

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KAMU
SEGMENTASYONU**

Esra BOZKANAT

2502140096

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ayla OKAY

İSTANBUL-2018



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZ ONAYI



ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : ESRA BOZKANAT Numarası : 2502140096
Anabilim Dalı /
Anasanat Dalı / Programı : HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM Danışmanı : PROF. DR. AYLA OKAY
Tez Savunma Tarihi : 02.08.2018 Saati : 11:30
Tez Başlığı :
"SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KAMU SEGMENTASYONU"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 50. Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. AYLA OKAY		Kabul
2- PROF. DR. YEŞİM GÜÇDEMİR		Kabul
3- PROF. DR. İDİL KARADEMİRLİDAĞ SÜHER		KABUL
4- DOÇ. DR. VELİ POLAT		KABUL
5- DR. ÖGR. ÜY. BANU KUMBASAR		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. YILDIZ DİLEK ERTÜRK		
2- DOÇ. DR. EBRU ÖZGEN		

ÖZ

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KAMU SEGMENTASYONU

Esra BOZKANAT

Bu çalışma, kamuların durumsal kuramının Türkiye’de meme kanseri hastalığının kamularını segmente etmede geçerli bir araç olup olmadığını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu amaca ek olarak tezde nedene dayalı eylem teorisinin değişkenleri ile kamuların durumsal kuramının bağımlı ve bağımsız değişkenleri ile bir araştırma modeli oluşturulmuştur.

Araştırma verileri 502 kişiden toplanmıştır. Ampirik bir saha çalışması olan bu araştırma sonucunda kuramın Türkiye’de meme kanseri kamularını segmente etmede geçerli bir kuram olduğu ortaya konmuştur. Elde edilen bulgulara göre en kalabalık kamu grubu aktif kamudur. Daha sonra uyanmış kamu en az sayıya sahip olan grup ise gizli kamu türüdür.

Kamu türleri belirlendikten sonra her birinin etkilendikleri mesaj stratejileri ortaya konmuştur. Buna göre uyanmış kamular “nedensellik” içeren ve “tıbbi terim” içeren mesajlardan en fazla etkilenen gruptur. Mesajlardan etkilenmede kanser teşhisi almış olmak ya da bir yankının kanser tedavisi görmüş olması da fark yaratan bir durum olarak belirlenmiştir. Kendisi kanser teşhisi almış kişiler “yönlendirici” ve “tıbbi terim” içeren mesajlardan teşhis almamış kişilere kıyasla daha çok etkilenmektedir. Bir yakını kanser teşhisi almış kimseler ise “nedensellik” stratejili ve “tıbbi terim” stratejili mesajlardan daha çok etkilenmektedir.

Aktif kamu hekime en sık başvuran kamu türüyken, uyanmış kamu ise sağlık bilgisi ararken daha çok tanıdıklara başvurmaktadır. Kamuların sağlık bilgisi kaynaklarına güven dereceleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Tüm kamuların en güvenilir bulduğu kaynak hekimdir.

Son olarak kamuların durumsal kuramının değişkenleri nedene dayalı eylem teorisinin değişkenleri arasında anlamlı ilişki olduğu anlaşılmıştır. Buna

göre kamuların durumsal kuramının bağımsız değişkenleri nedene dayalı eylem teorisinin değişkenleri için bir neden kümesi oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık iletişimi, kamu segmentasyonu, kamuların durumsal kuramı.



ABSTRACT

PUBLIC SEGMENTATION IN HEALTH COMMUNICATION

ESRA BOZKANAT

This study aims to test the validity of the situational theory of publics in Turkey in the context of breast cancer. In addition, a research model was developed with variables of theory of reasoned action and dependent and independent variables of the situational theory of publics.

The survey was applied to 502 people. As a result of this research, which is an empirical field study, it has been revealed that the situational theory of publics is a valid theory for segmenting breast cancer publics in Turkey. According to the findings, the largest group is the active publics. Awaken publics follows the active publics and the smallest group is latent publics.

After the public types have been identified, the message strategies -that every public type is affected- are revealed. According to the findings; awaken publics is the most affected group by the messages containing causality and medical terms. It is determined as a difference, being diagnosed or knowing someone who has been diagnosed is a factor on being affected by the messages. The people who has been diagnosed compared to healthy people are, more affected by the messages containing leading or medical term. People who have a relative with cancer are more affected by the messages containing causality and medical term.

Active publics is the one who gets the most frequently medical advice from a doctor while awaken publics are more interested in asking for an advice from the people they used to know. There is no significant difference between the trustworthiness level of publics considering health information sources. Doctors are the most reliable source in all types of sources.

Lastly, it has been understood that the variables of the situational theory of publics have statistically significant relation between the variables of the theory of reasoned action. According to study, independent variables of the situational

theory of publics construct a cause cluster for the variables of theory of reasoned based action.

Key words: health communication, public segmentation, situational theory of publics



ÖNSÖZ

Çalışmanın sağlık iletişimi literatürüne fayda sağlamasını umarak doktora eğitimim süresince emeği geçen çok değerli hocalarım, arkadaşlarım ve aileme teşekkür etmek istiyorum.

Öncelikle Türkiye’de sağlık iletişimi literatürüne önemli katkılar sağlamış değerli bir hocayla çalışma fırsatını bana sunan ve doktora eğitimim süresince desteğini esirgemeyen çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Ayla OKAY’a,

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimlerim süresinde dersini almış olduğum tüm değerli bilim insanlarına,

Tezimin veri analizlerinde tüm yoğunluğuna rağmen zaman ayırıp yardımlarını esirgemeyen Ar. Gör. Emre Çevik ve Dr. Öğr. Üyesi Raif Cergiboza’nı .

Son olarak her zaman yanımda olan aileme varlıklarından ve desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

ESRA BOZKANAT

İÇİNDEKİLER

ÖZ	III
ABSTRACT.....	V
ÖNSÖZ	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XVI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNE KAVRAMSAL BAKIŞ

1.1.	Sağlık İletişimi.....	6
1.2.	Sağlık İletişimin Tanımı ve Tarihçesi.....	6
1.2.1.	Sağlık İletişiminin Tanımı.....	6
1.2.2.	Sağlık İletişiminin Tarihçesi	7
1.3.	Sağlık İletişim Düzeyleri	13
1.3.1.	Yüz Yüze İletişim.....	13
1.3.2.	Aracılı İletişim.....	23
1.4.	Kanıtı Dayalı Sağlık İletişimi	24
1.4.1.	Deneysel Olmayan Tasarımlar	30
1.4.2.	Yarı Deneysel Tasarımlar.....	31
1.4.3.	Deneysel Tasarımlar.....	34
1.5.	Nedene Dayalı Eylem Teorisi.....	35

İKİNCİ BÖLÜM

HEDEF KİTLE VE KAMU SEGMENTASYONU

2.1.	Hedef Kitle Kavramı Ve Hedef Kitle Türleri	39
------	--	----

2.1.1.	Sağlık İletişiminde Hedef Kitle	41
2.2.	Segmentasyon Kavramı	45
2.3.	Segmentasyon Analizi	46
2.4.	Hedef Kitle Segmentasyonu	47
2.4.1.	CDC'nin Hedef Kitle Segmentasyon Aşamaları	50
2.5.	Hedef Kitle Olarak Kamular	55
2.6.	Kamuların Durumsal Kuramı	57
2.6.1.	Kamuların Durumsal Kuramının Küresel Boyutu	63
2.6.2.	Kamuların Durumsal Kuramı İle Nedene Dayalı Eylem Teorisinin İlişkilendirilmesi	66

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEME KANSERİ KAMULARINI SEGMENTE ETMEYE YÖNELİK AMPİRİK ARAŞTIRMA

3.1.	Dünya'da Ve Türkiye'de Meme Kanseri	68
3.2.	Yöntem	70
3.3.	Problem	71
3.4.	Amaç	72
3.5.	Önem	73
3.6.	Sınırlılıklar	73
3.7.	Hipotezler	74
3.8.	Bulgular	75
3.8.1.	Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Analizler	75
3.9.	Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerlik Testleri	80
3.9.1.	Veri Toplama Aracının Güvenirliği	80
3.9.2.	Veri Toplama Aracının Geçerliği	80
3.10.	Kamuların Durumsal Kuramının Değişkenlerinin İlişki Analizi	85

3.10.1. Kamuların Durumsal Kuramının Değişkenlerinin Frekans Analizi Sonuçları	89
3.10.2. Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Frekans Analizi.....	90
3.11. Kamuların Durumsal Kuramının Değişkenleri ile Nedene Dayalı Eylem Teorisi Değişkenlerinin İlişki Analizleri	91
3.12. Kümeleme Analizi Yöntemi ile Kamuların Durumsal Kuramı Bağlamında Kamuların Segmentasyonu	94
3.12.1. Aktif Kamunun Demografik Özellikleri	98
3.12.2. Uyanmış Kamunun Demografik Özellikleri	101
3.13. Kamuların Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Durumları.....	104
3.13.1. Teşhis Almış ve Almamış Kadınların Mesajlardan Etkilenme Durumları	104
3.13.2. Yaş Gruplarının Mesajlardan Etkilenme Durumları	107
3.13.3. Eğitim Düzeyine Göre Mesajlardan Etkilenme Durumları	116
3.13.4. Kamu Türlerinin Mesajlardan Etkilenme Durumları	125
3.14. Kamu Türlerinin Başvurdukları Kaynak Türleri	130
3.15. Kamu Türlerinin Güvenilir Buldukları Kaynak Türleri	140
ARAŞTIRMA SONUCU	148
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	150
KAYNAKÇA	153
EKLER	169
ÖZGEÇMİŞ.....	175

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Kişilerarası İletişimin Temel Öğeleri.....	13
Tablo 2: Sözsüz İletişimde Kinetikler	15
Tablo 3: Ön Test Ve Yarı Deneysel Sonuç Değerlendirme Tasarımları.....	29
Tablo 4: Grunig'in Kamuların Durumsal Kuramına Göre Hazırlanmış Kamu Türleri.....	62
Tablo 5: Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hız (100.000 Kişide)	68
Tablo 6: En Sık Rastlanan Kansere Türlerinin Dağılımları	69
Tablo 7: Katılımcıların Yaş Dağılımları	75
Tablo 8: Katılımcıların Mesleki Dağılımları.....	76
Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumları.....	77
Tablo 10: Katılımcıların Medeni Durum Dağılımları	77
Tablo 11: Katılımcıların Doğum Yeri Dağılımları.....	78
Tablo 12: Katılımcıların Yaşamlarını Uzun Süre Geçirdikleri Yerleşim Yerleri .	78
Tablo 13: Meme Kanseri Teşhisi Almış Ve Almamış Kişilerin Dağılımı	79
Tablo 14: Uzun Süre Yaşanılan Yer.....	79
Tablo 15: Kamuların Durumsal Kuramının Bağımlı Değişkenlerinin Yapı Geçerliliği – Döndürülmüş Bileşen Matrisi	81
Tablo 16: Bilgi Arama Bağımlı Değişkeninin Faktör Analizi	82
Tablo 17: Bilgi İşleme Bağımlı Değişkeninin Faktör Analizi	82
Tablo 18: Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Faktör Analizi.....	83
Tablo 19: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeğinin Faktör Analizi.....	84
Tablo 20: Kamuların Durumsal Kuramı Ve Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Normallik Testleri	86
Tablo 21: Kdk Ve Ndet'nin Değişkenlerinin İlişki Analizi.....	87
Tablo 22: Kdk'nın Regresyon Analizi	89
Tablo 23: Kdk Bağımsız Değişkenlerinin Frekansları	90
Tablo 24: Ndet'nin Frekans Analizleri	90
Tablo 25: Kdk Ve Ndet'nin Korelasyon Dağılımları.....	91
Tablo 26: Kdk'nın Kümeleme Analizi Anova Tablosu	95
Tablo 27: Kdk'na Göre Hazırlanmış Kümeler.....	96
Tablo 28: Kümelerdeki Katılımcı Sayısı.....	97

Tablo 29: Sorun Algısı Düşük Kadınların Sayısı.....	97
Tablo 30: Kısıt Algısı Yüksek Olan Kadınların Sayısı	98
Tablo 31: Aktif Kamu Yaş Dağılımı	98
Tablo 32: Aktif Kamu Eğitim Durum Dağılımı	99
Tablo 33: Aktif Kamu Medeni Durum Dağılımı.....	99
Tablo 34: Aktif Kamu Meslek Dağılımları	100
Tablo 35: Aktif Kamu Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri Dağılımları	100
Tablo 36: Uyanmış Kamu Yaş Aralıkları.....	101
Tablo 37: Uyanmış Kamu Eğitim Durumu Dağılımları.....	101
Tablo 38: Uyanmış Kamu Medeni Durum Dağılımları	102
Tablo 39: Uyanmış Kamu Meslek Dağılımları	102
Tablo 40: Uyanmış Kamu Uzun Süre Yaşanılan Yer Dağılımları.....	103
Tablo 41: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Teşhis Durumuna Göre İncelenmesi.....	104
Tablo 42: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Bir Yakınının Teşhis Alma Durumuna Göre İncelenmesi.....	106
Tablo 43: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi.....	107
Tablo 44: Tıbbi Terim Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	107
Tablo 45: Nedensellik Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	110
Tablo 46: Umutlandırıcı Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	112
Tablo 47: Yönlendirici Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	113
Tablo 48: Korku Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	114
Tablo 49: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesi.....	116
Tablo 50: Korku Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	117
Tablo 51: Nedensellik Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	118

Tablo 52: Umutlandırıcı Stratejiden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	120
Tablo 53: Yönlendirici Stratejiden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	122
Tablo 54: Tıbbi Terim Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	124
Tablo 55: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türlerine Göre İncelenmesi.....	126
Tablo 56: Korku Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	126
Tablo 57: Nedensellik Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	127
Tablo 58: Yönlendirici Stratejiden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	129
Tablo 59: Tıbbi Terim Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	130
Tablo 60: Kamu Türlerinin Bilgi Kaynağına Başvurma Sıklığına Göre İncelenmesi.....	131
Tablo 61: Kamu Türlerinin Hekime Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	132
Tablo 62: Kamu Türlerinin Eczacıya Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	132
Tablo 63: Kamu Türlerinin Tanıdıklara Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	133
Tablo 64: Kamu Türlerinin Daha Önce Hastalığı Geçirmiş Kişilere Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	134
Tablo 65: Kamu Türlerinin Televizyona Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	135
Tablo 66: Kamu Türlerinin İnternete Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	136
Tablo 67: Kamu Türlerinin Radyoya Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	136
Tablo 68: Kamu Türlerinin Gazete/Dergiye Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	137

