü ile davranışın gerçekleşme olasılığı arasında pozitif bir ilişki mevcuttur.

2.3.1.1.4. Değişimin aşamaları modeli

Prochaska ve DiClemente (1983), sağlık davranışını anlamak ve ölçmek için yaptıkları araştırmada davranış değişiminin belirli bir süreçte gerçekleştiği sonucuna ulaştılar. Bireylerin davranış değişimiyle ilgili motivasyon seviyeleri veya değişime hazır olma durumlarını dikkate alan model, davranış değişikliğini aşamalı olarak tanımlamıştır. Bu aşamalar şu şekildedir:

(1) *Ön tasarım*: Bireyler davranışlarını değiştirmek istememektedir ya da bu konu ile ilgili farkındalık yoktur.

(2) *Tasarlama*: Bu aşamada birey problemin farkındadır ve olası davranış değişikliği için, zihninde artı ve eksileri düşünmektedir ve bilgi arayışındadır.

(3) *Karar Verme*: Birey davranış değişikliği konusunda niyet geliştirdiği ve kendini hazırladığı aşamadır.

(4) *Eylem*: Bireyin harekete geçtiği ve davranış gerçekleştirdiği aşamadır.

(5) *Sürdürme*: Davranış ediminin devam ettirildiği ve olası sağlık kazanımlarının elde edildiği aşamadır.

(6) *Sonuç*: Bu aşamada artık birey değişim sürecini tamamlamıştır ve olumlu davranışı terk etme konusunda herhangi bir istek duymamaktadır.

Değişimin aşamaları modeli, doğrusal modellerin aksine dairesel bir yapıya sahiptir. Bireyler bu döngüye her hangi bir aşamada dahil olabileceği gibi, istedikleri zaman da vazgeçebilirler. Değişimin aşamalarına ek olarak, aşamalar arası hareketi desteklemede faydalı olan değişim süreçleri tanımlanmıştır (Prochaska'dan aktaran Nutbeam, 2010). Değişimin nasıl oluştuğunu tanımlayan değişim süreçleri, aşamaları atlamak için kullanılan on bilişsel ve davranışsal süreci içermektedir (Patten vd.,2000:60). İlk beş süreç deneysel olarak sınıflandırılmakta ve daha erken aşamalarda kullanılmakta, kalan beş süreç ise davranışsal süreçler olarak sonraki aşamalarda yer almaktadır (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3: Değişimin Aşamaları Modelindeki Değişim Süreçleri

DEĞİŞİM SÜRECİNİN EN ÇOK VURGULANDIĞI DEĞİŞİMİN AŞAMALARI					
DEĞİŞİM SÜREÇLERİ	Değişimin Aşamaları				
	Ön Tasarım	Tasarlama	Karar verme	Eylem	Sürdürme
	Farkındalığın Yükselmesi	Duygusal Uyarılma	Çevreyi Yeniden Değerlendirme	Kendini Yeniden Değerlendirme	Kendisi İle Anlaşma

Kaynak: Patten vd., 2000

Farkındalığın Yükselmesi

Bireyin olumsuz sonuçlar ve problemleri davranışın tedavisine yönelik farkındalığını arttırmaya ihtiyacı olduğu süreçtir. Geribildirim, eğitim, yüzleşme, yorulma ve medya kampanyaları yoluyla farkındalık yaratılabilmektedir (Prochaska vd., 1992:1007).

Duygusal Uyarılma

Bireyin problemleri davranışı ile ilişkili olaylar karşısında (örneğin sigara ve akciğer kanseri) çok güçlü üzüntü deneyimlediği zaman oluşan süreçtir (Erol ve Erdoğan, 2007:90). Bu evrede psiko drama, rol yapma, tanıklar ve medya kampanyaları ve bireyleri duygusal olarak harekete geçirebilir (Prochaska vd., 1992:1008)

Çevreyi Yeniden Değerlendirme

Bu süreçte birey, sahip olduğu kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresine olan etkisini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirir. Bu değerlendirmeyle birlikte içinde bulunduğu sosyal çevrede olumlu ya da olumsuz bir rol model olup olmadığıyla ilgili bir farkındalık geliştirebilir (Prochaska ve Velicer, 1997:50). Empati eğitimi, belgeseller ve aile girişimi bu aşamada kullanılan yöntemlerdir.

Kendini Yeniden Değerlendirme

Ön tasarım aşamasından tasarlama aşamasına geçerken bireylerin kendini değerlendirmesi ve var olan olumsuz davranışla ilgili kendini suçlu hissetmesi önemlidir. Değerleri açıklığa kavuşturma, sağlıklı rol modelleri ve iyileştirici duygusal deneyim gibi yöntemleri bu süreçte bireyin daha etkin bir değerlendirme süreci geçirmesine yardımcı olmaktadır.

Kendisi ile Anlaşma

Davranış değişimine olan inancı güçlenen birey, bu değişikliklerle ilgili uyum geliştirir. Motivasyon üzerine yapılan çalışmalar iki seçeneğe sahip olan insanların, tek seçeneği olanlara göre davranışla ilgili daha kararlı olduklarını göstermiştir. Sahip oldukları seçenekler arttıkça problemi ortadan kaldırmaya yönelik olan motivasyonları da artmaktadır (Prochaska ve Velicer, 1997:50)

Güçlendirme

Davranışsal bir süreç olan güçlendirme sürecinde bireylerin istedik yönde değişen davranışlarının ödüllendirilmesi davranışın sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Bu aşamada bireye kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlayan güçlendirme girişimleri kullanılabilir.

Destekleyici İlişkiler

Güven veren, destekleyen ve kabul gören ilişkiler bu süreçte etkilidir. Aile, yakın arkadaş ya da danışman desteği ile sürece destek verilebilir.

Karşıt Koşullama

Bireyin sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışlar öğrenmesini ve gerçekleştirmesini içerir.

Uyaranların Kontrolü

Bireyin sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmak için uyaranların kontrol altına alınması ve yerine sağlıklı alternatiflerinin düşünülmesi sürecidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları ve kaçınma gibi yöntemler olumlu sağlık davranışı değişikliğini destekleyen yöntemlerdir.

Değişimin aşamaları modeli, davranış değişikliğinin zamanla gerçekleşeceğini savunmaktadır. Diğer modellerin aksine, davranışla ilgili ‘ya hep ya hiç’ bakış açısının aksine dinamik bir süreci kapsar ve davranışın gerçekleşmesi zaman alır. Bu fark modelin sahip olduğu güçlü yönlerden biridir (Marshall ve Biddle, 2001).

Davranışsal değişimin aşamaları ile süreçlerin eşleştirilmesi ile bu model, bireylerin farklı aşamalarda olabileceğini göz önünde bulundurarak ve hedef kitlesini bu bakış açısıyla analiz ederek davranış değişiminde etkin bir rol oynayabilmektedir.

2.3.1.1.5. Sosyal öğrenme kuramı

Davranışı açıklamaya ve değiştirmeye yönelik geliştirilen modeller incelendiğinde, öğrenme ile ilgili modellerin 2 temel teori üzerine geliştirildikleri söylenebilir (Rosenstock vd.,1988:175). Bunlar;

(1) Uyarın Tepki Teorisi: Bu teoriye göre insanlar, yaşadıkları olaylardan etkilenerek davranışı gerçekleştirme ya da değiştirme yoluna giderler. Örneğin cezalandırmanın olduğu bir durumda, cezadan kaçınma davranışı öğrenilir.

(2) Bilişsel Teori: Bilişsel teorisyenlere göre davranış, davranış sonucu elde edilen subjektif değerin bir fonksiyonudur. Dolayısıyla insanlar davranış sonrası kazanımları ile ilgili bir beklenti içerisinde dirler.

Bandura (1977)'nın yukarıda bahsedilen iki teori üzerine temellendirdiği sosyal öğrenme kuramına göre davranışın belirleyicileri beklentiler ve özendiricilerdir.

Beklentiler;

- (1) Çevre ile ilgili beklentiler (Olayların nasıl bağlantılı olduğuyla ilgili inançlar)
- (2) Bireyin kendi davranışının sonucu ile ilgili beklentiler (Bireyin davranışının sonuçları nasıl etkileyeceği ile ilgili görüşler, sonuç beklentisi)
- (3) Sonucu etkilemesi beklenen bireyin davranışını, nasıl gerçekleştirdiğiyle ilgili yetkinliği (Öz-yetkinlik)

Özendiriciler;

Özendiriciler, davranış sonucu elde edilen çıktının değeri olarak tanımlanmaktadır. Bu çıktı sağlık durumu olabileceği gibi, fiziksel görünüm, başkaları tarafından onaylanma ya da ekonomik kazanç olabilmektedir. Davranış bu çıktılara göre yönlendirilmektedir.

Ancak elde edilen bu çıktılar sadece davranışı gerçekleştiren birey tarafından bilinmekte ve yorumlanmaktadır. Buna göre bireyler (Rosenstock vd.,1988:176);

- Mevcut yaşam tarzlarının sağlık durumu ya da diğer fiziksel durumlara yönelik tehdit oluşturduğunu düşünürse,
 - Gerçekleştireceği davranışın bu tehditleri azaltacağına inanırsa
 - Ve bu yeni davranışla ilgili kendini yeterli görürse,
- Davranışı gerçekleştirmeye istekli olur.

Bireylerin inançları, içsel motivasyonları, öz yetkinliği gibi faktörlerle birlikte çevresel faktörlerinde davranışı gerçekleştirmede önemli olduğunu savunan Bandura, bu öğeler arasındaki etkileşimi ‘karşılıklı belirlemecilik’ başlığıyla tanımlamaktadır (Nutbeam, 2010:18). Bu kavrama göre birey, içinde bulunduğu çevre ve bireyin davranışı sürekli etkileşim halinde ve birbirini etkiler durumdadır. Bu etkileşimden ilki bireyin çevresindeki diğer insanların davranışlarını gözlemleyerek, bu davranışı ve sonucunda elde edilen ödül ya da cezayı öğrenmesidir (Gözlemleyerek öğrenme). Örneğin bazı genç erkekler sigara içme davranışını, gözlemleri sonucunda seksi ve çekici olma imajı ile ilişkilendirdiklerinde, bu davranışı gerçekleştirme olasılıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Bu durumda akranların ve sosyal normların sağlık davranışına olan etkisi ve sosyal normları etkilemede rol modellerin kullanılması önleyici programların etkinliği açısından önem kazanmaktadır.

Sosyal öğrenme kuramında ikinci önemli bilişsel süreç ise beklentilerle ilgili olan süreçtir. Örneğin birey sigara içtiğinde kilo kaybedeceğini ve fiziksel olarak daha iyi bir görünüme sahip olacağı beklentisi içindeyse sigara içme davranışını gerçekleştirir ya da devam ettirir. Dolayısıyla davranışların arkasında bireylerin sahip olduğu inanç ve motivasyonların anlaşılmasının yanı sıra, bazı davranışlarda kısa dönemli etkiler üzerine odaklanılması gerektiğini göstermektedir (Nutbeam, 2010:18). Genç bireylerin çoğu sigaranın akciğer kanseri ya da kalp hastalıkları gibi uzun dönemli negatif etkilerinden çok, ağız kokusu ya da giysilerinin sigara kokması gibi kısa dönemli negatif etkilere daha açık olduğu bilinmektedir.

Bandura'nın sosyal öğrenme kuramıyla birlikte geliştirdiği en önemli unsurlardan biri de öz-yetkinlik kavramıdır. Bu teoriden sonra geliştirilen birçok modelin de göz önünde bulundurduğu öz yetkinlik kavramı bireyin gerçekleştireceği davranışla ilgili kendini yeterli hissetmesi ile ilgili inancıdır. Bandura'ya göre gözlem yoluyla ya da katılımcı öğrenme, bireyin davranış değişimi için gerekli olan bilgi ve yetenekleri geliştirmesine yol açmakta, bu da bireyin kendine olan güvenini ve öz yetkinliğini arttırmaktadır (Bandura, 1997:43).

Bandura (1997), öz yetkinliği arttırmada 4 yaklaşımdan bahsetmektedir. Bunlar;

(1) Olumlu Deneyimleme: Bireylerin sağlıkları ile ilgili geçmişte yaşadıkları başarılı deneyimler, başarılması gereken yeni görevlerde kendine olan güven duygusunu arttırmaktadır. Dolayısıyla bireylerin sağlık davranışını gerçekleştirecek ya da sürdürecektir yeterlilikte olduğunun hatırlatılması davranış değişikliği için önem kazanır. Yerine getirilmesi gereken sağlık davranışının zorluğu ile bireylerin öz yetkinlik düzeyinin eş güdümlü olarak artması ideal bir durumdur.

(2) Diğerlerinin Başarılarının Gözlemlenmesi: Aynı hastalığa sahip diğer bireyler ya da olmak istedikleri rol modeller, öz yetkinlik düzeyini arttırıcı unsurlardan biridir.

(3) Psikolojik Tepkiler: Hastalıkla ilgili kaygı ve stres gibi psikolojik durumlar hastaların kendilerine olan güven duygusunu etkileyebilmektedir. Planlanan iletişim çabalarının negatif duyguları azaltacak şekilde tasarlanması gerekmektedir.

(4) Sözel İkna: Benzer hastalığa sahip diğer hastaların sağlık davranışlarının örnek gösterilmesi ya da hastaların geçmişteki başarılı hastalık yönetimlerinin hastaya hatırlatılmasının öz yetkinlik üzerinde etkili olduğu bilinmektedir.

Sağlığın geliştirilmesinde yapılan her türlü iletişim çalışmasına teorik bir altyapı sunan sosyal öğrenme kuramı bireyin inançları, değerleri ya da kendine olan güveni gibi içsel süreçlerle birlikte çevresel etkileri (rol modeller, sosyal normlar vb) de davranışın öğrenilmesi sürecinde etkili olduğunu savunmaktadır.

2.3.1.1.6. Psikolojik güçlendirme modeli

Schulz ve Nakamoto (2012)'nin geliştirdiği modelde, bilişsel ve psikolojik değişkenler göz önünde bulundurularak sağlık davranışı tahmin edilmeye çalışılır. Sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme kavramlarını eşit derecede davranışın belirleyicisi olarak ön gören model, sağlık bilgisi, okuryazarlık ve bireysel yetenekler gibi bilişsel süreçlerle birlikte, psikolojik güçlendirmeyi oluşturan motivasyonel süreçlerin de sağlık davranışı oluşturma ya da değiştirmede etkin olduklarını iddia etmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı

Kamu sağlığı iletişiminde önemli bir yere sahip olan sağlık okuryazarlığı (Sørensen ve Diğlerleri, 2012:1), 1970'li yıllarda sadece sağlık eğitimi adı altında ifadeleştirilirken, günümüzde çok boyutlu bir yapıya kavuşarak bireylerin sağlıkla ilgili enformasyonu elde etme, değerlendirme, yorumlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Haun, 2007:14). Sağlığın geliştirilmesi açısından bakıldığında, sağlık okuryazarlığı, topluma sosyal olarak daha fazla katılımı destekleyen ve sağlıkla ilgili gündelik olaylarda kontrolü sağlamalarına yardımcı bir değer olarak görülmektedir (Nutbeam,2000:261). Dünya Sağlık Örgütü (1998) sağlık okuryazarlığını, “bireylerin sağlıklarını geliştirecek ve koruyacak enformasyona ulaşma, enformasyonu anlama ve kullanma güdüsü ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal yetiler olarak tanımlamaktadır. Okuduğunu anlama gibi işlevsel düzeyin yanı sıra sosyal, bireysel ve bilişsel yeteneklerin birleşmesiyle eleştirel düşünme, problem çözme, bilgiye ulaşma ve iletişim gibi unsurlar da sağlık okuryazarlığı kapsamında yer almaktadır (Mancuso, 2009:78). Literatür incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı kavramının, sağlık mesajlarının anlaşılmasından, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine kadar sağlık iletişimi çalışmaları içerisinde önemli bir yer edindiği ve sağlığın geliştirilmesinde merkezi bir konumda olduğu görülmektedir (Kikbusch&Ratzan,2001;Bernhardt&Cameron,2003;Wallack &Dorfman, 2001).