Tablo 69: Kamu Türlerinin Sağlık İçerikli Kitaplara Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	138
Tablo 70: Kamu Türlerinin Sağlık Bakanlığı'na Ait Web Sitesine Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	139
Tablo 71: Kamu Türlerinin Bilgi Kaynağını Güvenilir Bulma Düzeyine Göre İncelenmesi.....	140
Tablo 72: Kamu Türlerinin Hekime Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	141
Tablo 73: Kamu Türlerinin Eczacıya Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	141
Tablo 74: Kamu Türlerinin Tanıdıklara Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	142
Tablo 75: Kamu Türlerinin Daha Önce Bu Hastalığı Geçirmiş Olan Kişilere Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	143
Tablo 76: Kamu Türlerinin Televizyona Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	143
Tablo 77: Kamu Türlerinin Radyoya Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	144
Tablo 78: Kamu Türlerinin Gazete/Dergiye Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	145
Tablo 79: Kamu Türlerinin İnternete Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	145
Tablo 80: Kamu Türlerinin Sağlık İçerikli Kitaplara Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	146
Tablo 81: Kamu Türlerinin Kamu Spotlarına Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri.....	146
Tablo 82: Kamu Türlerinin Sağlık Bakanlığı'na Ait Web Sitesine Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri	147

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sunulan Tedavi Seçeneklerini Etkileyen Faktörler.....	22
Şekil 2: Sunulan Tedavi Seçeneklerini Etkileyen Faktörler.....	22
Şekil 3: Fıshbein Ve Ajzen Nedene Dayalı Eylem Teorisi Şeması	36
Şekil 4: Seitel'in Hedef Kitle Sınıflandırması.....	40
Şekil 5: Gömülü Segmentasyon Konseptleri.....	49
Şekil 6: Kamuların Durumsal Kuramı Ve Nedene Dayalı Eylem Teorisinin İlişkisi	67
Şekil 7: Kdt İlişki Analizi.....	88
Şekil 8: Kdt Ve Ndet'nin İlişki Tablosu.....	93

KISALTMALAR LİSTESİ

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi)

KDK: Kamuların Durumsal Kuramı

NDET: Nedene Dayalı Eylem Teorisi

TV: Televizyon



GİRİŞ

Sağlık iletişimi, dünyada Amerika iletişim bilimlerinde 1970’li yıllardan itibaren çok yönlü bir iletişim sahası olarak yaygınlaşmaya başlamıştır. Avrupa’da sağlık iletişimi konusu daha da yeni tarihlere rastlamaktadır (Bleicher ve Lampert; Okay,) Türkiye’de ise bu konu çok daha yenidir. Sağlık iletişimi, sağlık konusuyla ilgili kişi veya grupların, ilgili hedef gruplarına yönelik gerçekleştirmiş olduğu iletişim şeklidir (Okay, 2014:10-11).

Sağlık iletişimin tanımında geçen ve kendi bağlamında en önemli olduğunu düşündüğüm ilgili hedef kitleler bu tezin ana temasını oluşturmaktadır. Doğru hedef kitleye doğru içerikle ulaşmak ve onların gündemlerine bir hastalığı alıp almadıklarını öğrenmek kampanyaların başarıya ulaşmasındaki anahtar adımdır.

Tezin birinci bölümünde sağlık iletişiminin gerçekleştiği düzeylere tarihçesine ve sağlık iletişim kampanyaları bağlamında kanıta dayalı sağlık iletişimine yer verilecektir.

Sağlık iletişim düzeyleri yüz yüze gerçekleşebileceği gibi kitle iletişim araçları vasıtasıyla da gerçekleşebilir. Sağlık iletişimi yüz yüze gerçekleştiğinde hasta-hekim iletişimi devreye girmektedir. Erken dönemlere denk gelen ve ilkel kabul edebileceğimiz paternalistik model, hekime teknisyen görevi yükleyen bilgilendirici model, hasta ve hekime karar verme aşamasında söz hakkı veren ve hastayı yalnız bırakmayan açıklayıcı, görüşmeye dayalı ve paylaşılan karar verme modelleri ise günümüzde örneklerine rastladığımız çağdaş modellerdir ve hasta ile hekim arasındaki karar verme modellerinin özetidir.

Eğer sağlık iletişimi yüz yüze gerçekleşmiyorsa aracılı biçimde kitle iletişimi ile gerçekleşebilir. Kitle iletişim araçları vasıtasıyla topluma duyurulan sağlık iletişimi kampanyalarının hedef gruplar üzerinde etki etmesi sağlanabilir. Kitle iletişim araçları ile topluma ulaşan mesajların bilişsel etkisi davranışsal etkiden daha fazladır. Davranış değişikliğini de sağlayabilmek için hedef kamuları iyi ayırtırmak gerekmektedir.

Toplum sağlığını tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade, önleyici sağlık hizmetleri aracılığıyla korumak hem daha elverişli hem de daha az maliyetlidir. Önleyici tedavi anlayışının yerleşmesi ise toplumun bu konuda bilinçlenmesi ile gerçekleşebilir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı her yıl belli sayıda sağlık iletişim kampanyası hazırlayarak kamu spotları, bilgilendirme afişleri ya da el broşürleri ile topluma ulaşmaya çalışır. Bu kampanyalar belli bir maliyet, emek ve zaman gibi önemli kaynakların kullanılması sonucu ortaya çıkmaktadır. Toplumdan, harcanan bu kaynakların karşılığında sağlık davranışlarında değişiklik ortaya çıkarmaları ve riskli sağlık davranışlarını terk etmeleri beklenmektedir. Aksi durumda kampanyaların etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

2017 yılı boyunca Sağlık Bakanlığı 15 adet kampanya yürütmüş ve bunların ilgili içeriklerini Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü web sitesinde kamuya paylaşmıştır. Bu kampanyaların etkisi, kampanyalar gerçekleşmeden önce toplumda gözlenen sağlık davranışlarıyla, kampanyalar gerçekleşip bittikten sonra gözlemlenen davranışlar arasında fark olduğu zaman anlaşılmaktadır.

Kampanyaların etkisinin anlamlı olup olmadığını ortaya koyan çalışmalar kanıta dayalı sağlık iletişimi başlığı altında ele alınacaktır. Deneysel olmayan tasarımlar, Yarı deneysel tasarımlar ve Deneysel tasarımlar bize kampanyalara yüklenen içeriklerin toplumda bulunduğu karşılık hakkında fikir vermektedir.

Gerçekleştirilen tüm kampanyaların ortak hedefi doğru hedef kitleye doğru içerik ve doğru kitle iletişim aracıyla ulaşmaktır. Bunun için hedef kitleyi etkili şekilde segmente etmek gerekmektedir. Bu amaçla hedef kitle segmentasyonu ile ilgili yapılmış çalışmalara *tezin ikinci bölümünde* ayrıntısıyla değinilecektir.

Ana fikrini Dewey'den (1927) alan hedef kitle kavramı Seitel'in (2017) çeşitli sınıflandırmalarına yer verilerek açıklanacaktır. Dahili ve harici hedef kitleler, birincil- -ikincil ve marjinal hedef kitleler, geleneksel ve gelecekteki hedef kitleler ile Rakipler, karşıt görüştekiler ve çekimserler olarak toplamda dört kümede toplanmıştır.

Sağlık iletişimi bağlamındaysa Thomas'ın (2006) segmentasyonundan bahsedildikten sonra Amerika Birleşik Devletleri'nin Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention -CDC) obezite hastaları için gerçekleştirdiği segmentasyona yer verilmiştir. CDC Amerika toplumunun obez

bireylerini 5 ayrı kategoride toplamıştır. Bunlar; “Denge arayanlar”, “Çözüm arayanlar fakat zorlananlar”, “Etkin dengeliler”, “Dengesizler” ve “Pasif dengeliler”dir.

Hedef kitle ile kamu terimlerinin sık sık karıştırılmasına dayanarak bu iki kavramı aynı potada eriten ve kamuları hedef kitlenin altına yerleştirerek her kamunun bir hedef kitle olduğunu söyleyen çalışmalara başvurulacaktır (Livingstone, 2005, Dayan, 2005). Hedef kitle ile kamuların yer değiştirilebilir özellikte olmaları ve hedef kitlelerin kamu olabilmeleri için algıladıkları sorun için harekete geçemeye dair motivasyona sahip olmaları gerektiği belirtilecektir. Bu yönüyle kamuları segmente etmek için Grunig’in kamuların durumsal kuramından yararlanılacaktır.

Grunig ve Repper (2005) halkla ilişkilerin temel amacı kamuları belirlemek ve kamuları segmente ederek bir nüfustaki insanları kendi içinde benzeşik olacak şekilde kümelemek olduğunu belirtmektedir. Kendi içinde homojen olan fakat diğer segmente edilmiş hedef kitle gruplarında belli özellikleriyle ayrışan bu kamular için farklı iletişim stratejileri ve iletişim kampanyaları gerçekleştirilmelidir. Her bir kamu türü sorunu kavrayış, sorunun çözümüne yönelik duyulan ilgi ve soruna dair kısıt algıları bakımından birbirinden ayrışacaktır. Bu da belirlenmiş kamulara farklı iletişim kampanyalarıyla erişme ihtiyacını beraberinde getirecektir.

Bu ihtiyaca cevap veren kuram Grunig’in ilk versiyonunu 1968 yılında ortaya koyduğu ve geçerliliği daha önce farklı konular ve farklı ülkeler için kanıtlanmış (Grunig, 1973;1978;1979; 1989, Grunig ve Childers, 1988, Grunig ve Ipes, 1983) olan kamuların durumsal kuramıdır. Kamuların durumsal kuramı temelde toplumda bir durumun ele alındığı bağlamları açıklar. Mevcut duruma dair sorun algısı, bu sorunu aşmaya dair sahip olunan kısıt algısı ve soruna ilişkin gösterilen ilgi derecesi bağımsız değişkenlerdir. Bu üç bağımsız değişkene bağlı olan iki bağımlı değişken bilgi arama ve bilgi işleme davranışları kamuların aktif iletişime geçme eğilimlerini temsil eder.

Çalışmada ele alınan kronik hastalık meme kanseridir. Meme kanseri dünyada kadınlara teşhisi en sık konulan kanser türüdür. Erken teşhis edildiğinde yaşam şansı yüksek olan ender kanser türlerindendir. Bu nedenle meme kanseri

farkındalığı için bir gün ya da hafta değil 1-31 Ekim tarihleri arasını kapsayan süre boyunca bir ayın tamamı ayrılmıştır. Kadınların meme kanserini önleyici davranışlarının ardında yatan nedenleri anlamak bu tezin amaçlarından biridir. Sağlık davranışlarını anlamlandırmak için çoğu zaman tek kuram yeterli olmayabilir. Davranışların nedenini ortaya koyan nedene dayalı eylem teorisinin değişkenleri ile kamuların durumsal kuramının bağımlı ve bağımsız değişkenleri birleştirilerek bir araştırma modeli ortaya konacaktır.

Araştırmanın temel **amacı** ise kamuların durumsal kuramının Türkiye’de meme kanseri hastalığı için geçerli olup olmadığını ortaya koymaktır. Esas amacına ek olarak alt amaçlarına çeşitli araştırma sorularıyla yanıt aranmıştır. Bunlar; kamuların durumsal kuramı ile nedene dayalı eylem teorisi değişkenleri arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığı, kamu türlerinin sıklıkla başvurdukları kaynak türlerinin ne olduğu ile güvenilir buldukları kaynak türlerinin neler olduğu ve kamu türlerinin etkilendikleri mesaj stratejilerinin neler olduğudur.

Kamuların durumsal kuramının daha önce herhangi bir hastalık için uygulanmamış olması çalışmanın **önemini** ortaya koymaktadır. Meme kanseri gibi erken teşhis edildiğinde hayatta kalma olasılığı oldukça yüksek olan bir hastalığın kadınlar tarafından sorun olarak algılanıp algılanmadığının ortaya konması ve önleyici davranışın zemininin kamuların durumsal kuramı ile doldurulması çalışmayı önemli kılan bir diğer unsurdur.

Araştırmanın **sorunsalı** sağlık iletişim kampanyalarının doğru kitlelere ulaştırılamamasından beslenmektedir. Kampanyaya konu olan hastalığın kimler tarafından gereekten sorun olarak algılandığını bilmeden, toplumun hastalığa dair sınırlamalarına hakim olmadan ya da hastalığı önlemek için sahip oldukları ilgi derecelerini bilmeden doğru içerik hazırlamak mümkün olmayacaktır. Ayrıca toplumun hastalıkla ilgili olan iletişim davranışlarının da tespit edilmesi gerekir ki kampanya hedefine ulaşmış olsun. Tüm bu sorunları ortadan kaldırma için doğru bir segmentasyon gerçekleştirilmelidir.

Tezin üçüncü bölümünde ise araştırmada kullanılan yönteme ve araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilecektir. Çalışmada veri toplama tekniği olarak anket tekniği kullanılacak ve veriler paket programda değerlendirilecektir. Çalışma nicel bir araştırmadır. Elde edilen nicel bulgular

sonucunda araştırmadan kamuların durumsal kuramının hastalıkların kamularını segmente etmede geçerli bir kuram olduğu anlaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen bir diğer sonuç kamuların durumsal kuramı ile nedene dayalı eylem teorisinin değişkenleri arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu ve sağlık davranışının motivasyonlarını anlamada kamuların durumsal kuramının bağımsız değişkenlerine başvurulabileceğidir. Ayrıca elde edilen kamu segmentlerinin hangi tür sağlık bilgisi kaynaklarını güvenilir bulduklarını ve hangi tür sağlık bilgisi kaynaklarında daha sık başvurduklarını da çalışma ortaya koymaktadır. Kamu segmentlerinin etkilendikleri mesaj stratejileri de yine çalışmanın elde edilen sonuçları arasındadır. Çalışmada temelde var olan kamular belirlenecektir. Populasyonda var olan kamulara Araştırma sonucu elde edilen bulgular, Türkiye lğinde yorumlanarak, sağlık iletişim kampanyası hazırlayıcıları, halka ilişkiler uygulayıcıları ve akademi için öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNE KAVRAMSAL BAKIŞ

1.1. Sağlık İletişimi

Bu bölümde sağlık iletişimi kavramı genel hatlarıyla açıklanarak tarihçesinden bahsedilecek ve sağlık iletişim kampanyaları ve bu kampanyaların etkileri ve kanıtları ele alınacaktır.

1.2. Sağlık İletişimin Tanımı ve Tarihçesi

1.2.1. Sağlık İletişiminin Tanımı

Sağlık iletişimini tanımlamak için, öncelikle iletişim kelimesine odaklanmak gerekmektedir.

İletişimin doğru kabul edilen, literatüre geçmiş pek çok tanımı vardır. İletişim kelimesi, anlamı “ortak” olan Latince “communis” kelimesinden türemiştir (Lunnenburg, 2010: 1). Oxford İngilizce sözlüğüne göre iletişim, (1) konuşma, yazma ya da diğer araçları kullanarak bilgi aktarma ya da bilgi alışverişi gerçekleştirme, (2) telefon ya da bilgisayar gibi araçlarla bilgi alma ya da gönderme olarak tanımlanmaktadır (Oxford Dictionary, İngilizce). Oldukça eski bir kaynağa göre ise iletişim organizmanın bir uyarana verdiği ayırıcı yanıt (Stevens, S: 1950: 689) olarak kabul edilmektedir. Başka bir tanımda bilgi ve ortak kavrayışların bir kimseden başka bir kimseye aktarılması (Keyton, 2011) olarak geçmektedir. Bir ya da birden fazla alıcıyla kaynak arasındaki bilgi transferi: anlam paylaşma süreci, ortak kural setlerini kullanma (Northouse and Northouse, 1998) ise bir diğer tanımdır. İletişim sözcüğü özünde toplumla, toplulukla, toplumsal paylaşım ile yakından ilişkilidir (Rosenberg, 2000:3). Görüldüğü gibi tanımlarda iletişimin doğasına ait iki kavram olan ortaklık ve iki

yönlülük ağır basmaktadır. Bu iki baskın kavramın sağlık iletişimi tanımlarında da varlığını sürdürdüğünü söylemek mümkün.

Sağlık iletişimi, hem kamu sağlığı hem de kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve ticaret sektörlerinde giderek daha fazla gelişen ve gelişen bir alandır. Bu nedenle, birçok yazar ve organizasyon, onu zamanla tanımlamaya veya yeniden tanımlamaya çalışmaktadır. Sağlık iletişiminin multidisipliner yapısı nedeniyle, tanımların birçoğu birbirinden biraz farklı görünebilir. Bununla birlikte, çoğu analiz edildiğinde, sağlıkla ilgili iletişimin, bireyleri, toplulukları, sağlık uzmanlarını, politika yapımcıları veya özel grupları etkilemekte ve desteklemede oynayabileceği rolü göstermektedir; bunlar, bir sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi, davranışsal uygulamayı ya da bir sosyal ya da politika değişikliğini benimser ve sürdürmeye çalışır (Schiova, 2007:5).

Sağlık iletişiminin ana hedeflerinden biri, bireyleri ve toplulukları etkilemektir. Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili bilgileri paylaşarak sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçladığı için bu amaç hayranlık uyandırır. Aslında, Hastalık Kontrolü ve Korunması Merkezleri (CDC) sağlık iletişimi olarak "sağlığı geliştiren bireysel ve toplumsal kararları etkilemek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanılması" olarak tanımlarlar (2001; U.S. Department of Health and Human Services, 2005 akt; Schiova, 2007:5)

1.2.2. Sağlık İletişiminin Tarihçesi

Sağlık iletişimini tanımlarken iletişim tanımlarından yararlanılır. Schiova'ya göre (2007), diğer iletişim biçimlerinde olduğu gibi, sağlık iletişimi de "ortak bir işaret ve davranış sistemi" kullanan iki yönlü bilgi alışverişine dayanmalıdır. İletişimciler ve hedef kitleler arasında, sağlık iletişimi programının iletişim sürecini etkilemek ve etkileşime girmek istediği tüm izleyicilere erişilebilir olmalı ve "karşılıklı anlayış ve sempati duyguları" yaratmalıdır. İletişim kanalları ve mesajlar, sağlık iletişim kampanyalarının hedef kitleye ulaşmasını sağlayan "bağlantı kapıları"dır (Schiova, 2007:5). Bir işlev olarak iletişim, 1900'lerin ortalarından itibaren sağlık sektörüne entegre olmuştur. Fakat iletişimin önemi ve büyümesi son otuz yılda belirginliğe ulaşmıştır (Hicks, 2016:1)

Sağlık iletişimi, sağlık hizmeti sunumu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kişiler ve medya aracılı iletişim tarafından gerçekleştirilen, 1970’lerde gelişim göstermeye başlamış bir çalışma alanıdır. Sağlık iletişimi uygulamalı bir çalışma alanıdır çünkü hem sağlık hizmetinin sağlanması ve halk sağlığının teşviki konusundaki insan iletişiminin pragmatik etkilerini inceler hem de bu alandaki çalışmalar genellikle sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini arttırmak için kullanılır. Bu nedenle sağlık iletişimi genellikle, sağlık bakım ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sorunlarının belirlenmesi, incelenmesi ve çözülmesine dayalıdır (Kreps vd, 2003:1).

Kreps vd.(2003)’ne göre sağlık iletişimi alanının iki önemli dalı bulunmaktadır. Bunlardan biri “sağlık hizmeti sunumu” diğeri “sağlık pazarlaması”dır. Sağlık hizmeti sunumu araştırmacıları iletişimin sağlık hizmet sunumunu nasıl etkilediğini incelerken sağlık pazarlamacıları iletişim mesajlarının ve medyanın ikna edici kullanımını çalışmaktadırlar.

Yine Kreps ve arkadaşları (2003) sağlık iletişimi alanının ortaya çıkışının sosyal bilimsel etkilerini kısaca şöyle açıklamaktadırlar: Onlara göre alanın ortaya çıkışının birden çok başlangıç noktası mevcuttur. Bunlardan bir tanesi iletişimin, sosyoloji ve psikoloji gibi aktif olarak sağlık hizmet sistemlerini çalışan disiplinlere öykünmesidir. Psikoloji alanı sağlık iletişiminin geliştirilmesinde çok etkili olan geniş bir literatür gövdesi oluşturmuştur. Carl Rogers (1951, 1957, 1961, 1962, 1967), Jurgen Ruesch (1957, 1959, 1961, 1963), ve Gregory Bateson (Ruesch ve Bateson, 1951, ; Kreps, 2003) örneklerinde olduğu gibi 1950 ve 60’ların hümanist psikoloji hareketi psikolojik sağlığın geliştirilmesinde terapötik iletişimin önemini vurgulamış ve sağlık iletişimine sağlık bakım sunum perspektifinin geliştirilmesinde etkili olmuştur. Psikolojinin bu heyecan verici literatürü pek çok iletişim araştırmacısını etkisi altına almıştır. Öyle ki “ İletişim Dergisi” (Journal of Communication) 1963 yılında bir sayısının tamamını “Zihin Sağlığı ve İletişim” (Communication and Mental Health) konusuna ayırmıştır. İkna ve sosyal etkiyle ilgili psikolojik çalışmalar da (Bandura, 1969; 1971; Festinger, 1957; Fishbein & Ajzen, 1975; Hoviland, Janis, & Kelley, 1953; Katz & Lazarsfeld, 1955; Rokeach, 1973) sağlık iletişimi alanına katkı sağlamıştır. Sosyal bilimsel teorilerin birleşimine dayalı dikkate değer ilk sağlık iletişim kampanya örneklerinden birisi “Stanford Kalp Hastalıklarından Korunma

Programı”dır (Stanford Heart Disease Prevention Programme). 1970’lerin başlarında başlatılan bu çalışma iletişim kampanyalarının kamu sağlığı üzerinde güçlü etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Kreps vd., 2003: 4).

Psikoloji gibi tıbbi sosyoloji de Kreps ve arkadaşlarına göre sağlık iletişimi alanının gelişimine etki etmiştir. Örneğin Zola (1966) hastaların sağlık problemlerini sunma şekillerine kültürün etkisini incelediği ünlü çalışmasında her hastanın geçmişini anlamayı ve duruma uygun olarak iletişim stratejisi geliştirmek gerektiğini göstermiştir (Kreps vd, 2003: 4).

Sağlık iletişimin tarihçesinden bahsetmek için Türkiye’de henüz çok eskiye dayanmayan bir tarihe sahip olması nedeniyle önce dünyadaki gelişimine bakmak gerekmektedir.

Sağlık iletişimi, modern tıbbın ortaya çıkışından önce, gayri resmi nitelikteydi. Halk hekimliğinin uygulayıcıları –yani neredeyse herkes- hastalıkların ve yaralanmaların tedavisi için doğal materyallerin kullanımını kapsayan maddeleri, teknikleri ve bilgiyi iletmekteydiler. Yirminci yüzyılın başlarında dahi birkaç kişi doktorları kullanabilmekteydi. Hiç kimsenin çoğu hastalığın tedavisinde gerekli becerilere sahip olmadığı göz önüne alındığında, tıbbi tarihçiler etkili iletişim becerilerine sahip kişilerin bir tedaviyi etkileme şansının en yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bugün ise zihin ve beden birbirine bağlı olduğunu ve kişinin sosyal bağlamının sağlığı için önemli etkilere sahip olduğunu bilmekteyiz (Thomas, 2006: 40-41).

Sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Thomas, 2006: 41-43).

Yeni Tıbbi Model

Sağlık iletişiminin gerilemesine neden olan durum, tıbbi modelin hüküm sürmesiydi. Sağlık alanı bilimsel hale geldikçe sağlık sorunları bireyden vücut sistemine, organa ve hücre yapısına indirgenmişti. Hasta geri planda bırakılmıştı. Bu bakış açısının iletişime etkisi olumsuz olmuştu. Durum 1960 ve 70’lere gelindiğinde de değişmedi ve ABD’de tıbbın “altın çağ” yaşanmaya başlanmıştı. Sağlık iletişimi daha da geri plana itildi. Hekimler, hastanın bütünlüğünü

anlamaya çalışmaktan ziyade kişisel duyguların tıbbi ilerlemeye dahil olmaması için uzak durmayı tercih etmişlerdi

Hastalarla iletişime geçmemek gibi bir seçenek olmadığı için hasta-hekim diyalogları mesleki jargon (tıbbi terimler) ile dolmuştu. Yeni bulunan her bilimsel bilgi hekimlere kendi yeteneklerini gösterme ve eğitimsiz hastalarına ayırım yapma fırsatı sunmakta. Hekimler hastalarına tıbbi terminolojiyi açıklamaya gönülsüz hale gelmişlerdi. Dahası, ilişkinin asimetrik doğası, hastalar doktorların beyanlarını sorgulamaya başlamasınlar diye hastaların soru sorma cesaretini kırmaktaydı. Bu gelişmeler, doktor-hasta etkileşiminin kalitesinin düşmesine katkıda bulunmuştu.

Tüketimin Yükselmesi

1970'lerin sonuna gelindiğinde, tüketimin her alanda yükselmesinin etkisi doktor-hasta ilişkilerine de yansımıştı. Tüketici hareketi, özellikle hastaların ve sağlık tüketicilerinin genel olarak sağlık ve hastalık doğasını görmezden geldiklerini ve sağlık durumlarına anlamlı şekilde katkıda bulunamadıklarını bulmuştu. Gözlemciler, hekimlerin iletişim engellemesine, bilginin aktarılmasını engellemeye ve hastanın zihnindeki durumu gizlemeye yönelik kasıtlı çabaları ortaya koymuştu.

Bu hareket kısmen sağlık sisteminin doğası ve etkinliği hakkındaki bilginin büyümesini yansıttı ve sağlık sistemi ve operasyonunun eleştirilmesine katkıda bulundu.

Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılık

Bu gelişmeler, toplumun birçok yönden artan endişeleri bağlamında gerçekleşmiştir. ABD toplumu içindeki bazı grupların iş, eğitim, konut ve toplumun diğer yararı açısından ayrımcılığa uğradığı kabul ediliyor olsa da, sağlık sistemi de toplumdaki birçok grup açısından ayrımcı hale geldi. Hekimler, az ya da çok "dili konuşabilen" iyi eğitim görmüş, zengin insanlarla iyi ilişkiliyken, azınlık topluluklarına ya da farklı sosyo-ekonomik geçmişlerden gelen insanlara pek ilgi göstermedi. Hekimlerin iletişim yöntemlerinde bulunan farklılıklar, sağlık durumuna, sağlık davranışına ve alınan tedavi biçimine ilişkin olarak toplumdaki çeşitli gruplar arasındaki farklılıklara katkıda bulunmuştur.

Önleyici Tedaviye İlginin Artması

20. yüzyılın son çeyreği boyunca ortaya çıkan diğer bir eğilim, korunmanın potansiyel olarak sağlık durumunun iyileştirilmesinde tedaviden daha önemli bir rol oynayabileceğinin farkına varılması olmuştur. Bu, insanın hastalanan organının iyileştirilmesi gibi standart yaklaşımların önleyici tedbirler kadar etkili olmadığının anlaşılmasını sağlamıştır.

Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Kabul Edilmesi

Resmi sağlık iletişiminin ortaya çıkmasına büyük katkıda bulunan nedenlerden biri sağlık sistemine pazarlamanın dahil edilmesidir. Sağlık iletişimi, bir fikri, organizasyonu veya ürünü pazarlamak için tasarlanmamış birçok sağlık iletişim yönü olmasına rağmen, pazarlamanın bir alt kategorisi olarak düşünülebilir. Sağlık iletişimi sağlık hizmetlerinde pazarlamanın ortaya çıkışından açıkça faydalanmıştır. Bu gelişme, iletişim sürecinin daha iyi anlaşılması ve diğer avantajların yanı sıra daha etkili iletişim tekniklerine erişim çabalarını hızlandırmıştır.

Sağlık iletişimin gelişimini anlamak için medyadaki yansımalarına da bakmakta fayda vardır. Haber kuruluşları sağlık iletişimindeki büyümeyi ve çeşitliliği yansıtmaktadır. Sağlık Gazetecileri Cemiyeti'ne göre, Birleşik Devletler'deki sağlık muhabirlerinin sayısı 1000'den fazladır (Sağlık Bakanlığı Gazeteciler Cemiyeti, 2011). Türkiye'deki Sağlık Muhabirleri Derneği'ne üye muhabir sayısı ise 41'dir (<http://smd.org.tr/Belediyemiz/Uyelerimiz.html>).

Sağlık hizmetlerinde iletişimin nasıl geliştiğini, bazı hikayelerin medyada nasıl yer kapladığına bakarak anlayabiliriz. 1982'de Dr. William DeVries, dünyanın ilk yapay kalbini yerleştirdi. Alınan kişi, Barney Clark adlı emekli bir diş hekimiydi. 112 gün boyunca dünya, ölümüne kadar Bay Clark'ın gelişimini izledi. Bu dönemde, Dr. DeVries'in yaptığı basın toplantıları bir sonraki alıcının yaşadığı 620 gün ile devam etti. Uluslararası manşetlere ve tekrarlanan yayınlara rağmen, 1983 yılına kadar Amerikalıların yalnızca% 7'si kalple ilgili haberleri duymuştu. 2009 yılında ise gerçekleştirilen bir ikiz ayırma ameliyatı ile ilgili 148.000 sonuç ve ikizlerle 14.000 yeni öykü bulmak mümkün hale gelmişti (Hicks, 2016:4). Bu medyada yer alma biçiminin nasıl değiştiğini de ortaya koymaktadır.

Sağlık iletişimi uygulamalarının 6 önemli fonksiyonu vardır (Thomas vd, 1998: 1265):

Aktarılan bilgi: Genel veya bireyselleştirilmiş sağlık bilgileri sağlayabilirler.

Bilgilendirilmiş karar almaya olanak verme: Karar / destek uygulamaları, hastaların bir sağlık durumunun önlenmesi, teşhisi veya yönetimi konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlayarak sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişimi teşvik edebilir. Bazı uygulamalar, bir sağlık mesleği mensubu seçimi veya sağlık yönetimi planı gibi sağlık kararlarında olan kişilere yardımcı olur. Daha karmaşık uygulamalar ise bireylerin düşüncelerine ve arzulanan sağlık sonuçlarına uygun seçenekleri seçmelerine yardımcı olur.

Sağlık davranışlarını teşvik etme: Bazı uygulamalar, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda topluluk düzeyinde sağlıklı davranışları desteklemekte ve sürdürmektedir. Bu tür uygulamalar, tipik olarak davranışsal değişim teorilerine dayanan risk değerlendirmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modüllerini içerir.,

Eş bilgi değişimini ve duygusal desteği teşvik etme: Artan sayıda uygulama, kişilerin belirli sağlık koşullarını, ihtiyaçlarını veya benzer endişeleri olan diğer kişilerle perspektiflerini tartışmalarını sağlar. Çok çeşitli sağlık koşullarında mevcut olan "sanal destek toplulukları" vasıtasıyla, katılımcılar bilgi paylaşabilir ve genellikle sağlık profesyonellerinden elde edilemeyen akran ve duygusal destek sağlayabilir. Bu fenomen, kişilerin sosyalleşmeye yönelik eğilimlerini yansıtabilir ve İnternetin sağlıkla ilgili en yaygın kullanımlarından biridir.

Öz bakımı teşvik etme: Bazı uygulamalar, kullanıcıların sağlık sorunlarını bir sağlık uzmanının doğrudan müdahalesi olmadan yönetmesine ve mevcut hizmetleri tamamlamaya yardımcı olur. Bu kaynakları kullanan bazı tüketiciler bir sağlık uzmanına sınırlı erişime sahip olabilir, alternatif tıbbi ilgi duyabilir veya sağlık uzmanlarından temin edilemeyecek terapiler hakkında bilgi isteyebilir.

Sağlık hizmeti taleplerini yönetme: Sağlık iletişiminin sigortacılar, sağlık planları ve işverenleri tarafından giderek daha fazla kullanılmakta olan bu işlevi,

bilgisayar destekli telefon görüşmesi sistemleri, etkileşimli sesli yanıt sistemleri ve / veya sağlık bakımı danışmanlarıyla yapılan elektronik danışma yoluyla belirli sağlık soruları için cevaplar sağlamaktadır.

1.3. Sağlık İletişim Düzeyleri

1.3.1. Yüz Yüze İletişim

Sağlık iletişiminde yüz yüze iletişimin önemi ve etkisi diğer iletişim türlerinden önce gelmektedir. Nedeni ise yüz yüze iletişimin, iletişim araçlarının olası yaratabileceği iletişim kazalarına yer bırakmamasıdır. Aşağıda kişilerarası iletişimden ve sağlık iletişiminin yüz yüze iletişim modeli olan hasta-hekim iletişiminden bahsedilecektir. Kişilerarası iletişimin telefon ve ya mektup ile aracılı da olabileceği bilinen bir gerçektir. Ancak yüz yüze iletişimin temeli olarak kişilerarası iletişim kabul edildiği için burada bu şekilde ele alınmıştır.

1.3.1.1. Kişilerarası İletişim

Kişilerarası iletişim, arada herhangi bir iletişim aracının olmadığı, taraflarca ortak yer, zaman ve bağlam paylaşımına dayanan bir süreçtir. Kişilerarası iletişim sürecinde yer alan bazı kavramlar şöyledir: iki katılımcının dahil olduğu yüz yüze görüşme, roller, iki yönlülük, anlam, niyet, süreç ve zamandır (Hartley, 2002: 5-13).

Kişilerarası iletişimin temel öğeleri aşağıdaki gibidir (Griffin vd., 2010: 7):

Tablo 1: Kişilerarası İletişimin Temel Öğeleri

İnsan	İletişim mesajının göndericisi ve alıcısı
Mesaj	İletişimin içeriği
Kanal	Mesajın gönderildiği ortam
Gürültü	Mesaj gönderme veya alma becerisine müdahale
Geri dönüt	Mesaj karşılığında alınan bilgiler
Bağlam	İletişimin gerçekleştiği çevresel, durumsal veya kültürel ortam
Etki	İletişimin sonucu

(Griffin, Emory A., vd, 2009: 230)

Yüz yüze gerçekleştirilen kişilerarası iletişimde bir araç olmasa da bir kanal her zaman söz konusudur. Yüz yüze iletişimde mesajları beş kanal üzerinden göndeririz. Bunlar, görünüm, ses, dokunma, koku ve durumdur (Griffin vd., 2010: 7).

Kişilerarası iletişimin sözlü ve sözsüz olan türleri mevcuttur.

a. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim seslerin sözcüklere dönüşmesiyle gerçekleşen ve çoğu zaman sözel iletişimle aynı anlamı taşıyan kavramdır. Sözün kullanımıyla gerçekleşen, söz aracılı iletişimidir. Sözlü iletişim etnolojik niteliğe sahiptir. Binyıllar boyu aynı coğrafyada yaşamış, aynı kabileden, aynı etnik kesimden insanlar aynı dili konuşmuş ve bunun sayesinde anlaşmışlardır.

Sözlü iletişimin konuşarak ve yazarak gerçekleşen iki boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar resmi ve gayri resmi iletişimde de kullanılabilir. Konuşarak gerçekleşen iletişimin iki önemi boyutu vardır. Bunlar konuşmak ve dinlemektir (Okay, 2014: 53).

b. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişim, sözlü iletişimi destekleyen ve anlamı kuvvetlendiren unsurlar olarak kabul edilir. Kendimizi ifade ederken el, kol ya da yüz ifadelerimle verdiğimiz destek alıcıda her zaman daha fazla ilgi uyandıracaktır. Bunlara sözsüz iletişim türleri denmektedir.

Sözsüz iletişim türleri şöyledir:

Duruş ve Hareket: Postür (duruş) sözsüz bilgiyi aktarmada kullanılan zengin bir araçtır. Postür aracılığıyla iletilen mesajlar zaman zaman açıktır. Bir kişinin kapıyı sürüklediğini görürseniz veya bir sandalyede otururken üzerine çöktüğünü görürseniz, önemli bir şeyin olduğu açıktır. Fakat postürel ipuçlarının çoğu daha belirsizdir. Duruş, sosyal ya da iş ortamlarından çok daha ciddi durumlarda savunmasızlığı iletebilir. Bir çalışma, tecavüzcüler tarafından bazen durgun durması kolay olacağına inanılan kurbanlarını seçmek için duruş ipuçlarını kullandığını ortaya çıkarmıştır (Myers,1984; Adler ve Rodman: 168). Beden

duruşu ile kendine güvenen bireyler ile özgüveni düşük bireyleri de ayırt etmek mümkün olabilmektedir.

Hareket ise iletişimin temel ögesidir öyle ki doğuştan görme engeli olan bireyler çokça kullanır. Masaj, sürtünme, tutma, koşturma, çekme gibi davranışlardan oluşur (Adler ve Rodman: 168). Ekman & Friesen, (1969) ise beş adet kinetikten bahseder. Bunlar simgeler, resimleyenler, etki göstergeleri, düzenleyiciler ve uyarlayıcılar (DeVito, 2007: 143).

Tablo 2: Sözsüz İletişimde Kinetikler

Hareket ve fonksiyonu	Örnek
Simgeler , doğrudan kelime ya da kalıpları tercüme eder	“Tamam” işareti, “buraya gel” hareketi, otostopçuların el hareketleri
Resimleyenler , kelimenin gerçek anlamıyla kelimeleri resimler.	Bir daire hakkında konuşurken dairesel el hareketleri, büyük bir şey hakkında konuşurken ellerin birbirinden uzaklaşması.
Etki göstergeleri , duygusal anlamda iletişimidir.	Mutluluk ifadeleri, sürpriz, korku, öfke, üzüntü, tiksinti
Düzenleyiciler , takip etmek, sürdürmek veya başkasının konuşmasını kontrol etme işine yarar.	"Devam et", "Yavaşla" veya "Başka ne oldu" ifadesini içeren yüz ifadeleri ve el hareketleri.
Uyarlayıcılar , bazı ihtiyaçları karşılar.	Kaş çatma, kalem çiğneme, gözlük takma

(DeVito, 2007: 143)

Yüz ve Gözler: Yüz ve göz muhtemelen vücudun en farkedilen yerleri ve etkiler oldukça büyük. Gözlerin kendileri birkaç çeşit mesaj gönderebilirler. Ana akım Avrupa - Amerikan kültürünün birinin bakışlarını gözlerinizle buluşturması, genellikle katılımın bir işaretidir; gözleri kaçırmak iletişimden kaçma isteğinin göstergesidir. Bu yüzden, caddelerde avukatlar, satıcılar ve dilenciler gözümüze bakmaya çalışmaktadır. Bir bakışta temas kurmayı başardıktan sonra, yaklaşan kişinin çekilmesi daha zor hale gelir (Adler ve Rodman, 1991: 168-170): .

Araştırmalar (Edman vd., 1972), insanların duygularının yüz ifadelerini değerlendirmede oldukça doğru olduğunu gösteriyor. Hâkimler, "hedefi" bildiklerinde veya ifadenin meydana geldiği bağlam hakkında ya da hedefin ifadelerinin birkaç örneğini gördüklerinde doğru tahmin oranı artar (Edman vd., 1972).

Ses: Hız, hacim, duraklamaların sayısı ve süresi ve (örneğin kekemelik, "ah", "imm", "eee" vb. gibi) boşluklar vasıtasıyla sesli iletişim kurmanın yolları vardır. Bütün bu faktörler, kelimelerimizin aktardığı mesajı güçlendirmek veya çelişmek için büyük bir çaba gösterebilir (Adler ve Rodman, 1991:170).

İğneleme (alay), ses vurgusunun ve tonunun, bir ifadenin anlamını sözel mesajın aksine değiştirmesine yardımcı olan bir örnektir. “Güneş doğmadan önce uyanmaktan daha çok sevdiğim bir şey yoktur” cümlesi anlamı normal ses tonu ile okunduğunda farklı iğneleyici ses tonu ile okunduğunda farklı bir anlama gelmektedir (Adler ve Rodman, 1991:170).

İçerik içermeyen konuşmayı duyan kişiler, ifade edilen duyguyu sürekli olarak tanımakta ve gücünü belirlemektedir. Anlamadığınız bir yabancı dili duymak buna örnek gösterilebilir (Adler ve Rodman, 1991). Bilmediğimiz dilde bir konuşma duyduğumuzda kişinin ses tonundan kızgın, üzgün ya da mutlu olduğunu anlayabiliriz.

Dokunuş: Gelişimsel olarak, dokunma muhtemelen kullanılan birinci duyudur; Rahimde bile, çocuk dokunuşla uyarılır. Doğumdan hemen sonra çocuk sevilir, okşanır. Çocuk dünyayı dokunarak keşfeder (DeVito, 2007: 151).

Dokunuşun bazı anlamları vardır. Bunlar pozitif duygu iletme, şaka yapma, kontrol etme, ritüeli yerine getirme, görev gereği dokunma (Jones, 2005; DeVito, 2007: 151-152)

Dokunmanın kültürden kültüre değişen anlamları vardır. Örneğin, bazı kültürlerde, bazı görevle ilişkili temas negatif olarak görülür ve bunlardan kaçınılır. Koreliler değişim yapan müşteriye dokunmayı saygısızlık olarak değerlendirir ve bu çok samimi bir jest olarak kabul edilir (Jones, 2005; DeVito, 2007: 151-152). Türk toplumunda ise dokunarak iletişime geçmek yaygın ve kabul edilebilir bir durumdur. Cinsiyete göre anlamı değişse de pek çok Avrupa ülkesine oranla daha fazla dokunarak iletişime geçen bir toplum olduğumuz söylenebilir.