Tablo 3'te, sağlık okuryazarlığının gelişiminden itibaren yapılan tanımlamalar yer almaktadır. Bilim ve teknolojideki hızlı değişimle beraber, sağlık sisteminde ve kamu

sağlığı hizmetlerinde yaşanan değişimlerin yanı sıra, bireyler ve grupların bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki sorumluluklarının artması yönünde değişen anlayış (DSÖ Ottawa Bildirgesi) ile birlikte sağlık okuryazarlığı kavramının boyutlarının daha da genişlediği düşünölmektedir. Tanımlar incelendiğinde, geçmişten günümüze sağlık okuryazarlığı kavramının temel düzeyde okuma ve sayısal yetenek düzeyinden bilgiyi elde etme, değerlendirme, yorumlayabilme ve olumlu sağlık davranışına yönelme gibi çok boyutlu bir yapıya kavuştuğu söylenebilir. Okuryazarlık ve sayısal yeteneğin yanı sıra, retorik söylem (etkili konuşma, dinleme, yazma), teknolojiyi kullanma, motivasyon, bilişsel yetenek ve sosyal beceriler de sağlık okuryazarlığını oluşturan öğeler olarak literatürde yer almıştır (Nutbeam, 2006; Bernhardt, Brownfield & Parker, 2005). Bireyin kapasite ve yeteneğine dayanan bireysel düzeyde bir yapı olarak kabul gören sağlık okuryazarlığı, tabloda yer alan son tanımla birlikte grup ve toplum boyutu da eş derecede önemli bir kavrama dönüşmektedir. Kamu sağlığı okuryazarlığı, bireysel sağlık okuryazarlığını bütünleyen bir kavram olarak sağlıkla ilgili sorunlarda kamu sağlığı mesajlarının anlaşılmasının yanı sıra bu mesajların değerlendirilmesi ve sivil olarak harekete geçilmesi ile ilgili becerileri de kapsamaktadır (Berkman vd.,2010: 15).

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Tanımlar

Tanım	Kaynak
Bireysel Statik Tanımlar	
İlaç kutularındaki yönergeleri ve randevu bilgi kâğıdı gibi sağlıkla ilgili materyalleri okuma-anlama gibi temel okuma ve sayısal yeteneklerin birleşimidir.	Amerikan Tıp Kurumu Sağlık Okuryazarlığı Komitesi (1999)
Uygun sağlık kararları almada temel sağlık bilgisi ve hizmetlerine ulaşma, işleme ve anlama düzeyidir.	Ratzan &Parker (2000)
Olumlu sağlık kararı verebilmek için temel sağlık bilgisi ve hizmetlerine erişim, işleme ve anlama ile ilgili kapasite düzeyidir.	
Hastalık ve kişisel bakım bilgisi, riskli davranış, koruyucu sağlık, hekim ziyareti ve düzenli ilaç kullanımı sağlık okuryazarlığının yönlendiricisidir.	Selden, Zorn, Ratzan &Parker (2000), Lee , Aerozullah &Chou (2004)
Sağlıklı olmak ve sağlığı korumak için bireylerin bilgiye erişmesi, bilgiyi anlaması ve kullanması noktasında motivasyon ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal yetilerdir.	Nutbeam (2000)'dan aktaran Ratzan (2001)
Sağlığın kazanılması ve sürdürülmesinde bilgiye erişim, bilginin anlaşılması ve kullanılması yeteneğini gösteren kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerdir. Bilgi seviyesinin yükseltilmesi, sağlığı etkileyen faktörlerin anlaşılması ve sağlık davranışına yönelik tutum ve motivasyonların değişiminin yanı sıra, tanımlanmış görevlerle ilgili bireyin kendini yeterli hissetmesi gibi gelişimlere sebep olur.	Nutbeam (2006)

<p>Günlük hayattaki faaliyetlerini başarılı bir şekilde sürdürmek ve sağlık sisteminden faydalanmak için bireyin bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki yeteneğini gösteren özelliklerin birleşimi olan bireysel düzeyde bir yapıdır.</p>	
<p>İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı: sağlıkla ilgili görevleri yerine getirmede sahip olunan beceri ve yeteneklerdir. Genel ve sayısal okuryazarlık yeteneği; iki yönlü iletişim kurma yeteneği; medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı becerisi; sağlık bilgisi elde etme motivasyonunu içerir.</p>	<p>Bernhardt, Brownfield & Parker'dan aktaran Schwartzberg vd. (2005)</p>
<p>Sağlıkla ilgili matematiksel beceri, bireyin sayısal, grafiksel ve olasılıksal sağlık bilgisine erişimi, bilgiyi işleme yorumlama ve harekete geçme ile ilgili yeteneğidir. Anlamak ve yorumlamak dışında sayısal konularla ilgili iletişim kurmayı ve harekete geçmeyi de içerir.</p>	<p>Goldbeck, Ahlers-Schmidt, Paschal, & Dismuke (2005)</p>
<p><i>Dinamik Bireysel Tanımlar</i></p>	
<p>Bireylerin bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve hayat kalitesini arttırmak için sağlık bilgisini arama, anlama, değerlendirme ve kullanma konusunda geliştirdikleri çok çeşitli beceri ve yetkinliklerdir</p>	<p>Baker (2006)</p>
<p>İçeriğe ve ortama göre değişir ve eğitim süresi ve genel okuma yeteneği ile ilgili değildir.</p>	<p>Healthy People (2010)</p>

<i>Bireysel/Sistem Tanımı</i>	
Sağlık sistemine ve bireye bağlı olarak sağlıkla ilişkili sağlık hizmetleri çevresinde işlevsel olma yeteneğidir. Bireyin sağlık okuryazarlığı konuya özeldir ve hastalığa, sağlık hizmeti sağlayıcısına ve sağlık sistemine göre değişir. Sağlık okuryazarlığı tanımı sağlık bilgisini kapsamaktadır.	Freedman, Bess, Tucker vd., (2009)
Bireye ve sistemle ilgili faktörlere bağlı olarak, bireylerin ve sağlık uzmanlarının iletişim becerilerini, bilgi seviyelerini, kültürlerini, sağlık hizmetleri ve kamu sağlığı sisteminin taleplerini içerir.	Kreps, (2012).
<i>Kamu Sağlığı ile İlgili Tanım</i>	
Kamu sağlığı okuryazarlığı, bireylerin ve grupların toplumun faydalandığı kamu sağlığı kararlarını verebilmek için gerekli bilgiyi elde etme, anlama, değerlendirme ve kullanma düzeyidir.	Nutbeam (2012).

Kaynak: Berkman vd., 2010:13

Nutbeam (2000:263) sağlık okuryazarlığı ile ilgili üç boyuttan bahsetmektedir. Bunlar;

(1) **İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı** (Sağlık bilgisini anlama ve kullanmaya yönelik temel düzeyde okuma ve yazma yetisi)

(2) **Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı** (İşlevsel sağlık okuryazarlığına ek olarak, farklı formdaki sağlık iletişimi kaynaklarından-hasta, doktor iletişimi, broşürler, kampanya mesajları-bilgiyi alma ve elde etme yeteneği)

(3) **Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı** (sağlık bilgisini eleştirel olarak analiz edebilme ve bu bilgiyi kendi sağlık durumuyla ilgili kararlarda kontrol sahibi olmada kullanma yeteneği).

Sağlık okuryazarlığının görev temelli ve yetenek temelli olmak üzere iki boyutlu yapısı içerisinde, görev temelli okuryazarlık, bireyin okuma yazma gibi temel görevlerini içerirken yetenek temelli okuryazarlık ise bireyin bu görevleri yerine getirmesi için sahip olması gereken bilgi ve yetenekleri kapsamaktadır. Yeteneğe dayalı görevler kelimeleri anlamlandırmak gibi temel düzeyden yazılı materyalleri yorumlamaya kadar uzanmaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının çok boyutlu yapısının içinde günlük aktiviteler için gerekli olan yeteneklerle birlikte (işlevsel okuryazarlık), elde edilen yeni bilginin farklı durumlara uyarlanabilmesi (etkileşimli okuryazarlık) ve kendi sağlığı ile ilgili kararlarda kontrol sahibi olmasını gerektiren ve eleştirel bakış açısı sağlayan bilişsel yetenekler de (eleştirel okuryazarlık) yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ile ilgili problemlerde ne zaman sağlık uzmanından yardım isteyeceği, kendisi için yararlı olan bilgiye nasıl ulaşacağı ve hastalığıyla ilgili durumu ve kaygılarını nasıl aktarabileceğiyle ilgili hastaya yol gösterme amacını taşımaktadır (Schulz & Nakamoto,2012:4). Özel bir alan olması ve içerik odaklı yapısı sebebiyle, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olsa bile, bilgi yetersizliği sebebiyle, bu yeteneklerin sağlıkla ilgili durumlara aktarılamamasına neden olmaktadır. Schulz ve Nakamoto (2005:6), temel düzeyde okuma ve yazma yeteneklerine ek olarak, sağlık okuryazarlığının önemli bir parçası olan üç çeşit bilgi düzeyi tanımlamaktadır. Bunlar;

(1) **Bildirime Dayalı Bilgi:** Sağlık uzmanlarından elde edilen, bireylerin sağlık durumlarıyla ilişkili temel düzeydeki bilgi türüdür.

(2) **Yöntemsel Bilgi:** Sağlıkla ilgili bir durumda sahip olunan bilgiyi nasıl kullanacağına yönelik bilgi (Hastalığın tedavisinde ilaçların doktorun uygun gördüğü şekilde alınması)

(3) **Yorumlama Yeteneği:** Gerçek bilgiyi duruma göre yorumlayabilme yeteneği.

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilgisi ile ilişkili diğer çalışmalar incelendiğinde, kamu sağlığı çerçevesinde, sağlık bilgisinin sağlık okuryazarlığının bütünleyici bir parçası olduğu görülmektedir (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2001; St Leger, 2001). Abel (2007:154), sağlık okuryazarlığını, olumlu davranışın gerçekleştirilmesinde gerekli olan bilgiye dayalı bir yetenek olarak tanımlayarak sağlık bilgisini okuryazarlık kavramının merkezine yerleştirmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireylerin bilgi düzeyinin düşük olduğu ve hastalık yönetiminde başarısız oldukları görülmekte (Marks vd.,2010;Gazmararian vd.,2003;Williams vd.,1998), sağlık bilgisine ulaşmada, sağlık mesajlarını anlamlandırmada ve sağlık hizmetlerinden faydalanmada (Pleasant, 2011:43; Williams vd., 1998) sorun yaşadıkları görülmektedir. Bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında paralellik kuran araştırmalarla birlikte, artık bilgiye ulaşmanın problem olmaktan çıktığı enformasyon çağında bile, düşük sağlık okuryazarlığına bağlı olarak obezitenin artması, antibiyotiklerin yanlış kullanılması ya da kronik hastalıkların yönetimindeki yetersizlikler gibi kamu sağlığını kötü yönde etkileyen parametrelerin varlığı önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu sorunla ilgili yapılan durum tespitlerinin yanı sıra, sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesine ve değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Öncelikle bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve uygulama noktasında problemler yaşayan sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylere yönelik etkili ve alternatif kanal seçenekleri sunan iletişim kampanyaları, bilgiye erişimi kolaylaştırarak, toplumda bu konuda yaşanan bilgi uçurumunu engelleyebilecektir (Mcquail ve Windahl, 2008). Bununla birlikte, sağlık uzmanlarının önerileri, eczacıların yazılı talimatları, internet ve medya aracılığıyla kamu sağlığını ilgilendiren kampanyalar yoluyla birçok sağlık mesajına maruz kalanlar için bu bilgilerin çoğunun anlaşılır ve uygulanabilirlikten yoksun olması, sağlık okuryazarlığı kavramının göz ardı edildiğini göstermektedir (Thompson vd.,2003:607). Hedef kitle segmentasyonu, mesaj stratejilerinin geliştirilmesi, uygun kanalın seçimi gibi kampanya aşamalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin dikkate alınması kampanyanın etkinliği açısından da kritik bir öneme sahiptir. Örneğin, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hedef kitleye doktor ya da diğer sağlık uzmanları yoluyla kişilerarası iletişimi etkin bir şekilde kullanarak ya da görsel medya ağırlıklı

iletişim çalışmaları ile ulaşmak gerekiyken, sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylere yazılı materyaller yoluyla ulaşmak daha uygun bir seçenek olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlığın geliştirilmesi programları arasındaki ilişkiyi sorgulayan Ratzan, yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin her türlü iletişim çalışmasına daha olumlu tepki verdiğini ve olumlu sağlık davranışını benimsemesinin daha olası olduğunu savunmaktadır (Aktaran: Raman ve Shamanna,2010:33). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çalışmalarla, bireylerin sağlık durumları olumlu yönde etkilenirken, toplumsal düzeyde de bazı kazanımlar elde edilmektedir. İletilen sağlık mesajlarının daha iyi anlaşılması, bilgi düzeyinin artırılması gibi bilişsel düzeyde bir iyileştirmenin yanı sıra, bireylerin sosyal ve kültürel olarak sağlıkla ilgili konularda ilginliğinin artırılması ve kararlara daha etkin katılımının gerçekleşmesi sağlanmaktadır. Daha geniş bir perspektiften bakıldığında ise, sağlık okuryazarlığının, toplumda sağlıkla ilgili fırsatların dağılımındaki eşitsizliklerin giderilmesine katkıda bulunduğu görülmektedir (McQueen ve Kikbusch, 2007:54).

Güçlendirme

Güçlendirme kavramı, birçok akademik disiplin tarafından farklı uygulama düzeylerinde tanımlanmış ve ölçülenmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır (Braitwaite & Lythcott, 1989; Rappaport, 1981;Wallerstein ve Bernstein, 1988;McKnight, 1985;Zimmerman & Rappaport,1988). Genel olarak hayat şartlarını iyileştirme konusunda harekete geçmek için bireysel, sosyal, ekonomik ve politik güçler üzerinde kontrol sahibi olma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Aktaran, Israel vd.,1994:152). Sosyolojik olarak, daha az güçlü olanın gücünün artırıldığı süreç ya da eylem olarak tanımlanırken (Menon, 2002:29), yönetim bilimleri, örgütsel düzeyde karar verme gücünün, hem operasyonel hem de psikolojik olarak çalışanlara dağıtılması (Conger & Kanungo, 1988) olarak tanımlanır.

İnsanların kendi hayatları üzerinde kontrol sahibi olmaları sürecini ifade eden güçlendirme, daha çok yönetim literatüründe öne çıkan bir kavram olarak bireyin hem iş yerinde hem de evde, hayat kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır. Güç ile

ilişkilendirilerek problemlerin çözülmesi ve eşitlikle ilişkilendirilerek kaynaklardan adil bir pay elde edilmesini temsil eder (Israel vd., 1994:153).

Güçlendirme ile ilgili iki tür sınıflandırmadan bahsedilmektedir. Bunlar;

(1) **Durumsal Güçlendirme:** Çalışanlara karar verme konusunda özerklik tanımak için sorumlulukların objektif bir şekilde dağıtılması sürecini ifade eder. Bu bağlamdaki güçlendirme iş zenginleştirme, kendi kendini yöneten gruplar ve özerk çalışma grupları gibi çalışmaları içermektedir.

(2) **Psikolojik Güçlendirme:** Çalışanların güçlendirme ile ilgili subjektif duygularını ifade eder. Görevi iyi bir şekilde yerinde getirme konusunda kendini yeterli görme duygusu, iş yerinde kendini verimli hissetme, işin önemli olduğunu hissetme ve işi nasıl yapacağı konusunda kendisini özgür hissetme gibi duyguları içermektedir.

Güçlendirme, sağlık davranışı ile ilişkilendirildiğinde ‘hasta güçlendirme’ kavramı ortaya çıkmaktadır. Hasta güçlendirme, bireyin kendi sağlığı ile ilgili karar verme aşamasında, özerk bir aktör gibi sorumluluk alarak sürece katılmasını ifade eder (Schulz ve Nakamoto, 2012). Dünya Sağlık Örgütünün, 1986 yılındaki Ottawa bildirisinde sağlığın geliştirilmesi süreci, insanların sağlıklarını geliştirmeleri için, kendi kontrollerinin artırılmasının sağlanması süreci olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım bazılarında göre doktor hasta ilişkisi için daha eşitlikçi bir yaklaşımı ifade ederken (eşit güç paylaşımı), bazılarında göre ise bireylerin güçlü, güvenli ve kontrol sahibi hissetmeleri gibi daha bireysel düzeyde kabul görmüştür (Schulz ve Nakamoto,2012). Ottawa Sözleşmesi, sağlığın geliştirilmesi kavramı ile birlikte pasif ve reaktif konumda olan hasta profilini yerine, inisiyatif alan, sorumlulukları konusunda farkındalığı olan bir hasta tanımlaması yapmaktadır. Bu süreçte sağlık iletişiminde güçlendirme ile ilgili üç geleneksel düşünce tarzı olduğu söylenebilir (Schulz & Nakamoto, 2012:1). Bunlardan ilki etik çerçevede değerlendirilen bireylerin sağlıkları ile ilgili kararlarda özerkliklerinin artırılması durumudur. Güçlendirme kavramı, sağlık davranışını belirlemede önemli faktörlerden biri olmasının yanı sıra, etik boyutta bakıldığında da, diğer davranış değişimi modellerine kıyasla daha eşitlikçi olarak kabul görmektedir. Davranış değişimi modelleri, sağlık davranışı oluşturma ya da değiştirmede bilgi, ikna,

zorlama ya da manipulasyon gibi yukarıdan aşağıya doğru bir strateji izlerken, güçlendirme değişim sürecine katılımı sağlayan işbirlikçi bir yöntem olarak görülmektedir (Tengland, 2012:140).