Giyim: Giyim, ekonomik durum, eğitim düzeyi, sosyal statü, ahlak standartları, spor yeteneği ve / veya ilgileri, inanç sistemini (siyasi, felsefi, dini) ve gelişmişliği ifade etmek için kullanılabilir (Adler ve Rodman, 1991:194).

Örneğin; Üniforma giyen bir kimse, eğitim, ekonomik ve statü durumları hakkında bilgi vermiş olur. Orta doğu toplumlarında biat kültürü hakim olması nedeniyle üniformaya saygı gösterme oldukça yaygın bir davranıştır.

Calero (2013) giyimde renklerin de anlamının büyük olduğunu söylemektedir. Erken dönem kültürleri parlak renklerden hoşlanırken, kabile üyeleri arasında, güçlü pozisyonlara sahip olanlar ile daha az rütbeli ve pozisyonlu olanlar arasında giyilen kıyafetler konusunda hiçbir ayırım gözetmezdi. Avrupalılarda renk farklılığı bulunmaktadır. Ortaçağ Katolik Kilisesi'nin iki ana dini emri renkle belirlenmiş ve tanımlanmıştır. Benedikt keşişleri siyah giymişler, Sisteryahılar ise boyanmış yüнден yapılmış beyaz giymişlerdi (146-147). Günümüzde İngiltere'sinde ise takım elbisede kahverengi renk seçiminin genelde esnaflar tarafından yapılması, bir sempozyumda giymeniz durumunda esnaf zannedilmenize yol açabilir (Calero, 2013: 146-147).

Yasın egemen rengi siyah olarak bilinmekte ve dünya genelinde cenaze törenlerinde hayatını kaybeden kişiye saygı göstermek amacıyla bu renk tercih edilmektedir. Ancak ülkemizde TV'de yer alan şehit cenazelerinde ya da yakın bir kimsenin cenazesinde rahatça gözlemleyebileceğimiz üzere herhangi bir renk kodu bulunmamaktadır. Yakınını kaybeden kimsenin ne renk giyeceğini düşünülmesi yanlış bile değerlendirilebilir.

Mesafe: Mesafe de tıpkı diğer sözsüz iletişim unsurları gibi kültürden kültüre değişkenlik göstermektedir. Edward T. Hall, Kuzey Amerika kültürü için 4 adet mesafe türü belirlemiştir. Bunlar (Adler ve Rodman, 1991; 176):

-Yakın Mesafe: Bu mesafe türü cilt teması ile başlar ve maksimum 45cm'lik bir mesafeyi içerir. Duygusal yakınlık kurduğumuz kişiler dahildir. Bunun dışında doktor, diş hekimi, kuaför gibi daha az yakın olduğumuz kişiler de bu aralığa girer. Birinin bu mesafeye girmesine izin vermek bir güven göstergesidir.

-Kişisel mesafe: 45cm'den başlar. İlişki içindeki ikili kimselerin kamusal alanda durdukları mesafedir. Bir kimse bu alana davetsiz girerse kendimizi rahatsız hissederiz.

-Sosyal mesafe: 4 adımdan 12 adıma kadar olan mesafedir. Bu mesafedeki iletişim türü genelde iş durumlarında gerçekleşir. 4-7 arası ilişkiler genelde satış yapan kişiler arasında gerçekleşir. 7-12 adım arası ise daha resmi işler için geçerlidir.

-Kamusal alan: 12 adımdan ötedeki, mesafeler arasındaki en uzak aralıktır. Öğretmenlerin sınıfta kullandığı mesafe kamusal alandaki en yakın mesafedir.

1.3.1.2. Hasta- Hekim İletişim Modelleri

Hasta-hekim iletişimi, içinde pek çok değişkeni barındıran ve kişilerarası iletişime dahil olan bir iletişim türüdür. Çoğu kez aracısız, yüz yüze gerçekleşir. Pek çok hekim hastası ile iletişime geçerken onun demografik özelliklerini dikkate almaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, etnik kökeni ve geliri gibi özellikler karşılıklı olarak bu iletişim sürecini etkilemektedir. İletişim sürecini etkileyen daha önemli bir faktör ise hekimin iletişim becerisidir.

Hekimlerin iletişim becerilerini araştıran pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan bir tanesi hekimlerin kişilerarası iletişim becerilerinin ve hatırlamanın hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmıştır. Baltimore'daki bir eğitim hastanesinde 63 hastanın ayaktan ziyaretleri incelenmiştir. Kişilerarası iletişimin niteliğinin, eğitim ve öğretimin niteliğinden hasta çıktıları üzerinde çok daha etkili olduğu görülmüştür. Hekimlerin iletişim yeteneklerinin hasta uyumu üzerindeki tüm etkisi hasta memnuniyeti ve hatırlaması aracılığıyla olmuştur. Bu bulgular, doktorun hasta uyumunu iyileştirmeye çalışırken bu iki değişkene özel olarak dikkat edebileceğini ve hasta memnuniyetini artırmanın, kronik hastalığı olan hastaların bakımında önemli olduğunu göstermektedir (Ben-Nun, 2015: 16).

Hasta - hekim iletişimi tüm sağlık hizmetlerinin, özellikle birinci basamak tıbbi bakımın ana bileşenidir. Bir çalışma hekimin hangi sözlü ve sözsüz davranışlarının, olumlu hasta sonuçlarıyla ilgili ampirik çalışmalarda bağlantılı olduğunu belirlemek için mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı araştırma çalışmalarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Birinci basamak hekimleri ile hastalar arasındaki ofis etkileşimlerinin incelenmesi için 1975-2000 yılları arasındaki literatür gözden geçirilmiştir. Sözlü iletişim davranışları, empati, güven ve destek, çeşitli hasta merkezli sorgulama teknikleri, karşılaşma uzunluğu, öykü dinleme, açıklamalar, hem baskın hem de pasif doktor stilleri, pozitif takviye,

mizah, psikososyal konuşma, sağlık eğitimi ve bilgi paylaşımında geçen süre, samimi olma, nezaket, hasta yönlendirme, inceleme, özetleme ve açıklama gibi pozitif sağlık çıktıları ile ilişkilidir. Sözsüz iletişim davranışları ise başın dönmesi, ileri doğru eğilmek, bacak bacak üstüne atmak ve kolları bağlamak, kol simetrisi ve dik bakışmanın daha az olması gibi pozitif davranışları içermektedir (Ben-Nun, 2015:17-18).

Emanuel, Emanuel ve Ezekiel'e göre ise hasta hekim iletişiminde karar alma düzeylerinde hem hekimin hem de hastanın katılımının olacağı şekilde yeniden düzenlemeye gidilmeli (Ezekiel vd. 1992). Onlara göre 5 tür hasta-hekim ilişkisi modeli vardır. Bunlar; Paternalistik model, Bilgilendirici model, Açıklayıcı model, Görüşmeye Dayalı model ve Paylaşılan Karar Verme modelidir.

Paternalistik Model: Bu modelde hasta- hekim iletişimi hastanın sağlığı ve iyiliğini geliştirmeyi sağlayan uyarıyı aldığı bir etkileşimdir. Bu amaçla, hekim yeteneklerini hastanın tıbbi durumunu ve hastalık sürecindeki aşamasını tespit etmek, hastanın sağlığını yerine getirmek ve acısını dindirmek için kullanır. Paternalistik model en iyinin ne olduğunun belirlenmesi için objektif kriterler olduğunu varsayar. Böylece hekim hastanın sınırlı katılımıyla hasta için en iyiyi belirler. Görüşme sonunda, hastanın kendisiyle ilgili alınan kararda hemfikir olmasa bile hekime minnettar olması beklenir (Ezekiel vd., 1992: 1).

Ezekiel vd.'ne göre (1992) bu modelde hekim hastanın koruması gibi hareket eder. Hastanın er ya da geç hekimin kendisi için belirlediği en iyiye rıza göstermesi bu modelin anlayışıdır.

Bilgilendirici Model: Bu modelde hekimin amacı hastayı ilgilendiren tüm bilgiyi hastanın tedavi yöntemlerinden birini seçmesi için ona sunmaktır. Bu amaçla hekim, hastalığın durumu, mevcut doğası ve iyileştirici müdahaleler, olası riskler, tedavinin faydaları hakkında hastayı bilgilendirir. Diğer taraftan hasta kendi hastalığıyla ilgili tüm tıbbi bilgiyi ve tedavi yöntemlerini biliyor olabilir ve kendi değerleri için en uygun olanını seçebilir (Ezekiel vd., 1992: 1).

Bu model gerçekler ve değerler arasında net bir ayrım yapmaktadır. Hastanın değerleri net biçimde tanımlanır ve bilinir, hasta ise gerçekleri bilme yokluğu içindedir. Hekimin görevi hastaya tüm gerçekleri ve değerleri sunmak ve

daha sonra önerilecek tedaviyi belirlemektir. Hekim, hastaya kontrolü elinde tutabilmesi için teknik uzmanlık sunan bir sağlayıcı konumundadır. Uzmanlık alanıyla ilgili gerçek bilgi ve yetkinlik sağlamak ve kendi bilgi ve yetenekleri yetersiz kaldığı zaman başkalarına danışmak önemli görevleri arasındadır. Tıbbi karar verici kontrolü elinde tutan hastadır (Ezekiel vd., 1992: 1).

Bilgilendirici model, tedavi yöntemi seçimini tamamen hastaya bırakması nedeniyle sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik seviyesi farklılık gösteren toplumlarda aynı sonuçları vermeyecektir. Gelir seviyesi düşük bireyler bir tedavi yöntemini yalnızca daha ekonomik olduğu için tercih edip sağlıkları için yanlış kararlar alabileceklerdir.

Açıklayıcı Model: Bu modelde hasta-hekim etkileşiminin amacı, hastanın değerlerini, gerçekten ne istediğini açıklığa kavuşturmak ve hastaya bu değerleri dikkate alan tedavi seçeneklerinden birini seçmesi için yardımcı olmak. Bilgilendirici modelde olduğu gibi hekim hastalığın doğası, riskleri ve tedavinin faydaları konusunda bilgilendirir (Ezekiel vd., 1992: 2).

Yazarlara göre bu modelin Bilgilendirici modelden farkı hekimin, hastanın değerlerini aydınlatmada ve ifade etmede ve hangi tıbbi müdahalelerin belirtilen değerleri en iyi şekilde yerine getirdiğini belirlemesinde hastaya yardımcı olması ve böylece hasta için hastanın değerlerini yorumlamaya yardımcı olmasıdır.

Bu modelde hekim hastaya tedavi yöntemini dikte etmez, hastanın değerlerini yargılamaz, bunları tedavi için kullanır. Bilgisini aktarır, değerleri göz önünde bulundurur ve tedavi yöntemini önerir. Hekimin bu çabaları hastanın kendini tanımasını da amaçlar (Ezekiel vd., 1992: 2).

Görüşmeye Dayalı Model: Hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın klinik durumda gerçekleştirebilecek sağlıkla ilgili en iyi değerleri belirlemesine ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu amaca ulaşmak için hekim, hastanın klinik durumu hakkında bilgi vermeli ve mevcut seçeneklerde somutlaşan değer türlerini aydınlatmaya yardımcı olmalıdır. Hekimin hedefi, bazı sağlıkla ilgili değerlerin neden daha değerli olduğunu ve neden isteneceklerini önermektir. Hekim ve hasta, hastanın hangi tür sağlığa ilişkin değerleri değerlendirebileceğini ve nihai olarak takip etmesi gerektiği konusunda müzakerelere başlarlar (Ezekiel vd., 1992: 3)..

Hekim, bir öğretmen ya da arkadaş gibi davranır; hastayı, hangi eylemin en iyi olacağı konusunda diyaloga sokar. Hekim sadece hastanın neler yapabileceğini göstermez; hasta için neyin en iyi olduğunu bilme ve isteme, hastanın ne yapması gerektiği gibi konuları da kapsar (Ezekiel vd., 1992: 2).

Hastanın özerkliği anlayışı, ahlaki gelişimdir. Hasta, yalnızca incelenmemiş tercihleri takip etmeyi değil, diyalog yoluyla, alternatif sağlıklı değerleri, değerliliklerini ve tedavi etkilerini de göz önüne almaya yetkilidir.

Paylaşılan Karar Verme Modeli: Hekimlerin ve hastaların hem aktif hem de önemli katkıda bulunduğu modeldir. Doktorlar, mevcut tedavi seçeneklerini de içeren hasta eğitimi, bilgisi ve uzmanlığı ile hastanın durumunun tanı ve tedavisine açıklık getirirler. Hastalar, çeşitli tedavi seçeneklerinin riskleri ve faydalarının değerlendirilebileceği kendi öznel hedefleri ve değerleri hakkında bilgi verirler. Bu yaklaşımla, belirli bir hasta için en iyi tedavinin seçilmesi her iki tarafın da katkıda bulunmasını gerektirir (Brock and Wartman ; Emmanuel& Emmanuel, 1992).

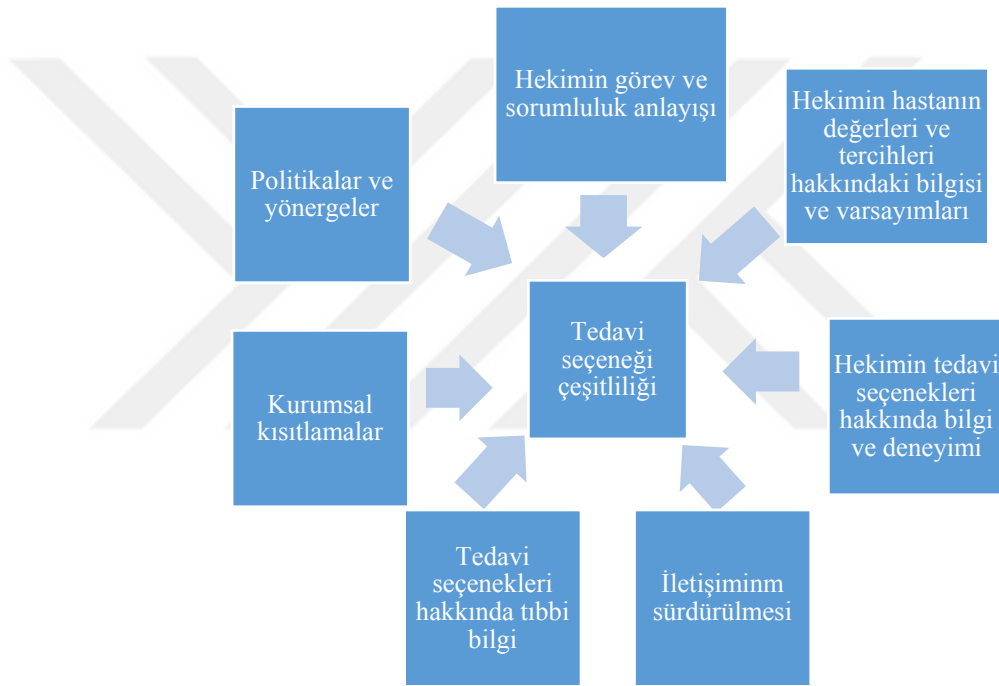
Paylaşılan karar verme modelinin tanımlamasının yetersiz kalması üzerine Charles vd. (1997) kapsamlı bir açıklama gerçekleştirmişlerdir. Paylaşılan karar vermenin kilit özellikleri şöyledir: Bu model, en az iki katılımcının - hekim ile hastanın dahil olduğu; her iki tarafın da bilgi paylaştığı; her iki tarafın da tercih edilen davranış konusunda fikir birliği oluşturmak için adımlar attığı; Ve uygulanacak tedavi konusunda bir anlaşmaya varıldığı modeldir. Paylaşılan karar vermeyi ölçmek için bazı zorlukların yanı sıra, hem hekimler hem de hastalar için paylaşılan bir karar verme modelinin potansiyel faydaları tartışılmaktadır (Brock and Wartman; Emmanuel& Emmanuel, 1992).

Yukarıdaki modellerin bazı sınırlamaları olduğu düşünülmektedir. Örneğin bilgilendirici model, açıklayıcı model ve paylaşılan karar verme modellerinin ortak iki sınırlamasından bahsedilmektedir. Bunlardan ilki; hastanın hangi kararların alımına dahil edildiğinin ihmal edilmesidir. Buna çerçeveleme problemi denmektedir. Diğeri ise hastanın karar verme sürecine nasıl dahil edileceğidir. Buna da muhakemenin doğası problemi adı verilmektedir. Tüm modeller, nihai tedavi seçimine katılma fırsatı üzerinde odaklanır ve dikkate alınan tedavi

alternatiflerinin sayısının, uygulanan özerklik derecesini önemli ölçüde etkilediğini gözden geçirir (Wirtz, 2006: 119).

Tedavi alternatiflerinin seçeneklerini artıran nedenler ise aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Hekimin görev ve sorumluluk anlayışı, hastanın değerleri ve tercihleri hakkındaki bilgisi, tedavi seçenekleri hakkındaki bilgi ve deneyimi, iletişimin sürdürülmesi, tedavi seçenekleri hakkındaki tıbbi bilgi, kurumsal kısıtlamalar ve politikalar-yönergeler de tedavi alternatiflerini belirlemede etkilidir (Wirtz, 2006: 120).

Şekil 1: Sunulan Tedavi Seçeneklerini Etkileyen Faktörler



Bu modellerin bir diğer önemli kısıtı, doktor ve hastanın değerler, tercihler ve inançlar üzerine bir tartışma içeren bir müzakereye nasıl başlaması gerektiğine ilişkin ayrıntılı bir açıklamanın bulunmamasıdır. Diyalog ve müzakere sürecinin tamamı ihmal edildiğinde, uygulamada bir tedaviyi seçmenin büyük ölçüde teknik bir göreve indirgenmesi tehlikesi vardır. (Wirtz, 2006:121).

Hekim – hasta iletişiminin belirleyicileri zamanla değişmiştir ve bundan sonra da değişecektir. Hastanın beklentilerinin yükselmesi, demografik özelliklerinin değişken olması, hekimin hasta beklentilerini karşılamaya yönelik duyduğu istek bu süreci dinamik kılmaktadır. Bu nedenle en doğru modelin

içlerinden bir tanesi olduğunu söylemek mümkün değildir. Hasta ihtiyacına en çok cevap veren model elverişli modeldir denilebilir.

1.3.2. Aracılı İletişim

1.3.2.1. Kitle İletişim

Sağlık iletişim kampanyaları, hedeflenen kitle üzerinde sağlık davranış değişikliği yaratmak, var olan riskli sağlık davranışlarını ortadan kaldırmak ya da yeni bir sağlık davranışı ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Hedef kitlesinde olan herkese ulaşmak için en etkili araçlardan biri olan kitle iletişim araçları sıklıkla tercih edilmektedir. Ancak kitle iletişim araçlarının davranış değişikliklerini gerçekte yaratıp yaratmadığı ve hedef kitle üzerinde istenen etkiyi oluşturup oluşturmadığı tartışılabilen konular arasındadır.

Teoriler ve araştırmalar kitle iletişim araçlarının sağlık bilgisinin halka iletilmesinde önemli ama sınırlı bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bilişsel etki, davranışsal etkilerden daha fazladır; Kişilerarası kanallar tutum ve davranışlar için daha etkili olmuştur. Kline, Miller ve Morrison (1974; Atkin, 1979), aile planlaması bilgilerini sunan bir radyo spot kampanyasının daha yüksek bir mesaj alma seviyesine yol açtığını ancak doğum kontrol yöntemleri veya kurumsal bilgi kaynakları hakkında daha fazla bilgiye sahip olmadıklarını bildirmiştir. Kitle iletişim prensiplerinin uygulanmasına ilişkin olarak, sağlık iletişimi stratejistleri, hedef kitlenin güvenilir olarak algıladığı mesaj kaynakları seçmeye çalışmalıdır; Kaynak ve alıcı arasındaki benzerlik, yetkili kaynağın yetkinliğinden daha önemli olabilir. Çekici özelliğe sahip kaynaklar ayrıca izleyicinin ilgisiz olduğu konulara dikkat çekmek için de uygun olabilir. İletileri tasarlarlarken ve yaymak için sunum miktarı kadar içeriğin kalitesi de vurgulanmalıdır. Tema, alıcıların ihtiyaçlarıyla alakalı olmalı ve stil ilgi çekici olmalıdır. Alıcının kişilerarası ve kitle iletişim ortamı, içeriğin yorumlanmasını ve kullanılmasını şekillendireceğinden, mesaj alımı bağlamında dikkatle düşünülmelidir (Atkin, 1979). Sağlık iletişim kampanyalarının etkileri kaynak, içerik ya da ortam gibi faktörlerde yapılan değişikliklerle artırabilir.

Pek çok sağlık iletişim araştırmasının birbirinden farklı iletişim aracı vasıtasıyla ya da kişilerarası iletişim ile gerçekleştiğini görürüz. Her iletişim

aracının hedef kitle üzerinde bırakacağı etki değişkenlik göstereceği için kampanyanın amacına yönelik en uygun aracın kullanılması beklenilmektedir. Bazen internet etkili bir araçken bazen de bir broşür ya da yüz yüze iletişim beklenmedik bir sonuç yaratabilir. Cheng-Neng (2014) radyo sağlık maliyetlerini düşürürken, McMillan, (1999) internette kar amacı gütmeyen sitelerin etkileşim kapasitesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Günümüzde hızla yaygınlaşan kitle iletişim aracı olarak internetin ise sağlık iletişimindeki önemi yadsınamaz. World Wide Web'in ve diğer İnternet tabanlı kaynakların ikna edici iletişim için gerekli özelliklerin birçoğuna sahip oldukları ve aslında kişilerarası ve kitlesel iletişimin olumlu özelliklerini birleştiren bir hibrid kanal oluşturabileceği ileri sürülmektedir. İnterneti, kişiler arası iletişimin ikna edici niteliklerinden birçoğuna sahip olduğu fikri, sağlıklı davranışları teşvik etmek için temel davranış bilimi kuramlarını ve ilkelerini uygulamak için en önemli aday haline getirmektedir. İnternetin birçok kitle iletişim kanalıyla paylaştığı geniş erişim, geniş kitlelerle iletişim kurmak için İnternet tabanlı çabaların ekonomik olduğunu gösterir. İnterneti ikna edici sağlık iletişimi için kullanabilir ve erişim yaygınlaşmaya devam ederse, halk sağlığı uzmanları, sağlık davranış değişikliği ile ilgili İnternet temelli müdahalelerin tasarımını ve değerlendirmesini de keşfedeceklerdir (Michael vd.1998)

1.4. Kanıta Dayalı Sağlık İletişimi

Sağlık hizmeti sunucuları, kararlarını istatistiksel açıdan önemli veriler, bilimsel bilgi ve mesleki yönergelerle dayandırmaya alışıkırlar. Genellikle organizasyonel veya hastalığa özgü yönergelerin geliştirilmesine yol açan büyük ölçekli klinik araştırmalar, yeni bilimsel keşifler ve klinik deneyim, yeni bir tıbbi pratik veya davranışa olan ihtiyacı destekleyecek kanıtlar sağlar. Profesyonel iletişim müdahaleleri, hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti sunucularının veri temelli zihniyet setini hesaba katmalı ve en iyi tıbbi uygulamaların benimsenmesini ilerletmek için saygın bilimsel kanıtlara dayanmalıdır (Schiavo, 2007: 185)

Steenholdt (2006) sağlık iletişiminin anahtar elementlerini şöyle sıralamıştır (Schiavo, 2007: 185): Kanıta Dayalı olma, Belirlenmiş Hedef kitle,

Davranış merkezlilik, Hasta merkezlilik, Kolay uygulanan öneriler ve araçlar, Çok yönlülük ve Tutarlılık. Sağlık iletişiminin Kanıta dayalı olma özelliğinin kilit bir rol oynaması T. C. Sağlık Bakanlığını da harekete geçirmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım” isimli çalışmalarının büyük bir bölümünü kanıta dayalı sağlık iletişimin geliştirilmesine ayırmıştır. Çalışmada kitle iletişiminin üç önemli rolü olan kamu farkındalığını artırmak, fikir ortamı yaratmak ve tutum-davranış değişikliği sağlamak başlıklarına değinilerek sağlık iletişiminin sağladığı katkılara yer verilmiştir. Bu katkı ve konular aşağıdaki gibidir (http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/04/cevre_saglik/Bilesen12.pdf):

-Sağlık personeli/hasta ilişkileri ve sağlık personelinin kendi arasındaki iletişimi,

-Kişilerin sağlık enformasyonunu aramaları ve kullanmaları,

-Kamu sağlığı mesajlarının oluşturulması,

-Bireysel ve toplumsal sağlık riski ile ilgili enformasyonun yayılması,

-Kitle iletişiminde sağlık mesajlarının verilmesi,

-Sağlık hizmetlerinden yararlananların ve sağlık personelinin kamu sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağını eğitimi,

-Sağlık enformasyon sistemlerinin etkin kullanımıdır.

Etkili sağlık iletişiminde esas olan stratejik planlamadır. Sağlık iletişimi stratejik planının basamakları;

- Sağlık sorununu belirleme,

- Hedef kitleyi ve hedef kitleye en iyi ulaşma yolunu belirleme,

- Hedef grup için belirlenen materyali ve mesajı test etme,

-Test sonuçlarını temel alarak sağlık iletişim programını uygulama,

-Alınan mesajın etkililiğini değerlendirme ve gerekirse iletişim programını modifiye etmedir.

Türk Sağlık Bakanlığı'nda bu gelişmeler yaşanırken ABD'de ise sağlık iletişimi sosyal pazarlama ile birlikte ele alınmıştır. Amerikan hükümetine bağlı Toplum Rehberi (The Community Guide), Toplum için Önleyici Hizmetler Görev Gücü'nün kanıta dayalı bulgularının toplamından oluşur. Bu oluşum (Community Preventive Services Task Force) kanıta dayalı sağlık iletişimi ile ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık iletişimi ve sosyal pazarlama yoluyla sağlıklı davranışları geliştirmek için halk sağlığında nelerin işe yaradığını bulgularla ortaya koymuştur. Hangi iletişim türünün ve aracının (Kitle iletişim, kişilerarası iletişim, video, broşür vb) nasıl sonuç verdiğini gözler önüne sermiştir. Kampanyaların etkisini belirlediği kategorilerden geçerek açıklamaktadırlar

(<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Health-Communication-factsheet-and-insert.pdf>) :

Toplum Önleyici Hizmetler Görev Gücü, 1996 yılında ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından yaşamları kurtarmak, yaşam süresini uzatmak ve kalitesini arttırmak amacıyla bilimsel olarak kanıtlanmış nüfus sağlığı kampanyalarını belirlemek amacıyla kurulmuştur. Bu birim, federal, eyalet ve yerel sağlık bölümlerinin, diğer devlet kurumlarının, toplulukların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, işverenlerin, okulların ve araştırma kuruluşlarının karar vermesine yardımcı olmak için tavsiyelerde bulunmaktadır. Görev Gücü'nün toplum sağlığını koruma ve geliştirme amaçlı kampanya hazırlayıcılara önerileri şöyledir (<https://www.thecommunityguide.org/task-force/what-task-force>):

-Toplum temelli sağlığı geliştirme ve hastalık önleme programları, hizmetleri ve diğer müdahale yaklaşımları hakkındaki yayınlanmış bilimsel çalışmaların gücünü ve sınırlarını değerlendirin.

- Kampanya yaklaşımlarının sağlığı teşvik etmede ve hastalık, sakatlık ve sakatlıkların önlenmesinde etkili olup olmadığını değerlendirin.