İkinci düşünce yapısı ise güçlendirmenin, bireylerin ve özellikle devletin sağlık harcamalarını kontrol altına almada etkili olduğu ile ilgilidir. Bu durum güçlendirmeye olan ilginin artmasına sebep olmuştur (Neuhauser, 2003:174). Üçüncü görüş ise güçlendirmenin bireylerin sağlık çıktılarını iyileştirdiği yönündeki araştırmalarla da desteklenen görüştür. Birçok araştırma, hastalıkla ilişkili güçsüzlük duygusunun, sağlık üzerindeki olumsuz etkisini ortaya çıkarmış, güçlendirmenin bireylerin sağlık durumunu geliştirdiğini ortaya koymuştur (Bergsma,2004; Wallerstein,2006).

Sağlık uzmanları tarafından geliştirilen güçlendirme programlarının sonunda, bireylerin kendi sağlıklarını yönetim güçlerinin arttığı, sağlık hizmetlerinden daha verimli bir şekilde faydalandığı ve sağlık durumlarının iyiye gittiği görülmektedir. Örneğin, İngiltere'deki kronik hastalara yönelik olan 'Uzman Hasta' programı hastaların, hastalık yönetiminde kendilerine olan güvenlerini ve hayat kalitelerini arttırmayı amaçlayarak, süreci daha etkin bir şekilde ilerletmeleri konusunda destek vermiştir.

Hastaların, sorumluluk almayı ve aktif bir rolde olmayı isteyip istemedikleri sorusu hasta güçlendirmenin psikolojik yönünü oluşturan ve çalışmalarda sıkça tartışılan bir konudur (Schulz & Nakamoto, 2012:2). Bu bakımdan güçlendirme güç duygusu, kontrol ve özsaygı ile birlikte özerklik duygusunu oluşturan ve dolayısıyla bireylerde sağlık kararlarına katılım arzusu yaratan bir unsur olarak kabul edilebilir. Güçlendirilmiş birey, sadece enformasyonu alan pasif bireyin aksine, enformasyonu anlamaya çalışan ve verilen enformasyondan kendi durumuyla ilgili bazı anlamlar çıkaran ve bunun sonucunda davranışta bulunan kimsedir Bu da güçlendirmenin motivasyonel boyutunu öne çıkarmakta ve kavramı irade ile ilişkilendirmektedir.

Sağlık iletişimi ile ilgili araştırmalarda daha çok kişisel deneyime, güç duygusuna ve kontrol algısına dayanan psikolojik güçlendirmenin kullanıldığı görülmektedir. Tedavi ya da hastalıklarla ilgili reaktif modellerin aksine, pozitif ve proaktif bir yapısı ile bireysel, örgütsel ve toplumsal düzeylerde farklı şekillerde tanımlanan kavram, bireysel

düzyeyde ‘psikolojik güçlendirme’ olarak literatürde yer almaktadır. Özsaygı ve öz yetkinlik kavramlarına benzer olarak bireyin kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olma ve karar verebilme yeteneği olarak ifade edilmektedir. Bu yeteneğe ek olarak, sosyal ve politik içerikle ilgili eleştirel ve analitik bir anlayışı içermektedir. Böylelikle, (1) bireysel yetkinlik ve kabiliyet, (2) hakimiyet duygusu ve kontrol, (3) Kararları etkilemek için katılım süreci gibi unsurlardan meydana gelmektedir (Aktaran, İsrail vd.,1994:152).

Hasta güçlendirme, sağlık iletişimi stratejilerinde merkezde yer almaktadır (Schiavo, 2007:58). Kavram olarak sağlık durumuna, içeriğe ve çevresel faktörlere göre değişmektedir. Güçlendirilmiş bireyler, hastalıkla ve tedavisiyle ilgili farkındalık sahibi olurken, doktorla veya sağlık uzmanlarıyla daha nitelikli iletişim kurabildiği ve böylece tedavi ve önleyici kararlara katılmada, sağlık durumunu iyileştiren davranışı gerçekleştirme ya da verilen tedaviye uyum gösterme konusunda kendini yetkin hissedebildiği görölmektedir (Schiavo, 2007:57). Proaktif bir yapıda olan hasta güçlendirme stratejilerinin özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda sağlık çıktılarını olumlu anlamda etkilediği ve hastalık yönetimine katkısı olduğu bilinmektedir (Wallerstein, 2006:11).

Spreitzer (1995)’den uyarlanan psikolojik güçlendirme kavramı 4 öğeden oluşmaktadır (Schulz ve Nakamoto, 2012). Bunlar,

1) **Anlamlılık:** Bireyin hayatı ile ilgili aktivitelerin değeri ile ilişkili bir kavram olan anlamlılık, uğruna çaba sarf edilen şeyin anlamlı bulunması olarak da ifade edilmektedir. Eğer birey gerçekleştirdiği aktiviteleri kendi sağlık kalitesi için anlamlı bulmazsa bu durum, reddetme, kayıtsızlık ya da geri çekilme ile sonuçlanır. Aksine, yüksek derecedeki anlamlılık ise hastanın bağlılık ve ilginliğini arttıracaktır. Örneğin diyabet gibi kronik bir hastalığa sahip hastaların hastalığı yönetme sürecinde fiziksel aktiviteyi kendi sağlığı için anlamlı bulması gibi.

2) **Öz-Yetkinlik:** Sosyal Bilişsel Teori’nin unsurlarından da biri olan öz yetkinlik (Bandura, 1994), bireyin gerçekleştireceği davranışla ilgili kendini yeterli hissetmesidir.

Bandura'nın teorisine dayanan araştırmalara göre öz yetkinliğin sağlıkla ilgili birçok alanda etkili olduğu görülmektedir. Örneğin sigara bağımlılığı (DiClemente vd., 1985), alkol ve uyυřturucu madde kullanımı (Newcomb ve Harlow, 1986), acı eşiğinin artması (Neufeld ve Thomas,1977) ve yeme bozuklukları (Rohrer vd., 2007) gibi durumlarda hastanın kendine olan güveni sağlıklı davranışa yönelmeyi kolaylaştırmaktadır.Sağlıklarını yönetme kabiliyeti konusunda kendine güvenen bireyler sağlıkları ile ilgili daha olumlu sonuçlar almaktadır.

3)**Etki:** Bir Şeylerin başarılıyor olması insanın kararlarında fark yaratmaktadır. Bireyin kendini bu konuda etkili görmesi, içsel motivasyonun yksekliliğine işaret eder. Sağlıklarını iyileştirme yönünde sergiledikleri davranış, bireylerin durumlarında olumlu bir fark yaratıyorsa, o davranışı devam ettirme konusundaki niyetleri yüksek olmaktadır.

4) **zerklik:** zerklik, bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olabilmesi için önemli bir unsurdur. Davranışa verebilmesi ve gerektiğinde davranış değişikliğine gitme becerisini göstermekle ilgilidir. Davranış değişikliğinin bireye dayatılmasından çok kendi özerk kararı olması önem taşımaktadır (Diyabetlinin hastalık yönetim davranışlarının kendi kontrolünde olduğunu düşünmesi gibi). Psikolojik güçlendirmenin unsurlarından biri olan özerklik, özerklik teorisine dayanmaktadır (Ryan ve Diğerleri,2008). Sağlık araştırmalarında olumlu sağlık davranışı, sürdürülmesi gereken bir kavram olarak görüldüğünden, özerklik teorisi de bireyin olumlu sağlık davranışını gerçekleştirme ve sürdürme noktasına odaklanmaktadır. Bu noktada öz-yetkinlik ve özerklik, davranışın içselleştirilmesi ve bireyin hayatı ile bütünleştirilmesi için önem taşımaktadır. Bu zellikleri taşıyan bireyler davranışı sürdürme noktasında başarıya ulaşmaktadır.

Psikolojik güçlendirmenin yukarıda bahsedilen tüm boyutları, kavramın güçlendirme ile ilgili subjektif deneyimler olduğunu göstermektedir. Modele göre bu durum güçlendirme ile sağlık okuryazarlığının birbirinden farklı kavramlar olduğunu bir kez daha kanıtlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgi seviyesi ve bunu kullanma yeteneği olarak görülürken psikolojik güçlendirme bu yeteneği kullanma

konusundaki psikolojik süreçler olarak değerlendirilmektedir (Schulz & Nakamoto, 2012:3).

Sağlık Güçlendirme Modeline göre, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında, özerk bir katılımcı olmasını sağlayan güç, kontrol ve kendine güven duygularını temsil eden psikolojik güçlendirme sağlık okuryazarlığı ile birlikte ele alındığında, sağlık davranışının güçlü bir tahmin edicisi haline gelir. Sağlıkla ilgili her türlü enformasyon ya da mesajlara ulaşımında ve bunları anlamlandırmada sahip olunan yetiler dışında bu yetileri harekete geçirecek motivasyonun da (Nutbeam, 1998) davranış değişikliğinde etkili olduğu kabul edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirmeyi davranışın öncüsü olarak gören model, bu iki kavramı bütünüyle birbirinden ayırmaktadır. Yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin aynı zamanda yüksek psikolojik güçlendirmeye sahip olacağı varsayımının aksine, bu durumu kavramlar üzerinden hastaları sınıflandırarak açıklamaya çalışmaktadır (Bkz Tablo 5).

Tablo 5:Sağlık Okuryazarlığı, Psikolojik Güçlendirme ve Sağlık Davranışı

Sağlık Okuryazarlığı	Psikolojik Güçlendirme	
	Düşük Psikolojik Güçlendirme Düzeyi	Yüksek Psikolojik Güçlendirme Düzeyi
Yüksek Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	<i>Bağımlı Hasta</i>	<i>Etkili Öz Yönetimi Olan Hasta(İdeal hasta)</i>
Düşük Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	<i>Yüksek İhtiyaç Sahibi Hasta</i>	<i>Tehlikeli Öz Yönetimi Olan Hasta</i>

Kaynak: Schulz ve Nakamoto, 2012

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlık düzeyi ile psikolojik güçlendirmenin farklı durumda olduğu birçok örnek olay göze çarpmaktadır. Bu durumun en sık görüldüğü konulardan biri de aşılama. Yapılmadığı takdirde otizm gibi olumsuz sağlık sorunlarına yol açan aşılama, günümüzde birçok ebeveynin bu konudaki olumsuz

tutumları nedeniyle bir sorun haline gelmiştir (Smith vd., 2011). Bu durumda yanlış bilgilenmeden kaynaklanan düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ve olumlu davranışı reddetme gibi tehlikeli bir psikolojik güçlendirme söz konusudur. Fibromiyalji hastalarına online destek sağlanması üzerine yapılan bir araştırmada ise, bilgi seviyesi yüksek, dolayısıyla sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan hastaların, hastalıklarını yönetme konusunda motivasyonel problemler yaşadıkları, dolayısıyla düşük psikolojik güçlendirme düzeyinde oldukları tespit edilerek, psikolojik güçlendirmeye odaklanan bir online destek sistemi tasarlanmıştır (Schulz ve Nakamoto, 2012).

Yukarıdaki örneklerden de görülebileceği gibi farklı özelliklere sahip olan sağlık okuryazarlığı ve güçlendirme kavramlarının davranış üzerinde de farklı etkileri bulunmaktadır. Yeterli bilgi düzeyi ve yorumlama yeteneğinden yoksun ancak psikolojik olarak kendini güçlü hisseden hastalar, kendi hastalıklarını tehlikeye atacak seçimlerde bulunurken, sağlık okuryazarlık oranı yüksek olan hastalar, motivasyon eksikliğinden ötürü doktora bağımlı hale gelmektedir. Modelle ilgili en ideal durum ise hastaların tablodaki sol alt köşeden sağ üst köşeye doğru taşınmasıdır. Bireylerin olumlu sağlık davranışına yönelmesi konusunda sağlık okuryazarlığı ve güçlendirme kavramlarının uyumsuzluk göstermesi istenilmeyen bir durumdur. Davranış değişimini öngören iletişim stratejilerinin oluşturulmasında bu durumun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

2.3.1.2. Makro düzey modeller

Sağlığın geliştirilmesinde uygulanacak stratejiler bireylerin içinde yaşadığı sosyal yapıdan, çevreden ve yerel topluluklardan ayrı düşünülemediği için, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili tüm pratiklerde sosyal yapıları çözümlenmek önem taşımaktadır. Makro düzey kuramlarla, bireylere ve toplumlara daha geniş perspektiften bakılarak dinamik yapıya sahip toplumların sağlığın iyileştirilmesi yönünde harekete geçirilmesi amaçlanmaktadır.

2.3.1.2.1. Yeniliklerin yayılımı kuramı

Yeni bir fikrin, bir uygulamanın, kavramın ya da teknolojik bir buluşun toplum içinde nasıl yayıldığını ve kabul gördüğünü anlatan kuramda (Rogers, 1995), yenilik, birey tarafından yeni olarak algılanan bir fikir, nesne ya da uygulama olarak tanımlanırken, yayılım ise yeniliğin sosyal sistemin üyeleri arasında, iletişim kanalları aracılığıyla iletiildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Aktaran: Nutbeam,2010:24). Yeni bilgiye yönelik kişisel belirsizliği azaltma ihtiyacıyla birlikte sosyal çevre ve akranlar baskısıyla yeniliği benimseme durumunda kalma gibi süreçlerin birleşmesi yayılımın gerçekleşmesini sağlamaktadır (Dearing vd.,1996:345). Kuram, bireyleri özelliklerine ve yeniliği benimseme istek ve hızlarına göre kategorilere ayırmaktadır. Yenilikleri çabuk benimseyen, maymun iştahlı olarak tanımlanan *yenilikçiler*, değişikliklere açık olan ve bunun için sosyal ve ekonomik gücü yeterli olan *erken benimseyenler*, yeniliklerin faydaları konusunda ikna olan *erken çoğunluk*, yeni fikirleri benimseme konusunda şüpheli ve tereddütlü olan *geç çoğunluk* ve yeniliklere karşı dirençli olan yavaş hareket edenler olmak üzere beş kategori tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2010:24). Sağlıkla ilgili mesajların ya da iletişim programlarının tasarlanmasında hedef kitlenin tanımlanan kategorilere göre bölümlenmesi iletişimin etkinliğini artırıcı bir unsur olarak görülmektedir (Schiavo,200:34).

Toplumların sosyo-kültürel özelliklerine yenilikleri benimseme hızlarının değiştiğini ön gören kuram, kırsal toplumlarda çok daha yavaş bir değişim söz konusu olurken, iletişim sistemleri gelişmiş toplumlarda yayılım hızının daha yüksek olacağını savunmaktadır. Yeniliğin benimsenmesi için zamanın gerekliliğine vurgu yapılmakta, sürecin nasıl gerçekleştiğini aşamalı olarak tarif edilmektedir. Aşamalar şu şekildedir: (Aktaran: Rosenbery ve Vicker,2009:157)

1. Yenilik hakkında bilgi sahibi olmak.
2. Yenilikle ilgili bir tutum geliştirmek.
3. Yeniliği kabul ya da reddetmek
4. Yeniliği denemek
5. Yeniliği desteklemek ya da ondan vazgeçmek

Yeniliklerin yayılımı kuramı sağlık alanında aile planlaması yöntemleri, HIV/AIDS'ten korunma, medikal ve bilgisayar teknolojileri ve diğer birçok toplumu ilgilendiren yeniliklerde sıkça kullanılmaktadır (Valente ve Myers,2010:251).