- Bu kampanya yaklaşımlarının çeşitli popülasyonlara ve ortamlara uygulanabilirliğini inceleyin. Tavsiye edilen geçici müdahale yaklaşımlarının ekonomik analizini yapın.

Önerilerden de anlaşıldığı üzere kampanyaların sonuç elde etmeye odaklanmasını istedikleri görülmektedir.

Görev Gücü'nün sağlık iletişim kampanyalarına dair bulguları en kuvvetliden en zayıfa; “önerilir” (recommended), “yetersiz kanıt” (insufficient evidence), “karşı öneriler” (Recommended Against) olmak üzere üç tanedir. Açıklamaları ise şöyledir:

Önerilir (recommended): sağlık iletişim kampanyalarının etkili olduğuna dair kanıtlar güçlü ya da yeterlidir. Bulgular rakamlara, iyi tasarlanmış ve uygulanmış çalışmalara ve sonuçların güçlü ve tutarlı olmasına dayanmaktadır.

Yetersiz kanıt (insufficient evidence): müdahalelerin etkili olup olmadığına karar vermek için yeterli kanıt olmadığı anlamına gelmektedir. Mevcut çalışma sayısı yetersiz ya da etkileri ölçmek için tutarlı çıkarım yapılabilecek çalışmalar bulunmamaktadır.

Karşı öneriler (Recommended Against): Stratejinin zararlı ya da etkisiz olduğuna dair güçlü kanıtların olduğu anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında kitle iletişim araçlarını ve sağlıkla ilişkili ürün dağıtımını içeren sağlık iletişimi kampanyalarının ve alkol kullanımının azaltılması ve alkollü sürücülerle ilgili kitle iletişim kampanyalarının “önerilir” (recommended) kategorisinde olduğu yani bu kampanyaların rakamlara dayalı ve etkili olduğu anlaşılmıştır.

Video ya da broşür gibi bilgilendirme amaçlı kullanılabilecek iletişim araçlarının etkisi de aynı şekilde “önerilir” kategorisindedir.

Kişilerarası iletişim ile gerçekleştirilen sağlık iletişim çabalarının bulgularına bakıldığında ise farklı sonuçların da olduğu görülmektedir. Örneğin; Kanserden korunmayla ilgili verilen birebir eğitimler ile çocuk emniyet koltuklarının kullanımı için verilen eğitim programları “önerilir” kategorisindeyken; obeziteden korunmak için verilen eğitimler ile fiziksel aktiviteye teşvik eden bilgi sunmaya odaklı sınıf tabanlı sağlık eğitimi “yetersiz kanıt” olması nedeniyle etkisiz bulunmuştur.

Uygun aşılamayı artırmada evrensel olarak tavsiye edilen aşılamalar için kampanyaların “yetersiz kanıt” kategorisinde yer aldığı görülürken, şiddet azaltmaya odaklı çocuk ve gençlik okuluna dayalı programlarda “önerilir” olduğu görülmektedir.

Cilt kanserinden koruma amaçlı gerçekleştirilen topluluk çapında çok bileşenli müdahaleler kanıtlar yetersiz olduğu için önerilmezken, ocuk güvenliği koltuk kullanımları kampanyaları, engelli doğumlarının önlenmesi ve fiziksel aktiviteyi geliştirme kampanyaları etkili oldukları için önerilmektedir.

Kanıtı dayalı sağlık iletişiminde etki önemli bir konudur. Etki kampanyanın başarmayı istediği sonuçtur. Etkinin 3 anlamı vardır. Etki (Obregon ve Waisbor, 2012: 98-99):

1. Değerlendirme tasarımı nedensel dayanağı açıklasa da açıklamasa da, bir program veya kampanyanın nihayetinde başarmaya çalıştığı sağlık durumundaki değişimdir.
2. Sonuç göstergesindeki bir değişim, programın hedeflerindeki tutarlılık, neden ve sonuç inşa etmeye izin veren sayısal metotlarla değerlendirilmedir.
3. Niteliksel yöntemlerle değerlendirildiğinde tanımlanabilir bir faydadır.

Kanıtı dayalı sağlık iletişimi, gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarının etkilerinin ortaya konulması ile açığa kavuşabilecek bir konudur. Etkiyi ortaya koymak ise kampanya değerlendirmesinden geçerek gerçekleştirilebilir.

Kampanya değerlendirmesi önemli bir konudur. Obregon (2009), Hindistan ve Pakistan'daki 2000 ve 2007 yılları arasındaki ocuk felci için gerçekleştirilen iletişim çabalarını incelemektedir. Çalışma epidemiyolojik olarak, sosyal ve davranışsal verilerin, özellikle yeterli erişilemeyen ve ulaşılması zor nüfus arasında, ocuk felci bağışıklığının artmasına katkıda bulunan iletişim stratejilerini nasıl yönlendirdiğini göstermektedir. Çalışma bulguları iletişim stratejilerinin, sosyal ağların ve liderlerin harekete geçme seviyelerine, politik talep yaratmaya, bilgi artış seviyesine, bireysel ve toplumsal seviyede talep yaratma garantisine, cinsiyet engellerini aşma ve aşıya direnmeye ve fakir ve azınlık kitleye ulaşma seviyesine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın sonucu süregelen medya kampanyaları, sosyal hareketlilik, kişilerarası iletişim ve politik ve ulusal savunma karması gibi kanıtı dayalı ve iyi planlanmış sağlık stratejilerinin ocuk felci oranlarını bu iki ülkede nasıl azalttığını göstermiştir (Obregon, 2009). Eğer bu kampanya geerleştikten sonra

değerlendirilmeseydi toplumda nasıl bir sonuç uyandırdığı asla öğrenilemeyecekti.

Kampanya değerlendirmesi yapabilmek için kampanya tasarım türünün ne olduğu bilinmelidir. Aşağıdaki tabloda en temel kampanya tasarım türleri yer almaktadır.

Tablo 3: Ön Test ve Yarı Deneysel Sonuç Değerlendirme Tasarımları

Tasarım	Dayanak	Kampanya	İzleme
Yalnızca test sonrası	—	X	O
Yalnızca test sonrası kontrol grubu	— —	X —	O O
Ön test-son test	O	X	O
Ön test-son test kontrol grubu	O O	X —	O O
Bölünmüş zaman serileri	O ₁ O ₂ O ₃	X	O ₄ O ₅ O ₆
Bölünmüş zaman serileri	O ₁ O ₂ O ₃	X	O ₄ O ₅ O ₆
Kontrol grubu ile	O ₁ O ₂ O ₃	—	O ₄ O ₅ O ₆
X=Kampanya O= veri toplama Bu tasarımlar, tipik olarak yarı deneysel formda kampanya literatüründe uygulanır. Bu nedenle, kontrol grupları tipik olarak eşit olmayan kontrol gruplarıdır (örn., Eşleşen topluluk).			

(Kaynak: Noar, S, 2009: 3)

Genel olarak, ön test ve kontrol gruplarına sahip tasarımlar, bu unsurları içermeyen tasarımlara göre daha güçlüdür. Bu nedenle, Tablo 1'deki en zayıf tasarım, yalnızca bir test öncesi ya da kontrol grubunu içermeyen, yalnızca son teste tabi tasarımdır. Bu tasarıma bir kontrol grubu eklemek biraz güçlendirir ancak yine de zayıf bir tasarımdır. Örneğin Shadish ve ark. (2002), yalnızca test sonrası tasarımların, bir müdahale (örn., Kampanya) bir araştırmacının ön test verilerini toplamasından önce başladığında kullanılmasını önermektedir. O zaman

bile, yalnızca test sonrası tasarımlar zayıf nedensellik kanıtları sunar (Sadish vd.; Noar, 2009:3).

İletişim kampanyalarının değerlendirmesi, etkiyi ölçmek için halk sağlığı değerlendirmesinin diğer alanlarında bulunan yöntemleri kullanır. Kampanyalar için önemli olan husus kampanyanın arzulan değişimle neden olduğunu göstermektir. Bu amaçla, araştırmacı bir takım farklı çalışma tasarımları içinden amacın uygun olan birini seçmelidir. Nedensel çıkarımın gücü (yani, kampanyanın davranışta gözlenen değişimle neden olduğu iddiası) doğrudan kullanılan çalışma tasarımının titizliğine bağlıdır. Çalışma dizaynının üç ana kategorisi vardır. Bunlar; Deneysel olmayan tasarımlar, Yarı deneysel tasarımlar ve Deneysel çalışma tasarımlarıdır. Bu tasarımlar şunları içerir (Bertrand vd, 2012: 107-108):

- Deneysel olmayan tasarımlar (önyargılarla dolu fakat yine de, hiçbir şey yapmaktan daha iyi oldukları gerekçesiyle yoğun şekilde kullanılıyor).
- Yarı deneysel tasarımlar (muhtemelen şu anda program değerlendirmesinde en çok kullanılan); ve
- Deneysel çalışma tasarımları (rastgele kontrol denemelerinin bir türüdür)

1.4.1. Deneysel Olmayan Tasarımlar

(Ön test edilmeyen kesitsel tasarımlar)

Deneysel olmayan tasarımlar, bir deneycinin bir grubu basitçe tanımladığı veya mevcut gruplar arasındaki ilişkileri incelediği araştırma tasarımlarını içerir. Grup üyeleri rastgele atanmamakta ve bağımsız bir değişken deneyci tarafından manipüle edilmemektedir, bu nedenle, çalışmadaki değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler hakkında herhangi bir sonuç çıkartılamamaktadır. Deneysel olmayan tasarımlar sadece gruplarla ilgili veya grup farklılıklarının var olup olmadığı hakkında sorularınızı yanıtlamak için kullanılır (Salkind, 2010).

Deneysel olmayan tasarımların iki türü vardır (Bertrand vd., 2012: 108).

a. Ön testi olmayan kesitsel tasarımlar (aynı zamanda bir ilişkisel veya pasif gözlemsel tasarımlar olarak da bilinir) bazı özelliklerin bir arada olma

eğiliminde olup olmadığını değerlendirmek için kullanılacak veriler sağlar, ancak ön testler ve kontrol grupları gibi makul nedensel katkı için arzulanan unsurlardan yoksundur. Örneğin, bir araştırmacı, aile planlaması üzerine bir iletişim programına maruz kalan kişilerin doğum kontrol yöntemleri kullanma eğilimi ile ilgilenebilir. Araştırma sorusunu cevaplamak için, hedef kitleye bir hane halkı anketi yapabilir ve kampanyaya maruz kalma ve kondom kullanımı ile ilgili sorular sorulabilir (Bertrand vd., 2012: 108).

b. Kontrol grubu olmayan Öncesi/Sonrası tasarımları. Bu tasarım, çok sık sorulan bir soruyu yanıtladığı için yaygın olarak kullanılmaktadır: soru şudur; istenilen değişiklik meydana geldi mi? Kampanyadan önceki ve sonraki davranışları gerçekleştiren yüzdeleri karşılaştırmayı içerir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıysa, göstergelerin değişikliğe uğradığı iddia edebilir (Bertrand vd., 2012: 108).

Deney dışı tasarımların uygulanması oldukça kolaydır; Bu tasarım türünün en büyük kısıtlılığı, potansiyel kafa karıştırıcı faktörleri kontrol etmemesidir. Örneğin, veriler kampanyaya maruz kalma ile kondom kullanımı arasında güçlü bir korelasyon gösterebilir. Bununla birlikte veriler, seçilmiş önyargıları, üçüncü bir değişkenin etkisini ve tersi bir nedenselliği kapsayan bir neden-sonuç ilişkisi göstermez çünkü, araştırma gözlemlenen ilişkinin alternatif açıklamaları için kontrol grubuna sahip değildir (Bertrand vd., 2012: 109).

Deneysel olmayan tasarımlarda, yukarıda verilen örnekten gidilirse, kondom kullanımıyla ilgili veri toplanmak istendiğinde kondom kullanma nedeninin kampanyadan etkilenme olup olmadığını anlamak zor olacaktır. Ancak cevaplayıcının ankete verdiği cevabın doğru olduğu varsayılacaktır. Bunun nedeni, hem kontrol grubunun olmayışı hem de ön test yapılmayıştır. Bu tür testlerin yapılmadığı durumlarda elde edilen verilerin doğru olduğu varsayılır. Ancak yanıltıcı çeşitli nedenlerle gerçek verileri paylaşmaktan çekinebilir. Bu nedenle bu tasarımların güvenilirliği tartışmaya açıktır.

1.4.2. Yarı Deneysel Tasarımlar

Yarı deneysel tasarımların ortak özelliği, herhangi bir sağlık iletişimi kampanyası olmaması durumunda neler olabileceğini anlamak için kontrol

gruplarının ve / veya ön test sonuçlarının kullanılmasıdır. Yarı deneysel tasarımlarda da ortak olan, bireylerin veya grupların tedavi veya kontrol koşullarına rastgele atanmamalarıdır. Araştırmacı, çalışma öncesinde beklenen ilişkinin tüm alternatif açıklamalarını saptamalı ve tasarım, mantık, ölçüm ya da analiz yoluyla ele almak için planlar geliştirmelidir (Shadish, Cook ve Campbell, 2002, akt; Bertrand, 2012: 109). Olası tüm alternatif açıklamaları sıralamanın ve çözmek her zaman kolay ya da mümkün değildir. Sağlık iletişimi programlarının değerlendirilmesinde kullanılan dört yarı deneysel tasarım aşağıda listelenmiştir (Bertrand, 2012: 109):

- a. *(Bölünmüş) zaman serisi analizi. Bu yöntem, müdahaleden önce ve sonra belirli bir müdahalenin istenen sonucunu izler, ancak basit öncesi / sonrası tasarımın aksine, müdahaleden önce bir kaç puan ve müdahale sonrasında birkaç sayı yapar. Zaman serileri, arzulanan sonucun rutin olarak toplanan hizmet istatistikleri (örn., Klinik ziyaret sayısı, satılan kondom sayısı) veya zaman içindeki düzenli aralıklarla mevcut olan diğer istatistikler yoluyla ölçülmesine dayanan değerlendirmelere yardımcı olur. Örneğin, bazı iletişim kampanyaları, bir hizmet ağı kullanımını artırmak veya belirli bir ürüne yönelik satış hacmini artırmak üzere tasarlanmıştır. Bu gibi durumlarda, zaman serileri, değerlendirme için az ek masraf gerektiren mükemmel bir yöntemdir.*
- b. *Öncesi/sonrası bir kontrol grubu ("ön test-son test-önlem dışı kontrol grubu tasarımı" olarak bilinir.) Bu tasarım, aşağıda açıklanan deneysel tasarım ile belirli özellikleri paylaşır; bu iki tasarıma hem müdahale öncesi hem de müdahale sonrası deneysel (kampanyaya maruz kalmış) ve kontrol grubunda gözlemlere (ölçümlere) sahiptir. Bununla birlikte, anahtar farklılık, bu tasarımda rastgele olmamasıdır. Bu tasarım, mümkün olduğunca birbirine benzetmek üzere seçilen iki farklı bölge veya iki farklı bölge gibi "doğal olarak oluşan grupları" kabul eder. Biri kampanyaya maruz kalır diğeri kalmaz. En büyük kısıtlama seçim yanlılığıdır: çoğu zaman gruplar ölçülebilir değişkenlerle karşılaştırılabilir değildir (ve daha da kötüsü, motivasyon gibi ölçülemez faktörler vardır). Bununla birlikte, bu*

tasarım test ve kayıt için kontrol yapmakta ve kontrol grubunun olmadığı basit bir öncesi / sonrası tasarımından daha güçlü hale gelmektedir.