2.3.1.2.2. Toplum organizasyonu

Toplum düzeyinde organizasyon oluşturma süreci, toplum üyelerine ortak sorunları belirlemek, kaynakları yönlendirmek ve kolektif hedeflere ulaşmada stratejiler geliştirme ve uygulama süreci olarak tanımlanmaktadır (National Cancer Institute, 2005:34). Sağlığın geliştirilmesi alanında çalışanlar için bölgesel topluluklarla ya da dayanışma grupları (gey-lezbiyen grupları, etnik gruplar, engelliler) ile çalışmak her zaman temel stratejiler arasında yer almaktadır (Nutbeam, 2010:27). Bireysel düzeyden ziyade toplumsal düzeyde bir anlayışın hâkim olduğu uygulamalarda sağlıkla ilgili yaşanan problemler dışarıdan dayatılma yerine, toplum tarafından belirlenmektedir. Sağlık problemlerini birçok açıdan değerlendiren ekolojik perspektifi savunan toplumsal organizasyon, Rothman tarafından üç düzeyde tanımlanmıştır (Aktaran: National Cancer Institute, 2005:35). Bunlar;

Toplumsal Gelişim: Toplum katılımına ve problemlerin sahipliğini teşvik edici yöntemlere vurgu yapan toplumsal gelişim problemlerin çözümünde anlaşma, işbirliği ve toplum kapasitesinin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Süreç odaklı olan bu modelde uzmanların rolü lider olmaktan çok katalizör görevi görmektir.

Sosyal Planlama: Toplumsal gelişimin aksine sosyal planlama görev odaklı bir yapıdadır ve uzmanlar planlama ve çözüm geliştirmede aktif rol almaktadır.

Sosyal Eylem: Hem süreç hem de görev odaklı olan sosyal eylemde amaç sosyal adaletsizlikleri azaltma yönünde somut değişiklikler yapmak ve problem çözmede toplumun kapasitesini arttırmaktır. Somut değişikliklerin ancak güç dengelerindeki değişiklik ve kaynakların el değiştirmesiyle mümkün olacağını savunan görüş, bu

modelde uzmanların rolünü dezavantajlı olan grupların savunucusu olarak belirlemiştir (Nutbeam, 2010:28).

Sağlık alanında uygulanan toplum organizasyonu toplumun her katmanında bireyleri, grupları ve liderleri bir araya getirerek sorunların çözümünde ortaklık yaratmaktadır. Örneğin çocuk yaralanmalarının azaltılmasına yönelik bir programda bölgesel topluluklarla problem ve olası çözümler üzerine tartışarak (toplumsal gelişim) trafik hız kesicileri gibi işaretçileri tanıtarak, eylem olarak da güvenli yaya savunuculuğunun(sosyal eylem) gerçekleştirilmesi toplum organizasyonunda üç unsurun da bir arada kullanılmasına bir örnek olarak verilebilir (Nutbeam, 2010:29).

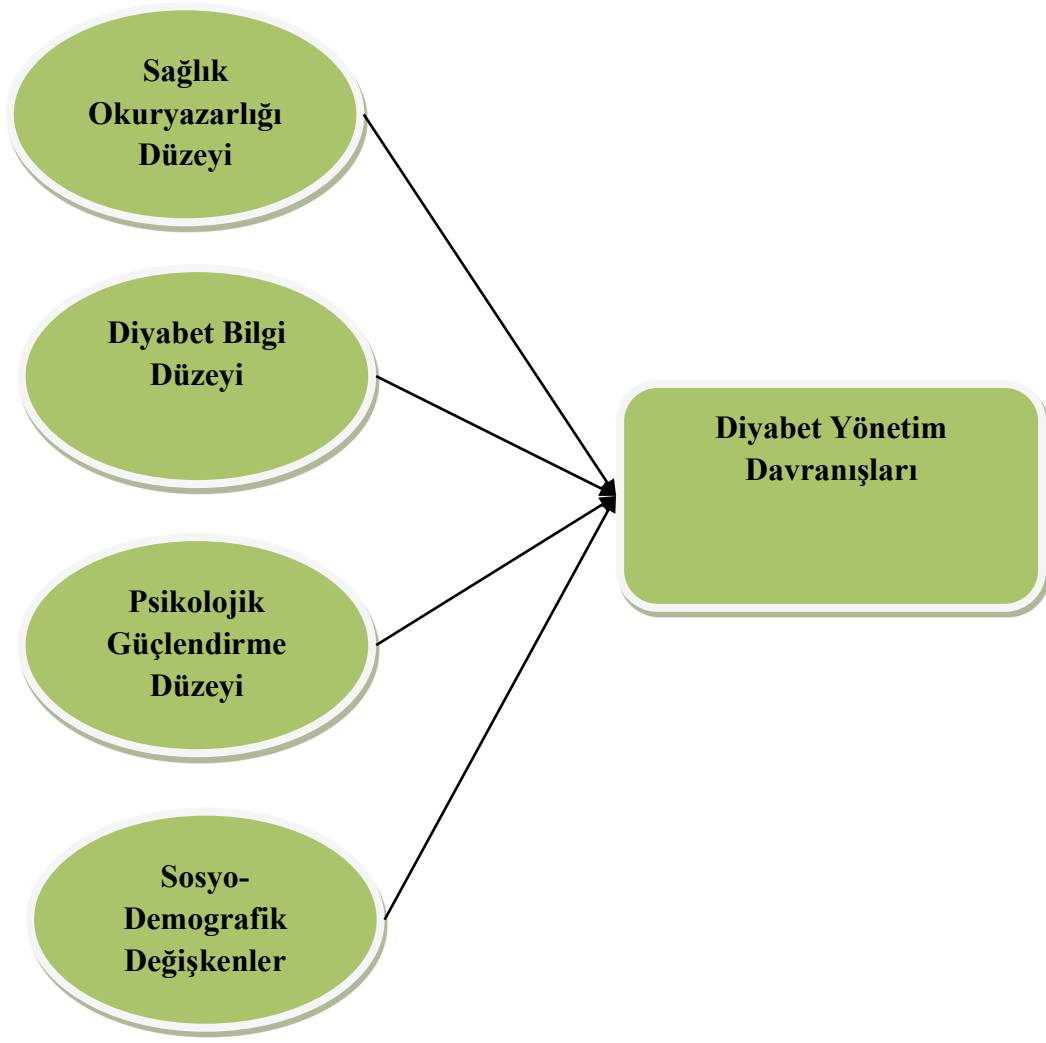
3. Yöntem

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evreni ve örnekleme, veri toplama tekniği ve aracı, hipotezlerin geliştirilmesi ve verilerin analizine ilişkin başlıklar bulunmaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada örnek iki ya da daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını belirlemeyi amaçlayan genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modelinin kullanılması amaçlanmıştır. Genel tarama modelleri, örnekleme yoluyla evrene yönelik tahminlerde bulunabilmek ve genel bir yargıya varmak amacı ile yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 1998; Şimşek,2012).

Çoklu doğrusal regresyon analizinin kullanılacağı çalışmada, Psikolojik Güçlendirme Modeli çerçevesinde, diyabet yönetim davranışı ile sağlık okuryazarlığı, diyabet bilgi düzeyi ve psikolojik güçlendirme arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmaktadır. Çoklu doğrusal regresyon, tek bir bağımlı değişkenin bir dizi bağımsız değişkenle ilişkisi araştırılmak istendiğinde başvurulan bir analiz türüdür (Punch, 2005).



Şekil 4. Araştırma Modeli

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu çalışmada, örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örneklemenin esası ana kütle içerisinde, gözle tahmin edilerek, bilgi edinmek istenen özelliği temsil edebilecek birimleri ayırmaktır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2007: 82). Bu çalışma için de hedef hasta grubu olarak diyabetliler belirlenmiş olup, diyabet vakfının iş birliği ile saha çalışması gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni İstanbul'da yaşayan

18 yaş ve üstünde olan tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalardır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul'da diyabet vakfına bağlı iki diyabet kliniğine kayıtlı hastalardan oluşmaktadır. Bu kapsamda 31 Mayıs-25 Kasım 2013 tarihleri arasında gerçekleşen veri toplama döneminde, klinikte olan ve anket çalışmasına katılmayı kabul eden 302 diyabet hastası ile yüz yüze anket çalışması yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik olan S-TOFHLA ölçeği zaman sınırlaması olan ve 36 maddeden oluşan bir ölçek olduğu için hastaların 7 dakikada testi bitirmeleri gerekmektedir. 7 dakikayı aşan hastaların anketör tarafından uyarılarak diğer teste geçmesinin sağlanması zorunludur. Ancak anket doldurma sürecinde yaşanan bazı aksaklıklar sebebiyle 135 hasta S-TOFHLA sorularını cevaplandırırken 7 dakikayı aştığı halde teste devam etmiştir. Araştırmanın sonuçlarının bu durumdan olumsuz etkilenmemesi için 135 hasta değerlendirmeye katılmamıştır. Dolayısıyla araştırmanın örneklemini 167 hastadan oluşmaktadır.

Anketlerin uygulanma sürecinde 2 anketör görev almıştır. Yapılan yüz yüze görüşmeler hastaların doktor muayenesini tamamladıktan sonra gerçekleşmiştir. 20 hasta görme problemleri sebebiyle ankete katılım göstermeyi reddetmiştir.

3.3. Veri Toplama Tekniği ve Aracı

Veri toplama sürecinde yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Anket formunda yer alan ölçekler sağlık alanına hâkim bir dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Farklılık ve eksikliklerin giderilmesi için sonraki aşamada, başka bir dil uzmanı tarafından tekrar orijinal diline tercüme edilmiştir. Türk Sağlık sisteminden kaynaklanan farklılıklar gözetilerek ölçeklerle uyumlu hale getirilmiştir.

Anket formunda 4 adet ölçek kullanılmıştır. Bunlar;

(1) **S-TOFHLA** (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi): Baker, Williams, Parker, Gazmararian ve Nurss (1999) tarafından geliştirilen ölçek geçerliliği kabul edilmiş bir ölçektir. İngilizce konuşan bireylere yönelik geliştirilen ölçeğin, İspanyolca Baker vd., 1999), Almanca, Fransızca ve İtalyanca (Connor vd., 2013), Brezilya Portekizcesi (Carthery, 2009) ve Çince (Tang vd., 2007) versiyonlarının geçerliliği de kabul edilmiştir. Ölçek sözel ve sayısal olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bu çalışma kapsamında sayısal bölümün güvenilirlik katsayısı düşük olduğundan araştırmaya dâhil edilmemiş olup sadece sözel bölüm kullanılmıştır. 36 maddeden oluşan sözel bölümde sağlıkla ilgili bazı yönergeler, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hastane ortamında karşılaşılan tıbbi formlar yer almaktadır. Süre sınırlı olan S-TOFHLA'nın 7 dakika içerisinde doldurulması gerekmektedir. 7 dakikayı aşan hastaların uyarılarak testi bırakmaları istenmektedir. Boşluk doldurma şeklinde olan ölçekte her doğru cevaba bir (1) puan, her yanlış cevaba sıfır (0) puan verilerek, katılımcılar 0 ile 36 arasında değişen puanla değerlendirilmiştir.

Katılımcılar, üç sağlık okuryazarlığı düzeyine göre gruplandırılmıştır.

(1) (0-16 puan): Yetersiz Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

(2) (17-22 puan): Marjinal(Az) Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

(3) (23-36 puan): Yeterli(Yüksek) Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

(2) **Diyabet Bilgi Düzeyi Testi**: Hastaların diyabetle ilgili bilgi düzeyini belirleyen ölçek (Fitzgerald vd., 1998), insülin kullanan ve insülin kullanmayan diyabetli hastalarına yönelik olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Diyabet bilgi soruları çoktan seçmeli olup, doğru, yanlış ve bilmiyorum seçeneklerini içermektedir. Her bilgi sorusunun ardından bireylerin kendi bilgi düzeylerinden ne kadar emin olduklarıyla ilgili 'Cevabınızın doğru olduğunuzdan ne kadar eminsiniz?' sorusu 5'li likert ölçeği ile yer almaktadır. Bireylerin kendi bilgi düzeylerini değerlendirdikleri bu sorular ile subjektif bilgi düzeyinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Her doğru cevaba bir (1), yanlış ve

bilmiyorum cevabına (0) puan verilmiştir. Testin sonunda hastalar 0 ila 6 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda;

0 Puan= Diyabet hastalığı konusunda bilgisiz

6 Puan= Diyabet hastalığı konusunda bilgili olarak kabul edilmiştir.

(3) **Psikolojik Güçlendirme Ölçeği:** Spreitzer (1995)'ın, Psikolojik Güçlendirme ölçeğinden Schulz ve Nakomoto (2012) tarafından sağlık alanına uyarlanan ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte psikolojik güçlendirmenin dört boyutunu içeren sorular bulunmaktadır.

- 1) Anlamlılık (Meaning)
- 2) Özyetkinlik (Competence)
- 3) Etki (Impact)
- 4) Özerklik (Self-Determination)

Her bir boyut için için üçer soru bulunmaktadır. Katılımcıların ifadeleri 7'li likert ölçeğine göre (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 7=Kesinlikle Katılıyorum) değerlendirmeleri istenmiştir. Verilen cevaplar sonucunda katılımcılar;

0=Güçlendirilmemiş Hasta

7=Güçlendirilmiş Hasta olarak değerlendirilmiştir.

(1) **Diyabet Kişisel Bakım Aktiviteleri Ölçeği:** Toolbert ve Arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen ölçekte diyabet hastalığının yönetimi konusunda literatürde var olan davranışları (Genel diyet-Özel diyet-Egzersiz-Kan şekeri ölçümü-Ayak Bakımı-Sigara Kullanımı) ne oranda gerçekleştirdikleri, dolayısıyla hastalığı yönetmenin davranışsal boyutunda ne kadar başarılı oldukları ölçümlenmektedir. Bireylerin son bir hafta içinde bu davranışları kaç kere gerçekleştirdikleri 0 ila 7 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir.

0= Hastalık Yönetme Davranışı Olumsuz

7=Hastalık Yönetme Davranışı Olumlu olarak değerlendirilmiştir.

(5) **Sosyo-Demografik Faktörler:** Kontrol değişkeni olarak kullanılan sosyo-demografik özellikler aşağıdaki gibidir;

(1) Yaş

(2) Cinsiyet

(3) Eğitim Durumu

(4) Medeni Durum

(5) Gelir Durumu

Belirtilen dört ölçekten oluşan anket formu 120 diyabet hastası üzerinde test edilmiş, gerekli düzenlemeler yapılarak ankete son hali verilmiştir. Pilot çalışma sonucunda belirlenen ölçeklerin güvenilirlik analizi yapılırken Alpha modeli kullanılmıştır. Sorular arası korelasyona bağlı uyum değeri olarak tanımlanan Cronbach Alpha değerinin 0.70 ve üstü olduğu durumlarda ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilir (Durmuş, Yurtkoru ve Çinko,2013:89). Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin pilot çalışma sonucu belirlenen Cronbach Alpha değerleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Pilot Çalışmanın Güvenilirlik Oranları (n=120)

Araştırmada Kullanılan Ölçekler	CRONBACH ALFA	Ölçeğin Orijinal Cronbach Alfa Değerleri
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (S-TOFHLA)	.81	.98
Diyabet Bilgi Düzeyi Ölçeği	.74	.88
Psikolojik Güçlendirme Ölçeği	.87	.71
Diyabet Kişisel Bakım Aktiviteleri Ölçeği	.71	.80

Tablodan da açıkça görülebildiği gibi, pilot çalışma sonucu S-Tofhla ölçeğinin alfa değeri .81 olarak belirlenmiştir. Diyabet bilgi düzeyi ölçeği alfa değeri .74, psikolojik güçlendirme ölçeği alfa değeri .87 ve diyabet kişisel bakım aktiviteleri ölçeğinin alfa değeri ise .71 olarak hesaplanmıştır. Alfa değerleri .70'in üzerinde olduğu için ölçekler geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmiştir.

3.4. Hipotezlerin Geliştirilmesi

Bu araştırmada 3 tane hipotez geliştirilmiştir. Bunlar;

(1) Hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe daha olumlu diyabet yönetim davranışı sergilemektedir.

(2) Hastanın psikolojik güçlendirme düzeyi yükseldikçe daha olumlu diyabet yönetim davranışı sergilemektedir.

(3) En olumlu diyabet yönetim davranışları hem sağlık okuryazarlık düzeyi hem de psikolojik güçlendirme düzeyi yüksek hastalar tarafından gerçekleştirilmektedir.

Hipotez 3, sağlık okuryazarlık ve psikolojik güçlendirme arasındaki etkileşime bağlı olduğundan, ancak hipotez 1 ve hipotez 2 kabul edildikten sonra test edilebilecektir.

3.5. Verilerin Analizi

Bu araştırmada toplanan veriler bilgisayara aktarılmış ve verilerin analizinde SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) programının 21. sürümünden faydalanılmıştır. 302 diyabet hastasına ulaşılmıştır. Ancak sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyen S-TOFHLA ölçeğinin süre sınırına uymayan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır. Dolayısıyla araştırmanın örneklemini 167 diyabet hastasından oluşmaktadır.

Araştırmanın hipotezleri üç aşamada test edilmiştir. Öncelikle ikili korelasyonlar hesaplanmıştır. Daha sonra diyabet yönetim davranışlarının bağımlı değişken, sağlık okuryazarlığı, psikolojik güçlendirme ve diyabet bilgisinin bağımsız değişken olduğu çoklu doğrusal regresyon modeli test edilmiştir. Üçüncü olarak ise bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki katkılarını belirlemek amacı ile her bir yönetim davranışı için aşamalı regresyon analizi uygulanmıştır. Korelasyonlar için Pearson Korelasyon Katsayısı (r) kullanılmıştır ve anlamlılık düzeyi tek yönlüdür.

4. Bulgular ve Yorum

Bulgular ve Yorum başlığı altında örnekleme ait sosyo-demografik özellikler ve regresyon analizinin sonuçları başlıkları açıklanmaktadır.

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Ankete katılanlarla ilgili sosyo demografik özelliklere bakıldığında örneklemin çeşitli ve cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi arasında dengeli bir yayılım gösterdiği söylenebilir (Tablo 7). Kadınların çoğunlukta olduğu örnekleme (%65.3) katılımcı yaş ortalamasının 51.6 olduğu görülmektedir. Hastaların %40.7'si üniversite mezunu, %41.9'u lise, %9.0'u ortaokul ve %8.4'ü ilkokul mezunudur. Gelir seviyesi açısından değerlendirildiğinde ise %8.4'ünün asgari ücretten az geliri olduğu, %37.7'sinin ise orta ve üstü gelir sahibi olduğu görülmektedir. Katılımcıların %79.6'sı evlidir.

Tablo 7. Sosyo-Demografik Değişkenler

Sosyo-Demografik Değişkenler	Ortalama(m)(%)
Yaş	51.6
Cinsiyet	Kadın 65.3
	Erkek 34.7
Eğitim	İlkokul 8.4
	İlköğretim 9
	Lise 41.9
	Üniversite 40.7
Medeni Durum-evli (%)	79.6
Gelir Düzeyi-TL (%)	< 775 8.4
	776-1500 24
	1501-2500 27.5
	>2500 37.7

4.2. Regresyon Analizinin Sonuçları

Tablo 8'den de anlaşılacağı gibi analizde bir adet bağımlı değişken ve 3 adet bağımsız değişken bulunmaktadır. Diyabet yönetim davranışları çalışmanın bağımlı değişkenidir. Sağlık okuryazarlığı, diyabet bilgi düzeyi ve psikolojik güçlendirme ise çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

Diyabet yönetim davranışı değişkeni, hastaların 10 sorudan oluşan hastalığı yönetmede ne kadar başarılı olduklarına yönelik Diyabet Kişisel Bakım Aktiviteleri Ölçeği'ne verdikleri cevapların ortalaması alınarak elde edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı değişkeni, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyen 36 maddeden oluşan S-TOFHA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi) ölçeğine verdikleri cevapların ortalaması alınarak elde edilmiştir.

Diyabet bilgi düzeyi bağımsız değişkeni, insülin kullanan ve kullanmayan diyabetlilere yönelik 20 bilgi sorusuna verdikleri cevapların ortalaması alınarak belirlenmiştir.

Psikolojik güçlendirme değişkeni, Hastaların 7'li Likert ölçeğinde 12 sorudan oluşan ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması alınarak hesaplanmıştır.

Tablo 8. Regresyon Modelindeki Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistik Tablosu

Bağımlı Değişken

Diyabet Yönetim Davranışı (Y)

Hastaların 10 sorudan oluşan hastalığı yönetmede ne kadar başarılı olduklarına yönelik Diyabet Kişisel Bakım Aktiviteleri Ölçeği'ne verdikleri cevapların ortalaması

Bağımsız Değişkenler

Sağlık Okuryazarlığı (X1)

Hastaların 36 maddeden oluşan S-TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi) ölçeğine verdikleri cevapların ortalaması

Diyabet Bilgi Düzeyi(X2)

Hastaların insülin kullanan ve insülin kullanmayan diyabetli hastalarına yönelik olan 20 soruya verdikleri cevapların ortalaması

Psikolojik Güçlendirme(X3)

Hastaların 7li Likert ölçeğinde 12 sorudan oluşan ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması

Tablo 9’da bağımlı değişken ve bağımsız değişkenlere ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, bağımlı değişken olan diyabet yönetim davranışı için ortalamanın 3.7 olduğu görülmektedir. Bu sonuç diyabetlilerin hastalıklarını yönetmede yerine getirmeleri gereken diyet, egzersiz, insülin ölçümü ve ayak bakımı gibi davranışları gerçekleştirmede iyi bir düzeyde olduklarını göstermektedir. Bağımsız değişken olan sağlık okuryazarlığı düzeyi skoruna bakıldığında ise (17.3), diyabet hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin oldukça düşük olduğu söylenebilir. Diyabet bilgi düzeyi değişkeninin ortalaması (3.6) diyabet hastalarının bilgi seviyesinin ortalama düzeyde olduğunu göstermektedir. Diğer bir bağımsız değişken olan psikolojik güçlendirmenin etki (5.6) ve özerklik (5.0) değişkenlerinin ortalamaları ise oldukça yüksektir. Dolayısıyla hastaların diyabet yönetimi konusunda kendisini başarılı gördüğü ve içsel motivasyonlarının yüksek olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, hastaların hastalığını yönetmede olumlu sağlık davranışını sergilemede kontrolün kendilerinde olduğunu düşündükleri görülmektedir.

Tablo 9.. Regresyon Modelindeki Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere İlişkin İstatistik Tablosu (N=167)

	Aralık	Ort.	ss	Skew- ness	Kurt- osis	α
Diyabet Yönetim Davranışı	0-7	3.7	1.39	-0.17	-.34	.76
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi,S- TOFHLA	0-36	17.3	11.24	0.85	-1.37	NA
Diyabet Bilgi Düzeyi	0-6	3.6	1.19	-0.56	0.51	NA
Psikolojik Güçlendirme: etki	1.5-7.0	5.6	1.18	-1.01	0.93	.81
Psikolojik Güçlendirme: özerklik	1.0-7.0	5.0	1.48	-0.43	-0.53	.70

İkili korelasyonlar incelendiğinde (Tablo 10) sağlık okuryazarlığı ile diyabet yönetim davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla hipotez 1 reddedilmiştir. Psikolojik güçlendirme ile diyabet yönetim davranışları arasında ise güçlü bir ilişki bulunduğu için hipotez 2 kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme arasında ise bir ilişki bulunamadığından hipotez 3 test edilememiştir. Diyabet bilgisi ve diyabet yönetim davranışları arasında da anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak diyabet bilgisi ile psikolojik güçlendirmenin etki ve özerklik boyutlarının arasındaki ilişkinin güçlü olduğu görülmüştür.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde psikolojik güçlendirmenin diyabet yönetim davranışı ile pozitif ilişkili olduğu, ancak sağlık okuryazarlığı ve diyabet bilgi düzeyinin ilişkili olmadığı görülmektedir.

Tablo 10. İki Değişkenli Korelasyonlar(N=167)

	2	3	4	5	6
1 Diyabet yönetim davranışı skoru	.01	.06	.11	.39 ***	.30 ***
2 Sağlık Okuryazarlığı S-TOFHLA		.32 ***	.05	.02	.08
4 Diyabet Bilgisi				.31***	.18 *
5 Psikolojik Güçlendirme: etki					.53 ***
6 Psikolojik Güçlendirme: özerklik					

Pearson korelasyon katsayıları r. #p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001; tek uçlu test

Tablo 11’de görüldüğü üzere, diyabet yönetim davranışları ile ilişkili bulunan tek değişken psikolojik güçlendirme değişkeninin etki boyutudur. Sağlık okuryazarlığı ve diyabet bilgi düzeyinin diyabet yönetim davranışları üzerine bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Regresyon analizinde son aşamada, araştırmanın bağımsız değişkenlerinin hangilerinin diyabet yönetim davranışlarına anlamlı bir katkı sağladığını belirlemek amacıyla aşamalı regresyon (stepwise) yöntemi uygulanmıştır. Kademeli regresyon, bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarını açıklayabileceğimizi görmek için, regresyon denklemindeki değişkenlerin birer birer denklemden çıkarılması demektir ve bir bağımsız değişkenin ne kadar önemli olduğunu değerlendirmenin bir başka yoludur (Punch, 2005: 120).

Tablo 11. Diyabet Yönetim Davranışları Skoruna İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları (N=167)

	Model 1	Model 2	Model 3
	b	b	b
Blok 1			
Psikolojik Güçlendirme: etki	.336 ***	.343 ***	.367 ***
Psikolojik Güçlendirme: özerklik	.117	.117	.121
R²	(.168)		
Blok 2			
Diyabet Bilgisi		-.024	-.017
R² deki değişim		(.001)	
Blok 3			
Sağlık okuryazarlığı, S-TOFHLA			.002
R² deki değişim			(.007)

Bağımlı değişken: Diyabet Yönetim davranışı skoru. #p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Tablo 12’de her bir diyabet yönetim davranışı üzerinde aşamalı regresyon analizi uygulanmıştır. Psikolojik güçlendirmenin boyutlarından etkinin davranış üzerine

etkisinin azaldığı ancak yine de anlamlı olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, kan şekeri ölçme davranışı ve ayak bakımı davranışlarının, psikolojik güçlendirmenin etki boyutu hariç hiçbir bağımsız değişken tarafından tahmin edilemediği görülmektedir.

Tablo 12. Herbir Diyabet Yönetim Davranışlarına İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları(N=167)

	Genel diyet davranışı	Özel Diyet Davranışı	Egzersiz	Kan Şekeri Ölçme Davranışı	Ayak BAKIMI
Blok 1					
Psikolojik Güçlendirme: etki	.508 ***	.205 *	.263 ***	.135	.171#
Psikolojik Güçlendirme: özerklik	-.034	.109	.199*	.068	.099
R²	(.241)	(.053)	(.134)	(.031)	(.038)
Blok 2					
Diyabet Bilgisi	-.006	.006	-.033	.049	-.057
R² deki değişim	(.000)	(.000)	(.001)	(.001)	(.003)
Blok 3					
Sağlık okuryazarlığı, S-TOFHLA	.002	-.072	.063	-.131	.110
R² deki değişim	(.000)	(.032)	(.010)	(.022)	(.015)

#p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001

5. Sonuç, Tartışma ve Öneriler

5.1. Sonuç

Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık okuryazarlığı ile diyabet yönetim davranışı arasında bir ilişki ön gören hipotez 1 reddedilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde, sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık davranışı arasında bir ilişki olduğunu gösteren araştırmaların yanı sıra (Sun vd., 2013; Chang, 2009), bu çalışmanın sonucuna benzer bir şekilde ilişki saptanamayan araştırmalar da mevcuttur (Lee vd., 2010; Morris vd., 2006). Hipotez 2 ise psikolojik güçlendirmenin etki ve özerklik boyutunun diyabet yönetim davranışları ile anlamlı ve pozitif ilişkisi olduğu tespit edildiği için kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme arasında herhangi bir etkileşim olmadığından hipotez 3 test edilememiştir.

Araştırmanın sonuçlarından diyabet yönetim davranışlarının hastalar tarafından çok iyi anlaşıldığı ve bu aşamada sağlık okuryazarlığının bir etkisi olmadığı görüşü çıkarılabilir. Başka bir ifadeyle, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastalar sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan hastalarla aynı düzeyde diyabet yönetim davranışları sergilemektedir. Dolayısıyla diyabet yönetim davranışlarına ilişkin verilen eğitimlerin ya da tavsiyelerin çok basit düzeyde olduğu ve hastaların bu yönergeleri anlamak için yüksek bilişsel yeteneğe ihtiyacı olmadığı söylenebilir. Bununla birlikte diyabetle ilgili davranış önerilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastalara etkili bir şekilde aktarıldığı sonucuna da ulaşılabilir.

Psikolojik güçlendirmenin etki boyutunun diyabet yönetim davranışları ile ilişkili olması hastaların subjektif izlenimlerinin onların sağlık davranışını yönlendirdiğini göstermektedir. Ancak bu durum psikolojik güçlendirme ile davranış arasında güçlü bir ilişki olduğu anlamına gelmeyebilir. Diyet ve egzersiz yapma davranışlarını öneri üzerine gerçekleştiren hastalar bu önerinin faydasını tecrübe ettiği için önerinin etkili olduğuna inanmaktayken, davranışları yerine getirmeyenlerin faydanın farkında olmaması muhtemeldir. Diyabet yönetim davranışları ile etki boyutu arasındaki pozitif ilişkinin hastaların davranışı gerçekleştirdiklerindeki olumlu etkiye inandıkları için olabileceği gibi, alışkanlığa bağlı diyet ve egzersiz gibi davranışlarının diyabeti

yönetmede etkili olduğuyula ilgili genellemeleri de sebep olabilmektedir. Hastalar bu pozitif duruma inandığı için bu güçlü ilişki gerçekleşmiş olabilir.

Psikolojik güçlendirmenin diğer bir boyutu olan özerklik ise hastaların alternatif davranışlar arasından seçim yapma konusunda özgür olduğunu hissetmesi olarak tanımlanan subjektif bir duyguyu ifade etmektedir. Regresyon analizi sonucunda diyabet yönetim davranışları ile özerklik arasında neredeyse hiç ilişkinin olmaması diyabet gibi kronik bir hastalığın çok fazla davranış yönetimi gerektirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Diyabetle başa çıkma konusundaki hastaların seçimi, yaşadıkları deneyimler ve hastalığın gerektirdikleri ile çakışıyor olabilir. Hastalık durumu ilerledikçe, hastalık yönetimi konusunda daha çok tavsiyeye maruz kalan hasta bu konuda hassaslaşacağı için önerilerin kendi seçimini kısıtladığını düşünebilir. Aynı zamanda önerileri yerine getirir ancak bu öneriye uyma durumu görev duygusu, deneyim ya da boyun eğme duygularından kaynaklanabilir. Bu da özerklik duygusu ile diyabet yönetim davranışları arasındaki muhtemel ilişkiyi zayıflatabilmektedir.

Kan şekerinin ölçümü ve ayak bakımı davranışlarının diyet ve egzersiz davranışlarına göre daha az sıklıkla gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Bu durum, ihtiyacın davranışın sıklığı üzerindeki etkisi tarafından açıklanabilmektedir. Diyabet hastalığı belirli aralıklarda kan şekeri ölçümünü gerektiren ve ayaklarda yaralara neden olabileceği için ayak bakımında özen gerektiren kronik bir hastalıktır. Ancak hastaların bu konularda yaşadıkları kötü deneyimler bu davranışları gerçekleştirme konusunda motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirmenin diyabet yönetim davranışları üzerindeki farklılaşan etkisi iki faktörle açıklanabilir. Sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlıkları ile ilgili kararlarda, özellikle tedavilerde daha etkin olabilmeleri amacıyla her türlü bilgiyi, yönergeyi ya da tavsiyeyi anlama yeteneği olduğu için çoğunlukla karar aşamalarındaki sağlık çıktıları ile ilişkili olabilmektedir. Psikolojik güçlendirme ise algılanan özerklik, kendine olan güven ve sağlık davranışları ile ilgili subjektif değerlendirmeleri içerdiğinden alışkanlığa bağlı davranışlarla ilişkide olması muhtemeldir. Bu araştırmada da diyabet yönetim davranışları yaşam tarzı davranışı olarak da ifade edilen alışkanlık gerektiren davranışlardır. Bu durum psikolojik güçlendirmenin diyabet yönetim davranışları üzerindeki ilişkisini açıklamaktadır.

Diyabet bilgi düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile pozitif ilişkili çıkması beklenirken, psikolojik güçlendirme ile ilişkili çıkması şaşırtıcı bir sonuç olarak kabul edilebilir. Literatüre bakıldığında bilgi düzeyi sağlık okuryazarlığının önemli unsurlarından biri olarak görülmektedir (Schulz ve Nakamoto, 2012). Bu sonucun hastalığın özelliği ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Diyabet kronik bir hastalık olması sebebiyle hastaları hem metabolik hem de yaşam tarzı olarak etkilemektedir. Günlük yaşamlarında hastalar, hastalık yönetim sürecinde davranışlarıyla ilgili birçok seçim yapmakta ve bunu deneyimleyerek kendileri için en sağlıklı olan davranışı öğrenebilmektedirler. Bu yolla elde edilen bilgilerin hastaların motivasyonel yeteneklerini olumlu anlamda etkilemesi olası kabul edilmektedir. Deneyim yolu ile elde ettikleri bilgiler, hastaları daha güçlü olmaları konusunda motive edebilmektedir.

Sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama ve olumlu sağlık davranışını gerçekleştirme noktasında bu bilgiyi kullanmakla ilgili tüm bilişsel yetenekleri kapsayan sağlık okuryazarlığı, planlı iletişim çalışmalarının odağında yer alması gereken bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık durumu ile doğrudan ilişkili bir kavram olması, hastalara bu bilişsel yeteneklerin kazandırılmasında kendileri kadar sağlık profesyonellerinin ve kamu sağlığı çalışanlarının da sorumluluk alması önemlidir. Yeni iletişim teknolojilerinin gelişimi ile birlikte bilgiye erişimin kolaylaşmasının yanı sıra, sağlık bilgisinin nitelik, anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından hastalara uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlık iletişimi mesajlarının geliştirilmesi, yazılı ve görsel materyallerin tasarlanması, medyada yer alan sağlık bilgi akışının yönetilmesinde sağlık okuryazarlık düzeyi bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin yanlış ilaç kullanımı, sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanamama, korku, utanç ve suçluluk hissi gibi olumsuz psikolojik süreçlere neden olması, kavramın sürdürülebilir olarak iyileştirilmesi gerekliliğini de göstermektedir. Bireylerin bilgi düzeyi, bilişsel ve sosyal yeteneklerinin artırılmasının yanı sıra bu faktörleri etkileyen sağlık sistemi ve kültürel arka planın da sağlığın geliştirilmesinde geliştirilen stratejilerin sürdürülebilir olmasına katkıda bulunacaktır.

Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan diyabet hastaları ile olan iletişimde her türlü bilgi aktarımının açık ve anlaşılır bir dille gerçekleşmesi, okuma-yazma düzeyi yetersiz

hastaların sağlık bilgisini anlama konusunda yaşayacakları utanma, korku ve kendine güvensizlik gibi motivasyon düşürücü duyguları engelleyebilecektir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastalar, bilginin içeriği yerine kaynağına daha fazla önem verdikleri için, genelde uzmanlara ya da ünlülere güvenme eğilimindedirler (Witte, 1995). Bilgiyi işleme sürecinde yazılı mesajlardan çok resimler ve görseller üzerinden iletişime geçmek daha ikna edici olabilmektedir. Bu tür hastalar için yararlı yöntemlerden biri olan yüz-yüze diyabet eğitimi, hastaları bilgilendirme ve güçlendirmenin yollarından biri olarak kabul görmektedir.

Bireylerin olumlu sağlık davranışını gerçekleştirmede sahip oldukları bilişsel yetenekler ve bilgi düzeyi kadar, bu düzeyi pratiğe dökabilmeleri için motivasyonel unsurlar da önem taşımaktadır. Özellikle diyabet gibi yaşam boyu yönetilmesi gereken kronik bir hastalık sürecinde içsel motivasyonların hedeflenmesi ve geliştirilmesi, hasta güçlendirme kavramının da iletişim sürecine dahil edilmesini gerektirmektedir. Psikolojik güçlendirme ile ilgili literatürdeki değerlendirmelere bakıldığında, kavramın doktor-hasta iletişimde daha eşitlikçi bir iletişime olanak sağladığı ya da hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki güç dengesini uyumlu hale getirdiği söylenebilir. Bununla birlikte hastalar, kendi sağlıkları ile ilgili konularda motivasyon artırıcı unsurlara fazlasıyla ihtiyaç duymaktadır. Güç, eşitlik ve kontrol gibi subjektif duyguların hastaların davranışa yönelmede ve bu davranışı sürdürmede etkili olduğu bilinmektedir (Schiavo, 2007; Wallerstein, 2006). Günümüzde birçok hasta ve sağlık profesyoneli tarafından bir hak olarak görülen güçlendirme (Schulz ve Nakamoto, 2012), geleneksel tıbbi modelin aksine, asimetric iletişimi ortadan kaldıran ve yatay iletişimi özümseyen yeni tıbbi modelin de temelini oluşturmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri gerektiren diyabet gibi kronik hastalıklarda daha da önemli hale gelen güçlendirme (Passalacqua, 2014), hastanın kontrolün kendinde olduğunu hissetmesi, kendini bu konuda etkin ve yetkin görmesi ile hastalığını başarılı bir şekilde yönetmesine öncülük etmektedir. Her türlü planlı iletişim çalışmalarında, sağlık profesyonellerinin direktifleri gibi dışsal motivasyonlar yerine hastanın içsel motivasyonlarının önemszenmesi sağlık çıktılarına katkıda bulunabilecektir. Didaktik iletişim yerine hasta motivasyonu odaklı bir iletişim süreci oluşturulmasıyla doktor odaklı iletişim anlayışından hasta odaklı iletişime geçilmesi sağlanabilecektir.

Psikolojik güçlendirmenin etki boyutu hastaların diyabeti yönetme konusunda kendini etkili görmesi olarak tanımlanabilir. Diyabetlilerin hastalığı yönetme sürecinde sergiledikleri olumlu davranışlar, sağlık durumlarında bir iyileşmeye neden olmakta, bu gelişimi görmek de davranışı sürdürmekle ilgili hastaları motive etmektedir. Bir şeylerin başarılı olması hastaların kararlarında fark yaratmaktadır. Bu olumlu motivasyonun her türlü iletişim platformunda destekleyici bir unsur olarak kullanılması diyabet yönetimine olumlu katkıda bulunacaktır.

Diyabetlilerin, hastalık yönetim sürecinde kendilerini etkili bulmaları aynı zamanda öz yetkinliğin de bir işareti olarak kabul edilebilmektedir. Bireyin, gerçekleştireceği davranışla ilgili kendini yeterli hissetmesi bu davranışı sürdürmesini kolaylaştırmaktadır. Özyetkinlik düzeyi yüksek olan bireyler, olumsuz sonuçlara odaklanmak yerine hedefledikleri davranışa odaklanmakta dolayısıyla hastalıkla ilgili yaşadıkları kaygı azalmaktadır (Abraham, 2012). Bu durum genel sağlık durumlarında da iyileşmeye neden olmaktadır. Öz yetkinlik unsuru, bireyin önerilen davranışı gerçekleştirebileceği ile ilgili sahip olduğu güvene vurgu yapan bir unsur olarak kabul görmektedir. Dolayısıyla hastalarla olan iletişimde kendilerine olan güvenlerini artırıcı stratejilerin tasarlanması, bireyi motivasyonel anlamda olumlu etkileyecektir.

Bandura (1997) bireylerin kendi yaşamlarında daha önce deneyimledikleri olumlu davranış örneklerinden bahsedilmesi olan 'olumlu deneyim' ile özyetkinliğin artırılabilirliğini ön görmektedir. Bu ön görüden hareketle, Öz yetkinlik düzeyini arttırmaya yönelik kullanılan bir diğer unsur da diyabetlileri hedefleyen her türlü iletinin negatif duyguları uzaklaştıracak ve hastaların kaygılarını azaltacak şekilde planlanmasıdır. Dolayısıyla korku ve suçluluk gibi negatif çekicilikler yerine hastaların öz yetkinliğini artırıcı olumlu iletişime gereksinim duyulmaktadır (Bandura, 1997). Bununla birlikte sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastaların biliş ihtiyacının artırılması, dolayısıyla mesajı işleme sürecinde daha aktif olmasını sağlamak için de olumlu deneyimlerin ve önermelerin kullanılması önem kazanmaktadır (Louis ve Suttan, 1991). Diyabet gibi kronik ve tedavisi mümkün olmayan ve yaşam boyu kontrol altında tutulması gereken bir hastalığın, hastalar için negatif çağrışımları yoğunlukta olsa da, diyabetlilere yönelik iletişim, hedef kitlede davranışa yönelik olumlu duygular yaratacak şekilde planlanmalıdır.

Bu araştırmanın da temelini oluşturan sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme düzeyleri arasındaki uyum da sağlık davranışını etkileyen bir unsur olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Bilgiyi elde etme ya da kullanma konusunda hiçbir sorun yaşamayan bir hasta, motivasyonel düzeyi düşük olduğu için sağlık davranışını gerçekleştirmede tamamen doktora bağımlı hale gelebilmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan ancak motivasyonel olarak fazlasıyla güçlendirilmiş bir hastanın ise olumsuz sağlık davranışına yönelme ihtimali yükselmektedir. Dolayısıyla bilişsel süreçlerle motivasyonel süreçler arasındaki uyumu gözetilen iletişim stratejilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

5.2. Tartışma

Sağlık iletişiminin en önemli amaçlarından biri olan sağlık davranışının açıklanması, tasarlanacak planlı iletişim çabalarında, hastalara en uygun yoldan ulaşılmasını kolaylaştırmaktadır. Bunun için de sağlığın geliştirilmesinde kullanılan teoriler yol gösterici olmaktadır. Özellikle diyabet gibi kronik bir hastalığı yönetme sürecinde, yaşam tarzı ile ilgili davranış değişikliğini hedefleyen iletişim çalışmalarında, sağlık okuryazarlığı gibi bilişsel yeteneklerden ziyade motivasyonel unsurları içinde barındıran psikolojik güçlendirme kavramına odaklanılması faydalı olacaktır. Diyabet gibi yaşam boyu yönetilmesi gereken kronik bir hastalık durumunda hastalar güçlendirme unsurlarına fazlasıyla ihtiyaç duyabilmektedir.

5.3. Öneriler

Sağlık iletişimi disiplini içerisinde, her türlü iletişim kampanyası tasarımında, sağlık okuryazarlığı olgusu her zaman dikkate alınması gereken parametrelerden biri olarak bu araştırmanın temelini oluşturmaktadır. Her ne kadar bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ile diyabet yönetim davranışları arasında bir ilişki kurulamamış olsa da, sağlık iletişimi ile ilgili her türlü platformda güçlü bir tahmin unsuru olarak literatürde yerini alan sağlık okuryazarlığının daha güçlü ve bilinçli bir birey profili oluşmasına katkı sağlayacağı açıktır. Dolayısıyla gelecekteki toplum sağlığının geliştirilmesi,

hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması ile ilgili iletişim çabalarında sağlık okuryazarlığı önemli bir unsur olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada ölçümlenen okuma ve anlama gibi bilişsel süreçleri kapsayan işlevsel sağlık okuryazarlık düzeyine ek olarak, sağlık bilgisini değerlendirme, yorumlayabilme ve sağlık kararı ile ilgili özerklik kazanabilme noktasındaki sağlık okuryazarlığının çok boyutlu yapısını dikkate alan çalışmaların yapılması faydalı olacaktır. Kültür ve dil gibi bağlamlarda da düşünülmesi gereken bir kavram olan sağlık okuryazarlığını daha geniş perspektifle ele almak isteyen araştırmalara bu çalışmanın temel teşkil etmesi amaçlanmaktadır. Toplum çerçevesinde değerlendirildiğinde de sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmeye yönelik tüm iletişim çalışmalarının eşitsizlikleri azaltacağı ön görülmektedir.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik tasarlanan her türlü iletişim stratejilerinde, sağlık iletişimi, doğası gereği birçok disiplinden faydalanmaktadır. Bu disiplinlerin etkileşimi ile bireylerin olumlu sağlık davranışına yönlendirilmesinde daha etkili sonuçlar elde edildiği ön görülmektedir. Özellikle kamu sağlığında kişisel sağlık davranışlarını etkilemek için sıklıkla tercih edilen sosyal pazarlama (Fox ve Kotler,1980; Helmig ve Thaler, 2010), sağlık iletişim kampanyaları tasarım sürecinde iletişim ve psikoloji alanlarındaki teorilerle pazarlama tekniklerini uyumlaştırarak davranış değişimini hedeflemektedir. Bireyleri olumlu sağlık davranışına yönlendirmede sağlık iletişiminin sosyal pazarlama gibi sağlık davranışına odaklanan bir yaklaşımla güçlerini birleştirmesinin disiplin yakınlaşmalarına örnek teşkil edeceği düşünülmektedir.

TURDEP II (Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları) verileri göz önünde bulundurulduğunda, diyabetin, her yaş grubundaki bireylerin sağlığını tehdit eden ve dikkate alınması gereken toplum sağlığı sorunlarından biri olduğu açıktır. Mevcut durumda ve gelecek kuşaklarda bu sorunların azaltılabilmesi için diyabetli bireylerin hastalık hakkında farkındalığının artırılması, eğitim ve iletişim programları yoluyla hastalık kontrolü konusunda kendi yetkinliklerinin kazandırılması ve olumlu sağlık davranışına yönlendirilmeleri yolunda uygun iletişim stratejilerinin belirlenmesinin yanı sıra diyabeti önlemeye yönelik yaşam tarzını özendirici iletişim stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Hastalık yönetimiyle ilgili iletişim çalışmaları kadar önleyici stratejiler üzerine de odaklanan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi alanındaki bir modelden yola çıkarak diyabetlilerle ilgili kritik sonuçlar elde eden bu çalışmanın ileride diyabetlilere yönelik tasarlanacak olan iletişim stratejilerine de öncülük etmesi umulmaktadır. Literatür incelendiğinde, sağlık mesaj stratejilerinin geliştirilmesinde, seslenen hedef kitle profilinde genelden özele doğru bir daralma olduğu görülmektedir (Rimer vd., 2006:185). Tarihsel olarak bakıldığında, sağlık mesajlarının geçmişte genel halk ya da cinsiyet ve yaş gibi temel demografik özelliklere göre tasarlanırken, günümüzde sağlık davranışı üzerinde bireylerin sahip olduğu bilgi, motivasyon, tutum ya da kültür gibi değişkenlerin de belirleyici olabileceğinden hareketle, iletişim biçiminin özelleştiği görülmektedir (Cash, 2010). 90'lı yıllardan itibaren, davranış bilimcilerin kitlelerdeki heterojenliğin varlığına işaret etmesiyle birlikte, ikna edici iletişimde segmentasyonun önemi giderek artmıştır. Sağlık mesajlarının giderek kişiye özel hale gelmesi ve demografik, psikografik ya da davranışsal özelliklere göre tasarlanması bunun bir sonucu olarak görülebilir. Dolayısıyla, alandaki bir modelden yola çıkılarak diyabetlilerin sağlık davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik olan bu çalışmanın, ilerideki çalışmalarda bu hedef kitleye özel mesajların oluşturulmasında sağlayacağı katkı önemlidir.

Ekler Listesi

	<u>Sayfa</u>
Ek-1: Anket Örneği.....	79
Ek-2: Diyabet Bilgi Testine Yönelik İstistik Tablosu	95
Ek-3: : Psikolojik Güçlendirme Ölçeğine Yönelik İstatistik Tablosu.....	97

Università
della
Svizzera
italiana

Facoltà
di scienze della
comunicazione

Institute of
Communication
and Health
ICH

KUCUKYALI DIYABET MERKEZI DIYABETLI HASTALARA YONELIK ANKET CALISMASI



TÜRKİYE DIYABET VAKFI



TÜBİTAK

Değerli Katılımcı;

Sizden doldurmanızı rica ettiğimiz anket, hastaların sağlık bilgisini nasıl anlamlandığı ve kullandığı ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalandığının belirlenmesine yöneliktir.

Uluslararası olarak yürütülen bu çalışma TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu) ve Türkiye Diyabet Vakfı'nın değerli katkılarıyla, İsviçre Lugano Üniversitesi Sağlık ve İletişim Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. Peter Schulz'un önderliğinde gerçekleştirilmektedir.

Çalışmanın amacının kesinlikle sizin sağlık bilginizi test etmek olmadığını belirtmek isteriz.

15 dakikanızı ayıracağınız çalışmamızda bizimle paylaşacağınız tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

İşbirliğiniz ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,
Ezgi Eyüboğlu

Asagıdaki sorularda hastane ortamında karşılaşılabileceğiniz bazı tıbbi durum talimatları vardır. Bu talimatların bulunduğu cümleler içerisinde bazı kelimeler eksiktir. Kelimelerin eksik olduğu yerlerde boş bir satır bulunmakta ve bu boş satıra gelebilecek 4 kelime de cümlenin hemen altında yer almaktadır.

Sizden, bu 4 kelimededen anlamca en uygun olanını boş satırı tamamlayacak şekilde seçmenizi rica ediyoruz. Doğru olan kelimeyi yuvarlak içine alarak işaretleyebilir ve sonraki cümleye geçebilirsiniz. Sayfayı tamamladığınızda diğer sayfaya geçiniz ve testin tamamını bitirene kadar devam ediniz.

Doktorunuz sizi röntgeni çektirmeniz için gönderdi.

- a. mide
- b. diyabet
- c. dikiş
- d. mikrop

..... için geldiğinizde midenizin olması gerekmektedir.

- | | |
|------------|-----------|
| a. Röntgen | a. astım |
| b. Eğer | b. boş |
| c. Olmak | c. ensest |
| d. Onu | d. anemi |

Röntgen işlemini tamamlamak 1 ila 3 kadar

- | | |
|----------|--------------|
| a. yatak | a. surecek |
| b. beyın | b. görecek |
| c. saat | c. konuşacak |
| d. diyet | d. bakaçak |

Röntgen işleminden bir gün önce,

Akşam yemeğinde çay ya da kahve ile birlikte,

..... meyva, ve reçel tüketilmelidir.

- | | |
|-------------------|-------------------|
| a. az miktarda | a. parmak |
| b. çorba | b. boğaz |
| c. başlanmalı | c. kızarmış ekmek |
| d. mide bulantısı | d. tavuk budu |

..... sonra, röntgen işlemi kadar

- | | | |
|--------------------|----------------|---------------|
| a. Dakika | a. oluyor | a. hasta |
| b. Gece yarısından | b. devam edene | b. hiçbir şey |
| c. Sırasında | c. sona erene | c. her bir |
| d. öncesinde | d. bitti | d. bazı |

..... ya da içmemelisiniz.

- a. kolay
- b. yediniz
- c. içtiniz
- d. yememeli

Röntgen çekileceğiniz gün;

..... yapmayınız.

- a. Randevu
- b. Yürüyüş
- c. Kahvaltı
- d. Muayene ziyareti

..... bile

- | | |
|-----------|-------------------|
| a. Kalp | a. kullanmayınız. |
| b. Nefes | b. icmeyiniz. |
| c. Su | c. giymeyiniz. |
| d. Kanser | d. almayınız. |

Eğer herhangi bir olursa 616-4500 nolu telefonda röntgen arayabilirsiniz.

- | | |
|-----------------|-----------------|
| a. cevabınız | a. bölümünü |
| b. egzersiziniz | b. burkulmasını |
| c. broşürünüz | c. eczanesini |
| d. sorunuz | d. diş ağrısını |

Sağlık yardımı alıp almayacağımı için doğru bilgi vermem gerektiğine katılıyorum.

- a. saç
- b. tuz
- c. görmek
- d. ağrı

Bu başvurudaki her ifademi için her türlü bilgiyi sağlama konusuna

- | | |
|------------------|------------------|
| a. saklamak | a. katlıyorum |
| b. riske atmak | b. araştırıyorum |
| c. taburcu olmak | c. gönderiyorum |
| d. kanıtlamak | d. kazanıyorum |

Ve bu bilgilerin kanıtlanması için ilgili izin veriyorum.

- | | |
|----------------------|--------------|
| a. amfizemdeki | a. iltihaba |
| b. formdaki | b. dine |
| c. safra kesesindeki | c. demire |
| d. ilişkideki | d. mercilere |

..... ki, sağlık yardımı için, sağlığımdaki

- | | |
|-------------------|-------------------|
| a. Araştırıyorum | a. değişiklikleri |
| b. Eğlendiriyorum | b. hormonları |
| c. Anlıyorum | c. antiasitleri |
| d. Kuruyorum | d. suçlamaları |

..... andan itibaren (10) gün içinde bildirmeliyim.

- | | |
|----------------------|--------|
| a. ödüllendirildiğim | a. üç |
| b. farkettiğim | b. bir |
| d. uzak kaldığım | c. beş |
| e. beklediğim | d. on |

Sağlık durumumla ilgili beğenmediğim takdirde, dava açma

- | | |
|------------------|--------------|
| a. Evliliğe dair | a. halimin |
| b. işi | b. kaldığını |
| c. Yetişkin | c. yanlış |
| d. Kararı | d. hakkımın |

olduğunu

- böylece
- bunu
- biliyorum
- göre

Başvuru yapmış olduğum sağlık kuruluşundan, sağlık durumumla ilgili kararın bana yüksek sesle okunmasını onları ya da onlara yazarak

- | | |
|---------------|-------------------------|
| a. sayarak | a. isteyebilirim |
| b. okuyarak | b. reddedebilirim |
| c. arayarak | c. başarısız olabilirim |
| d. koklayarak | d. tamir edebilirim |

Eğer herhangi bir için sağlık sigortası farklı bir

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| a. aile üyesi | a. yikiyorsanız |
| b. tarih | b. istiyorsanız |
| c. ağırlık | c. karşılıyorsunuz |
| d. emniyet kemeri | d. kayıt altına alıyorsunuz |

başvuru formu

- a. dinlenmelisiniz
- b. kırmalısınız.
- c. nefes almalısınız
- d. imzalamalısınız

....., bu formun üzerindeki bilgisi karar vermek için kullanılacaktır.

- | | | |
|---------------------|-----------------|-----------------------------|
| a. -diğından | a. akciğer | a. hipogliseminize |
| b. Olup olmadığı | b. tarih | b. sigortanızın uygunluğuna |
| c. Bununla birlikte | c. yemek | c. osteoporozunuza |
| d. çünkü | d. leğen kemığı | d. şizofreninize |

Lütfen ifadelerin altındaki şıklardan size uygun olanı işaretleyiniz. Her ifadeden sonra sorunun cevabının doğru olduğuyula ilgili ne kadar emin olduğunuzu 1 = Kesinlikle Emin Değilim ve 5 = Kesinlikle Eminim olacak şekilde işaretleyiniz.

Düşük kan şekeri tedavisi için bir ya da iki parça üzüm şekeri yemelisiniz.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Düşük kan şekeri tedavisi için bir bardak diyet meyve suyu içmelisiniz.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Diyabet hastalığı noropatıye(ayağınızda görülen hissizlik) yol açabileceği için,ayağınızın bakımı için en iyi yol, ayağınızda yara,su toplaması,kırmızılık ve nasır olup olmadığını her gun kontrol etmektir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Ayağınızdağı hissizlik ve karıncalanma sınır hastalığının belirtileri olabilir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Akciğer rahatsızlıkları diyabetin uzun dönemli komplikasyonlarından(etkilerinden) biridir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Gorme problemleri diyabetin uzun dönemli komplikasyonlarından(etkilerinden) biridir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

26-27-28-ve 29 SORULARI SADECE INSULIN KULLANAN DİYABET HASTALARI CEVAPLAMALIDIR

Düşük kan şekeri çok az insulinden kaynaklanabilir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Grip hastalığı bile, diyabet kontrolünü kötü yönde etkileyebilir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Yüksek kan şekeri yeterli insulin kullanılmadığından kaynaklanabilir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?
(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5	

Düşük kan şekeri seviyesi, diyabet tedavisinde insülin kullanan hastalarda da görülebilir.

Doğru Yanlış Bilmiyorum

Cevabınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

(1 = Kesinlikle emin değilim, 5 = Kesinlikle eminim)

Kesinlikle emin değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle eminim
	1	2	3	4	5		

Aşağıda diyabetiniz ile ilgili bazı açıklamalar okuyacaksınız. Lütfen durumunuzla ilgili olarak size uygun olan rakamı seçiniz

1 = Hiç bir şekilde aynı fikirde değilim, 7 = Tamamiyle aynı fikirdeyim anlamına gelmektedir.

Diyabet hastalığımla başa çıkmak benim için çok önemli.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabetle başa çıkabilme becerisi konusunda kendimden eminim.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabetimle nasıl başa çıkmam gerektiği konusunda kayda değer bir bağımsızlığım var.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabet hastalığımanın yönetimi konusunda oldukça kontrolüm var.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabetimi idare etmek için yaptığım tüm aktiviteler benim için anlamlı.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabet hastalığımla başa çıkabilmek için kendi kabiliyetimden eminim.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabet hastalığıma nasıl idare edeceğime ben kendim karar verebilirim.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabet hastalığımanın nasıl yönetileceği konusundaki kontrolüm çok büyük miktardadır.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabetimle aktif bir şekilde ilgilenmek benim için anlamlıdır.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabetimle başa çıkabilmek için gerekli olan aktiviteleri yapmaya hazırlıkliyım.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek işaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabetimle nasıl başa çıkacağım konusunda oldukça özgürüm ve kendi bağımsızlığıma sahibim.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek isaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Diyabet hastalığımanın yönetimi konusunda kayda değer derecede kontrole sahibim.

(Lütfen yukarıdaki açıklama için 1'den 7'ye kadar size uygun olan bir değer seçerek isaretleyiniz.)

Hiçbir şekilde aynı fikirde değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamiyle Aynı Fikirdeyim
	1	2	3	4	5	6	7	

Aşağıda son 7 günde diyabetle ilgili kişisel aktivitelerimize yönelik sorular göreceksiniz. Eğer bu zamandilimini hasta olarak geçirdiyseniz lütfen ondan önceki haftayı düşünerek cevaplayınız. Lütfen cevapları yuvarlak içine alınız.

Son yedi günde kaç kere sağlıklı beslenme planınıza uydunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son bir ay içinde ortalama olarak haftada kaç gün beslenme planınıza uydunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere beş ya da daha fazla tabak meyve ve sebze yediniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere yüksek oranda yağ içeren kırmızı et ya da tam yağlı süt ürünü tükettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere en az 30 dakika süren fiziksel aktivitede bulundunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere günlük ev ya da iş aktiviteleriniz dışında belirli bir egzersiz programına (yüzme, yürüme, bisiklet sürme gibi) katıldınız?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere kan şekerinizi ölçtünüz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere doktorunuzun önerdiği kadar ölçüm yaptınız?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere ayağınızı kontrol ettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Son yedi günde kaç kere ayakkabınızın içini kontrol ettiniz?

Son yedi günde hiç sigara(bir nefes bile) içtiniz mi?

Hayır

Evet ise bir günde ortalama kaç adet sigara ictiniz?

Sigara sayısı:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

- Kadın Erkek

Eğitim seviyeniz:

- İlkokul Ortaokul Lise üniversite Lisansüstü

Medeni Durumunuz

- Evli Bekar

Geliriniz:

- 775 TL ve altı 776-1500TL 1501-2500TL 2501 ve üstü

Diyabet hastalığı Tip 1 ve Tip 2 olarak ikiye ayrılmaktadır. Sizde hangi tip diyabet olduğunu belirtiniz.

- Tip 1 Diyabet
 Tip 2 Diyabet
 Bilmiyorum

Anketimize katıldığınız için çok teşekkür ederiz. Bizimle iletişim kurmak isterseniz iletişim bilgilerimiz aşağıdaki gibidir.

Saygılarımızla,

Ezgi Eyüboğlu

University of Lugano,

Blue Building Office: 009, Ground Level,

Telefon: 0554 722 17 20

email: eyuebe@usi.ch

Ek 2: Diyabet Bilgi Testine Yönelik İstatistik Tablosu

		Diyabet Bilgisi	Diyabet Bilgisi İnsulin	Subjektif Diyabet Bilgisi	Subjektif Diyabet Bilgisi İnsulin
N	Valid	285	140	259	123
	Missing	17	162	43	179
Mean		3.6667	6.3429	3.9801	4.1195
Median		4.0000	6.0000	4.1667	4.4000
Mode		4.00	5.00	5.00	5.00
Std. Deviation		1.22953	2.01709	.94231	.94198
Variance		1.512	4.069	.888	.887
Skewness		-.338	-.330	-1.109	-1.373
Std. Error of Skewness		.144	.205	.151	.218
Kurtosis		-.056	-.095	1.021	1.439
Std. Error of Kurtosis		.288	.407	.302	.433
Minimum		.00	.00	1.00	1.00
Maximum		6.00	10.00	5.00	5.00

Ek 3: Psikolojik Güçlendirme Ölçeğine Yönelik İstatistik Tablosu

		Top. Güçlendirme Skoru	Anlamlılık	Özerklik	Özyetkinlik	Etki
N	Valid	279	290	285	286	291
	Missing	23	12	17	16	11
Mean		67.7921	19.1414	16.1474	15.0594	17.1924
Median		70.0000	20.0000	17.0000	15.0000	18.0000
Mode		84.00	21.00	21.00	21.00	21.00
Std. Deviation		11.86797	2.66023	3.93065	4.63548	3.58696
Variance		140.849	7.077	15.450	21.488	12.866
Skewness		-.940	-2.619	-.761	-.632	-1.245
Std. Error of Skewness		.146	.143	.144	.144	.143
Kurtosis		1.089	10.391	.091	-.120	1.932
Std. Error of Kurtosis		.291	.285	.288	.287	.285
Minimum		21.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Maximum		84.00	21.00	21.00	21.00	21.00

Kaynakça

- Abel, T. (2007). *Cultural Capital in Health Promotion. Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (D.V. McQueen ve I. Kickbusch). New York: Springer. 1-170.
- Agunga, R. A. (1997). *Developing the Third World: A Communication Approach*. N.Y.: Nova Science.
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. US: Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision on Processes*, 50, 179-211.
- Amerikan Tıp Kurumu Sağlık Okuryazarlığı Komitesi. (1999). Health literacy report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552-557.
- Baker, D.W.; Parker, R.M.; Williams, M.V.; Clark, S.(1997). The Relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*, 87, 1027-1030.
- Baker, D.W.; Williams, M.V.; Parker, R.M.; Gazmararian, J.A.; Nurss, J.(1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education Counseling*, 38, 33-42.
- Baltaş, Z.(2007). *Sağlık psikolojisi*. 4. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandura, A.(1997). *Self efficacy and the exercise of control*. New York: WF Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bergsma, L.J.(2004). Empowerment education: the link between media literacy and health promotion. *American Behavioral Scientist*. 48, 152-164.
- Berkman, N.D.; Davis, T.C. McCormack, L. (2010). Health Literacy: What is it?. *Journal of Health Communication*, 15(9), 9-19.

- Bernhardt, J.M. ve Cameron, K.A. (2003). Accessing, understanding, and applying health communication messages: The challenge of health literacy. *Handbook of Health Communication*. (Ed: T. L. Thompson, K. Miller, A. Dorsey, R.L. Parrott). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 583-605.
- Bernhardt, J. (2004). Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94, 2051–2053.
- Bilgili,C.(2011). Sağlık bilinci için Türkiye’de sağlık iletişiminin gelişimine bakış. *Pi Dergisi*, Bahar Sayısı.
- Boslaugh, S. E.; Kreuter, M.W.; Nicholson, R. A.; Naleid, K. (2005). Comparing demographic, health status and psychosocial strategies of audience segmentation to promote physical activity. *Health Education Research*, 20(4), 430-438.
- Braithwaite, R.L. ve Lythcott, N.(1989). Community empowerment as a strategy for health promotion for black and other minority populations. *The Journal of American Medical Association*, 261(2),282-285.
- Cacioppo, J. T.; Petty, R. E.; Kao, C. F.; Rodriguez, R. (1986). Central and peripheral routes to persuasion: An individual difference perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1032–1043.
- Campbell, M.K.; DeVellis, B.M.; Strccher, V.J.; Ainmerman, A.S.; DeVellis, R.F.; Sandier, R.S.(1994). Improving dietary behavior: tbe effectiveness of tailored messages in primary care settings. *American Journal of Public Health*,84(5), 783-791.
- Carthery-Goulart, M. T.; Anghinah, R.; Areza-Fegyveres, R.; Bahia, V. S.; Brucki, S. M. D.; Damin, A. (2009). Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista De Saude Publica*,43,631–639.
- Cash, M. M. (2010). A research based model for the design and delivery of consumer health messages for persons aged 65 and older’. Yayınlanmamış Doktora Tezi. University of Virginia, School of Education.
- Chang, M.S.(2009). A study using theory of planned behaviour model to explore participation motivational scale for project management training program. *The Journal of American Academy of Business*,15(1), 210-217.

- Chodosh J.; Morton, S.C.; Mojica, W.; Maglione, M.; Suttorp, M.J.; Hilton, L.,; Rhodes, S.; Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine* 143(6), 427–438.
- Clift, E. ve Freimuth, V. (1995). Health communication: What is it and what can it do for you? *Journal of Health Education*, 26, 68–74.
- Conger, J.A ve Kanungo, R.N. (1988). The Empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13, 471-482.
- Connor, M. Mantwill, S. Schulz, P.J.(2013) Functional health literacy in switzerland – Validation of a german, Italian and french health literacy test. *Patient Education Counseling*, 90,12-17.
- Çınarlı, İ. (2008). Sağlık iletişimi ve Medya, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- DiClemente, C.C.; Prochaska, J.O.; Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Theraphy and Research*,9(2),181–200.
- Durmuş, B.; Yurtkoru, E.S.; Çinko, M. (2013). Sosyal bilimlerde spssle veri analizi.İstanbul: Beta Yayınevi.
- Erbaydar, Tuğrul.(2001). Sağlık Kimin İçin?. *Toplumbilim Dergisi (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı)*,13, 50-54.
- Erol S. ve Erdoğan, S.(2007). Sağlık Davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (2), 86-94.
- Exchange. (2006). Issues in evaluation for health and disability communication. <http://www.healthcomms.org/comms/eval/le05.html>. (Erişim Tarihi: 13.03.2013).
- Finnegan, J.R.; Viswanath, K.(2002). Communication theory and health behavior change: the media studies framework. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. (Ed:K. Glanz.;B. Rimer.; F.M. Lewis). San Francisco: Jossey-Bass,361-388.
- Fishbein.M ve Yzer, M.C. (2003). Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions. *Communication Theory*,13(2), 164-183.

- Fitzgerald, J.T.; Funnell, M.M.; Hess, G.E.; Barr, A.P.; Anderson, R.M.; Hiss, R.G.; Davis, K.W. (1998). The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care*, 21(5), 706–710.
- Freedman, D. A.; Bess, K. D.; Tucker, H. A.; Boyd, D. L.; Tuchman, A. M.; Wallston, K.A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446–451
- Freimuth, V.; Linnan, H.; W. ve Potter, P. (2000). Communicating the threat of emerging infections to the public. *Emerging Infectious Diseases*, 6(4), 337–347.
- Frisch, A.; Camerini, L.; Diviani N.; Schulz, P. (2011). Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains?. *Health Promotion International*, 27(1), 117-126.
- [Gazmararian, J.A.](#); [Williams, M.V.](#); [Peel, J.](#); [Baker, D.W.](#) (2003). Health Literacy and knowledge of chronic disease, *Patient Education Counseling*, 51(3), 267-275.
- Golbeck, A. L.; Ahlers-Schmidt, C. R.; Paschal, A. M.; Dismuke, S. E. (2005). A definition and operational framework for health literacy. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 375–376
- Grappi, S. ve Montanari, F. (2009). Customer identification and retention: The determinants of intention to repatronize in the film industry. *International Journal of Arts Management*, 12(1), 44-59.
- Haun, N.J. (2007). Health literacy: The validation of A short form health literacy screening assessment in an ambulatory care setting. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Florida: University of Florida.
- Howard, D.; Nieuwenhuijsen, E.R.; Saleeby, P. (2008). Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, 30(12-13), 942 – 954.
- Institute of Medicine. (2009). Measures of health literacy: Workshop özeti. Washington, DC: The National Academy Press. <http://www.iom.edu/Reports/2009/Measures-of-Health-Literacy.aspx>. (Erişim Tarihi: 05.01.2013).

- Israel, B.A.; Checkoway B.N.; Schulz, A.J.; Zimmerman, M.A.(1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly* 21(2),149-170.
- Jennifer R. M.; Joel, M.; Schectman, H. G.; Margaret, L.; Plews,O.(2010). The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge *Patient Education and Counseling* ,78(3), 372–376.
- Kalichman, S.C.; Rmachandran, B.; Catz, S. (1999). Adherence to combination antiretroviral therapies in hiv patients of low health literacy. *Journal of General Internal Medicine*,14(5), 267-273.
- Keller, P.A. ve Lehmann, D.R. (2008). Designing effective health communications: A meta-analysis. *American Marketing Association*, 27(2),117-130.
- Kessler,C. ve Renggli, V. (2011). Health Promotion: Concepts and Practices: A key issue paper focusing on the relevance for international cooperation. Swiss Centre for International Health of the Swiss Tropicala nd Public Health Institute. http://www.medicusmundi.ch/mms-en/services/dossiers/chronic-diseases-the-global-epidemic/filefolder.2011-05-30.1180294370/mmsfile.2011-06-24.6090501098?set_language=en (Erişim Tarihi: 13.01.2014).
- Kickbusch, I. ve Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Making a difference in the USA. *Journal of Health Communication*, 6, 87–88.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16, 289–297.
- Korsch, B. ve Negrete, V. (1972). Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227, 66-74.
- Kreps, G.; Bonaguro, E.W.; Query, J.L.(1998). The History and Development of the Field of Health Communication. *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*(Ed:Duffy, B.K. ve Jackson, L.D). Westport, CT: Greenwood Press.
- Kreps, G.(2012). Future development and growth. *Journal of Health Communication*, 17(5),495-497.

- Kreps, G. (2014). Health Communication, History of. Encyclopedia of Health Communication (Ed: Thompson, Teresa L.) Sage Publications.
- Kreuter, M.W.; Strecher, V.J.; Glassman, B. (1999). One size does not fit all: The case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 276-283.
- Kumar, S. and Preetha, G.S. (2012) Health promotion: An effective tool for global health, *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5-12.
- Lauver, D. R.; Ward, S. E.; Heidrich, S. M.; Keller, M. L.; Bowers, B. J.; Brennan, P. F.; Kirchhoff, K. R.; Wells, T. J. (2002). Patient centered interventions. *Research In Nursing and Health*, 25(4), 246-255.
- Lauver, D.R.; Gross, J.R. C.; Wells, T.J. (2004). Patient-Centered Interventions Implications for Incontinence. *Nursing Research*, 53(6), 31-35.
- Lee, S. Y. D.; Arozullah, A. M.; Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, & health: A research agenda. *Social Science and Medicine*, 58, 1309–1321.
- Logan, M.S. ve Ganster, D.C. The effects of empowerment on attitudes and performance: the role of social support and empowerment beliefs. *Journal of Management Studies*, 2007, 44, 1523–1550.
- Louis, M.R. ve Sutton, R.I. (1991). Switching cognitive gears: From habits of mind to active thinking. *Human Relations*, 44, 55-76.
- Lindau, S. T.; Tomori, C.; Lyons, T.; Langseth, L.; Bennett, C. L.; Garcia, P. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 938-943.
- Maibach, E. ve Holtgrave, D. R. (1995). Advances in public health communication. *Annual Review of Public Health*, 16, 219-238.
- Maibach, E. Ve Parrot, R. L. (1995). Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

- Maibach, E.; Abrams, L.; Marosits, M. (2007). Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: A proposed people and place framework. *BMC Public Health*, 7(1), 1-15.
- Makoul, G. (1991). Communication in the health care context: A review essay. *Communication Education*, 40, 407-414.
- Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature *Nursing and Health Sciences*, 11, 77-89.
- Marshall, S. ve Biddle, S. (2001). The transtheoretical model of behavior change: A meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 229-246.
- Manganello J.A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Marks, J.R.; Schectman, J.M.; Groninger, H.; Ogan, M.L.P. (2010). The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. *Patient Education Counseling*, 78(3), 372-378.
- Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (2009). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. (1. Baskı). İstanbul: İncev Yayınları.
- McCleary, J.V. (2011). Health Literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among african americans with diabetes mellitus, *Journal of the Assocation of Black Nursing Faculty*, 22(2), 25-32.
- McQuail, D. ve Windahl S. (2008). Kitle İletişim Modelleri. Ankara: İmge Kitabevi.
- McKnight, J.L. (1985). Health and empowerment. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 37-38.
- McLeroy, K.R.; Daniel, B.; Allan, S.; Karen, G. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education and Behavior* 15, 351-377.
- McQueen, D.V. ve Kikbusch, I. (2007). Health and modernity: The role of theory in health promotion, Springer Science Business Media LLC.

- Menon, S.T.(2002). Toward a model of psychological health empowerment: Implications for health care in multicultural communities. *Nurse Education Today*, 22, 28-39.
- Muturi, N. (2005). Communication for HIV/AIDS Prevention in Kenya: Socio-Cultural Considerations. *Journal of Health Communication*, 10, 77–98.
- Navarro, A.M.; Voetsch, K.P.; Liburd, L.C.; Giles, H.W.; Collins, J.L. (2007). Charting the future of community health promotion: Recommendations from the national expert panel on community Health Promotion. *Centers for Disease Control and Prevention*, 4(3), 1-7.
- National Institutes of Health (2005). Theory at a glance:A guide for health promotion practice, U.S Department of Health and Human Services.
- National Network of Libraries of Medicine. (2009). Health literacy. <http://nmlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>. (Erişim Tarihi:11.01.2012).
- Neufeld, R.W.; Thomas P. (1977). Effects of perceived efficacy of a prophylactic controlling mechanism on self-control under pain stimulation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 9, 224-232.
- Neuhauser, D. (2003). The coming third health care revolution: Personal empowerment. *Quality Management in Health Care*, 12, 171-184.
- New South Wales Department of Health, Australia. “Health Promotion Glossary.” <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/healthpromotion/abouthp/glossary.html>.(Erişim Tarihi 28.12. 2013).
- Newcomb, M.D. ve Harlow, L.L.(1986). Life events and substance use among adolescents: mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51,564–577.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. (Erişim Tarihi: 23.02.2014).

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. Ve Bauman, A. (2006). Evaluation in a nutshell: A practical guide to the evaluation of health promotion programs. New York: McGraw-Hill.
- Nutbeam, D. Harris, E. ve Wise, M. (2010). Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories (3. Baskı). Avusturalya: The McGraw Hill.
- Obregon, R. ve Waisbord, S. (2012). The handbook of global health communication. US: John Wiley & Sons, Inc.
- OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en (Erişim Tarihi: 15 Mart 2014).
- Okay, A.(2009).Sağlık İletişimi.İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri.
- Parikh, N S.; Parker, R. M.; Nurss, J. R.; Baker, D.W.; Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education Counseling*,27(1), 33-42.
- Passalacqua, S A. (2014). Patient empowerment. Encyclopedia of Health Communication. (Ed: Thompson, T.L.). Los Angeles London New Delhi: Sage.
- Patten, S.; Vollman, A.; Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(1), 57-66.
- Pechmann, C.(2001). A Comparison of Health Communication Models: Risk Learning Versus Stereotype Priming. *Media Psychology*, 3(2), 189–210.
- Piotrow, P.T.; Rimon, J.G.; Payne, Merritt, A.; Saffitz, G. (2003). *Advancing health communication: The PCS experience in the field*. Center Publication 103. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.
- Pleasant, A.(2011). Health literacy: An opportunity to improve individual, community, and global health. Adult education for health and wellness: New directions for

- adult and continuing education. (Ed:Hill, L.H).US. Wiley Publication, 130, 43–53.
- Pettegrew, L. S. ve Logan, R. (1987). The health care context. Handbook of communication science. (Ed: Berger, C. R. Ve Chaffe, S. H. Chaffee). Newbury Park, CA: Sage.
- Pralea, A.M.(2001). The Health Marketing Mix. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*,4 (53),43-52.
- Prochaska, J. Ve DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Prochaska, J.; DiClemente, C.;Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1002-1114.
- Prochaska,J. ve Velicer,W. (1997).The Transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Punch, K. (2005). Sosyal Araştırmalara Giriş. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- RimalRakowski, W. (1999). The potential variances of tailoring in health behavior interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 284–289.
- Raman, U. Ve Shamanna, B.R. (2010). Communicating Eye Health Messages: Challenges and Constraints in a Developing Country. *Mica Communications Review*,32-43.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*,9(1),1-25.
- Ratzan, S. C.; Payne, J.G.; Bishop, C. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of Health Communication*, 1(1), 25–41.
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16, 207–214.
- Rimer, B.K. ve Glassman, B. (1998). Tailoring communications for primary care settings. *Methods of Information in Medicine*, 37:171-178.
- Rimer, B. K. ve Kreuter, M. W. (2006). Advancing Tailored Health Communication: A persuasion and message effects perspective. *Journal of Communication*,56,184-201.

- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations.* (4.Baskı). New York:Free Press.
- Rohrer, J.E.; Arif, A.; Denison, A.; Young, R.; Adamson, S. (2007). Overall self-rated health as an outcome indicator in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*,13,882–890.
- Rosenberg, Jack. ve Vicker, L. A.(2009) *Applied Mass Communication Theory.* USA: Pearson Education.
- Rosenstock, I. M.; Strecher, V. J.; Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rudd, R.; Comings, J.; Hyde, J. (2003). Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. *Journal of Health Communication*, 8(S1), 104-115.
- Ruggiero, L.; Glasgow, R.E.; Dryfoos, J.; Rossi, J.S.; Prochaska, J.O.; Orleans, C.T.; Prokhorov, A.V.; Rossi, S.R.; Greene, G.W.; Reed, G.R.; Kelly, K.; Chobanian, L.; Johnson, S. (1997). Diabetes self-management: Self-report of the recommendations, rates and patterns in a large population with Type I and Type II diabetes. *Diabetes Care.* 568-576.
- Ryan, P. Ve Lauver, D. (2002). The efficacy of tailored interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 34:331-337.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (2011). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Bakanlık Yayın No: 814 ISBN: 978-975-590-361-364.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanstan Bildiriler. (1. Baskı). Ankara.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice.* San Francisco: John Wiley & Sons.
- Skinner, C.S.; Strecher, V.J; Hospers, H. (1994). Physicians' recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health.*84(1), 43-49.
- Skinner, C.S.; Campbell, M.; Rimer, B.K.; Curry, S. Prochaska, J.O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine.* 21(4):290-298.

- Slater, M. (1996). Theory and Method in health audience segmentation. *Journal of Health Communication*, 1, 267-283.
- Smith, P.J.; Humiston, S.G.; Marcuse, E.K.,; Zhao, Z.; Dorell, C.G.; Howes, C.;Humiston, S.G.; Zhao, Z.; Dorrel, G.D.; Howes, C.; Hibbs, B. (2011). Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Reports*,126 (Supl. 2):135-146.
- Schulz, P.J. ve Nakamoto, K. (2005). Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 5, 1-10.
- Schulz, P.J. ve Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication. *Patient Education and Counseling*,90(1),4-11.
- Sezgin,D.(2011). Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık, İstanbul:Schola Ayrıntı Yayınları.
- Sorensen,K.; Broucke, S.;Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand,H.(2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Spreitzer G.(1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. *Academy Of Management Journal*, 38(5), 1441-1466.
- Stahl,C. A. (2011). Use of social marketing promotional strategies to create awareness of worksite health promotion programs: A survey of program coordinators. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mankato: Minnesota State University.
- Şimşek, A. (2012). Araştırma modelleri.), Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. (Ed: Şimşek,A). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 88-107.
- Tang, YH. Pang, SMC. Chan, MF. Yeung, GSP. Yeung, VTF. (2007). Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 74–83.
- Tengland, P.A.(2012). Behavior change or empowerment: On the ethics of health promotion strategies. *Public Health Ethics*, 5(2),140-153.
- Thomas,R.K. (2006). Health Communication, US:Springer.
- Thompson, T.L.; Dorsey, A.; Miller, K.I.; Parrot, R. (2003). Handbook of Health Communication, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Thompson,A. (2010). “The relationship among health literacy And self efficiacy and self management of diabetes. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Texas:Texas Woman University, Collage of Nursing.
- Toobert, D.J. ve Glasgow, R.E. (1994). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Handbook of Psychology and Diabetes*. (Ed: Bradley C). Amsterdam: Harwood Academic Publishers,351-375.
- Tufts University Student Services. (2006). Exploring the Health Professions Handbook. <http://studentservices.tufts.edu/hpa/handbook.shtm>. (Erişim tarihi 10.01.2013).
- Valente,T. W. ve Myers, R. (2010). The messenger is the medium: Communication and diffusion principles in the process of behavior change. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*,31, 249-276.
- Vishwanath, K. ve Kreuter, M.W. (2007). Health disparities, communication inequalities and e-Health: A commentary. *American Journal of Preventive Medicine*,32(5),131-133.
- Wallack, L. ve Dorfman, L. (2001). Putting policy into health communication: The role of media advocacy. *Public communication campaigns* (Ed: R. E. Rice ve C. K. Atkin) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wallerstein, N. Ve Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire’s theories applied to health education. *Health Education Quarterly*,15(4), 379-394.
- Wallerstein N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN).
- Weinreich, N. K. (1999). Social Marketing Library.(Erişim Tarihi:01.05.2014). <http://www.social-marketing.com/library.html>.
- Weymann, N.; Harter, M.; Dirmaier, J. (2013). A tailored, interactive health communication application for patients with type 2 diabetes: Study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13:24.
- Williams, M.V.; Baker, D.W.; Honig, E.G.; Lee, T.M.; Nowlan, A. (1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*.114,1008–1023.

- World Health Organisation (WHO). (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21'st Century. (Erişim Tarihi: 13.02.2014) http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf (1997).
- World Health Organization (WHO). (2010). Global status report on noncommunicable diseases. World Health Organization Report. Who Library Cataloguing-In-Publication Data.
- Wright, K.B.; Sparks, L.; O'Hair, H.D. (2008). Health Communication in the 21'st Century. UK: Blackwell Publishing.
- Zarcadoolas, C.; Pleasant, A.; Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2),195–203.
- Zimmerman, M.A. ve Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5),725-750.