- c. *Shadish, Cook ve Campbell'e (2002) göre, "ön test son test" olarak da bilinen ön-test sonrası ayrı numune tasarımıdır. Bu tasarım, iki farklı numunenin ölçüm öncesi ve sonrası için rastgele seçilmiş olması dışında, yukarıda bahsedilen kontrol grubuna sahip olmayan ön test - son testin spesifik olmayan tasarımına oldukça benzemektedir. Çalışma gruplarının üyelerini rastgele seçerek değerlendiriciler seçim eğilimini teorik olarak kontrol edebilir, rastgele seçim, temel bileşim değişkenleri üzerinde çok benzer iki grup oluşturur ve 1. turdaki katılımcılardan herhangi birinin 2. turda olması durumunda az sayıdaki etkiyi test eder. Tarih (kayıt) kontrol etmediği için büyük bir kısıtlamaya sahiptir.*
- d. *Test sonrası son istatistiksel kontroller. Değerlendiriciler, gittikçe artan bir şekilde, karıştırılacak değişkenlerin potansiyel önyargılarını azaltmak için istatistiksel kontrolleri uygulayan ve olası bir erişim iddiaları yaratmaya izin veren yarı deneysel bir grup son test sonrası tasarıma yönelmektedir. Bu yaklaşım, Babalola ve Kincaid'in (2009) Çok Değişkenli Nedensel Analiz olarak adlandırdığı bir grup tekniği içermektedir. Bu yöntem sınıfına Puan Eşleme Eğilimi de dahil edilmiştir. Bu teknik, ölçülebilen tüm sosyo-demografik faktörler ve diğer ilgili faktörler üzerinde istatistiksel olarak (kampanyaya maruz kalan) tedavi grubuna eşdeğer bir kontrol grubu yaratmak için kullanılır (kampanyaya maruz kalmayan). Teknik, kampanyayı görüp-duyanlara karşı önyargılara maruz kalmayanlar arasındaki kampanya öncesi müdahale farklılıklarının etkisi kaldırıldıktan sonra "net etki"yi verecektir. Çok Değişkenli Nedensel Analiz iki ana varsayıma dayanıyor: ortak destek varsayımı; program katılımcılarının ve katılımcıların özellikleri ile koşullu bağımsızlık varsayımı arasında bir örtüşme var. Koşullu bağımsızlık varsayımı, tedaviyi ve sonucu birlikte etkileyen tüm değişkenler gözlemlendiğinde, tedavinin yapılmama olasılığının tedavinin katılımından bağımsız olduğunu belirtmektedir.*

Bu varsayım, hem tedaviyi hem de sonucu etkileyebilecek tüm değişkenler hakkında bilgi sahibi olmamızı gerektirir.

Şunun hatırlanmasında fayda var; yarı deneysel tasarımlar zaman zaman ideal yöntem olmadığı konusunda eleştirilir. Fakat bu kaçınılması gereken bir özellik olarak anlaşılmamalıdır. Rastgelelikten (randomizelikten) kaynaklanan zayıflıkları olsa da sağlık iletişimi araştırmalarında sağlam yeri olan bir tasarımdır ve bazen araştırmacılar için tek uygun seçenek olarak görülmektedir (Whaley, 2014: 226).

Yarı deneysel tasarımlar ile deneysel olmayan tasarımların eksik yönü olan etkiyi ölçme açığını kapatmaktadır. Kontrol grubunun dahil olmasıyla kampanya öncesindeki durum ile kampanya sonrası durumun karşılaştırılma imkanı doğar. Örneklemin tesadüfî olması ise yarı deneysel tasarımların zayıf yönü olarak belirtilebilir.

1.4.3. Deneysel Tasarımlar

İstatistiksel açıdan deneysel verilerin en önemli avantajı, bir müdahalenin diğer değişkenlerin etkisiyle kirletilmemiş bir sonuçla, programın etkisi hakkında doğrudan çıkarım yapmasına izin vermesidir. Deneysel tasarımlar, araştırmacı ve tasarımcıların kimin kampanyaya ne kadar maruz kaldığını kontrol edebildiği, danışma, materyal basma toplu mail gönderme ve ev ziyaretlerinin dahil olduğu değerlendirmeler için oldukça uygun ve uygulanabilir. Bununla birlikte, pek çok sağlıklı iletişim müdahalesi, özellikle de kitle iletişim araçları için, müdahaleye maruz kalma kontrol edilemez veya potansiyel katılımcılara kolayca rastgele uygulanamaz. Bu durumlarda, araştırmacılar ve analistler etkinliği ölçmek için uygun bir şekilde alternatif araştırma tasarımları ararlar (Guilkey vd, 2006; 50).

Bu tasarım geçerliliğe yönelik tüm büyük tehditleri (test etme, seçme, geçmiş ve diğerleri) kontrol ettiği için en titiz sonuçları verir. Rastgele kontrol denemeleri deneysel tasarımın bir türüdür. Bu tasarımların benzersiz yönü, araştırmacı deney grubunu müdahaleye maruz bırakmadan önce deneklere veya kontrol grubuna rastgele konular dağıtmasıdır. Değerlendiriciler bu tasarımı, bir radyo veya TV bileşenine sahip iletişim programlarını değerlendirmek için

kullanamaz; çünkü toplama alanındaki herkes potansiyel olarak programa maruz kalır; Bazı kişileri rastgele "maruz kalmayan" bir gruba tahsis etme imkânı yoktur. Değerlendiricinin bu tasarımı kullanabileceği tek durum müdahalenin yerleştirilmesini kontrol edebildiği yerdir. Örneğin, bir kitle iletişim kampanyası sadece yazılı broşürler kullanmışsa, bunları rastgele seçilen hanelere dağıtır ve hanede yaşayanların rastgele içeriklere maruz kalmalarına engel olabilir. (Bertrand vd., 2012: 111-112). Hane halkının kampanya çerçevesinde üretilmiş seçilmiş içerikler ile ilgilenmesi sağlanabilir.

Bazı kanıta dayalı sağlık iletişim kampanyaları gösteriyor ki (Snyder ve Hamilton (2007), Cho ve salmon (2007), Snyder (2007), Cheng- Yoori, (2010), Neng (2014)) kampanya sonrası elde edilen somut değişiklikler toplum üzerinde önemli sonuçlar yaratmaktadır. Gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarının değerlendirilmesi bir sonraki kampanyanın nasıl yürütüleceğinin şekillenmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle kanıta dayalı çalışmaların artırılması ve sonuçların karşılaştırmalı değerlendirmelerinin yapılması bir gereklilik halini almıştır. Bu sayede hem ana kaynakların gereksiz tüketilmesinin önüne geçilmiş olacak hem de toplum sağlığı daha kapsamlı ve emin bir şekilde korunmuş olacaktır.

Kanıta dayalı gerçekleştirilmeyen ve iyi planlanmamış pek çok sağlık iletişim kampanyası hedef kamusuna ulaşmadan sonlanmakta ve toplumda hedeflenen değişikliği gerçekleştirememektedir. Amacına uygun sonuçlar elde edilmesi için kanıta dayalı sağlık iletişimi Sağlık Bakanlığı'nın da önceliği olmalıdır. Sonuçları kanıtlarla desteklenmiş sağlık iletişim kampanyalarının etki yaratıp yaratmadığı, yarattıysa etkinin boyutları, kanıtlarından kolayca tespit edilir. Böylece takip eden kampanyalar için bir emsal elde edilerek etkisi artırılmış kampanyalarla daha az maliyetle daha geniş kitlelere erişilebilir.

1.5. Nedene Dayalı Eylem Teorisi

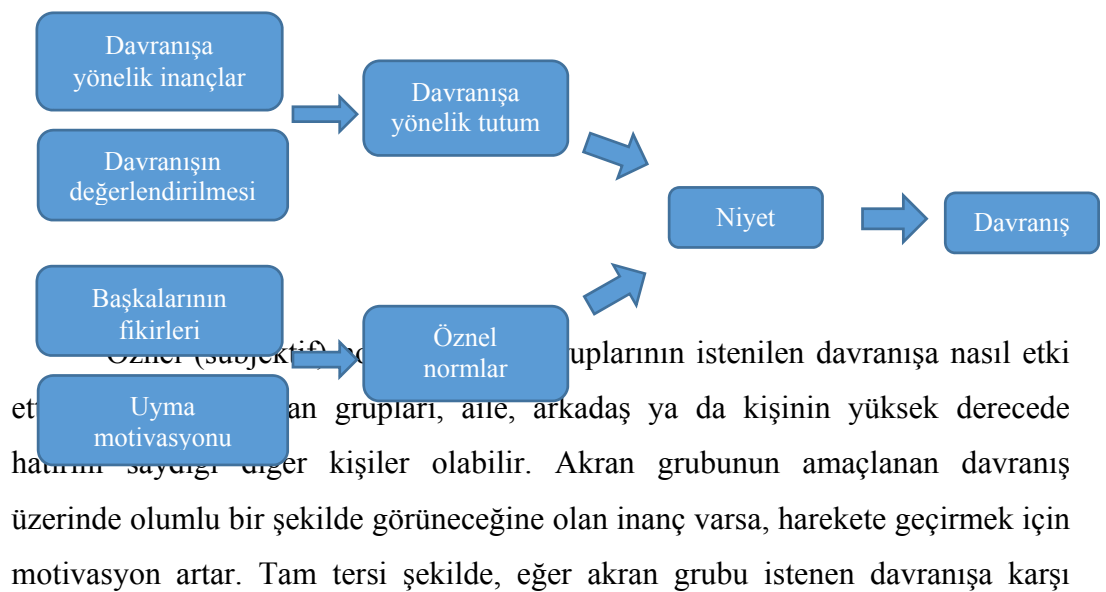
Sağlık iletişiminde kullanılan teorilerden biri nedene dayalı eylem teorisidir. Nedene dayalı eylem teorisinin (NDET) amacı 1979'da Fishbein tarafından "bir kimsenin davranışını tahmin etmek ve anlamak" olarak açıklanmıştır. Teorinin temel varsayımı, insanların rasyonel olmasına ve seçim ve

kararlarımızı bu rasyonaliteye göre temellendirdiğimiz fikrine dayanmaktadır. Aynı zamanda teori “niyet”in davranışın en önemli belirleyicisi olduğunu söylemektedir. Gerçekleştirilen davranış iki değişkene dayalıdır. Bunlar *davranışa yönelik tutum* ve *sübjektif norm*ladır. Bu iki değişkenin görece ağırlığı kişinin davranışa yönelik niyetini ortaya koymaktadır. (Fishbein ve Ajzen, 1975). Tutumlar bir bireyin niyet ettiği davranışa ilişkin pozitif ya da negatif hisleridir (Fishbein, 1979). Tutumlar inançların bir işlevidir (Fishbein, 1979: 68). Dahası tutumların üç temel özelliği vardır:

- tutumlar öğrenilir,
- tutumlar bir eylemin öncülüdür ve
- tutumlar amaçlanan eylemin sonuçlarına yönelik yargılardır (Fishbein ve Ajzen, 1975).

Bireysel hareket etme niyetinin ilk belirleyicisi tutumdur. Ajzen ve Fishbein'e göre, davranışa yönelik tutum, belirli bir davranışla ilişkili olumlu ya da olumsuz öz değerlendirmenin tahmin edilmesidir. Bu yapı davranışın olumlu ya da olumsuz olarak algılanmasına bağlıdır. Davranış, çeşitli sonuçlara ve diğer niteliklere bağlayan, erişilebilir davranışsal inançların toplamı tarafından belirlenir. Dolayısıyla tutum, davranışının sonucunun olumlu veya olumsuz olup olmayacağı konusunda bireyin belirgin inançlarıdır (Alsughayir ve Albarq, 2013: 19).

Şekil 3: Fishbein ve Ajzen'in Nedene Dayalı Eylem Teorisi Şeması



olumsuz düşüncelerine inanıyorsa, takip etme motivasyonu azalacaktır. (Fishbein & Ajzen, 1979).

Davranışa yönelik inançlar, olumlu ya da olumsuz tutumu bildiren amaçlanan davranışa dair belirgin veya kolay erişilebilir inançlardır. Ayrıca, kişilerin motivasyonlarının, bilgilendirilmiş öznel norm ve tutumları davranışa yönelttiğini ileri sürmüşlerdir. Uyuma motivasyonu ise empati, dahil olma ve davranışa ilişkin diğer etkileri içermektedir. (Fishbein, 1979, Petty ve Cacioppo, 1996).

Nedene dayalı eylem teorisinin en önemli yönü bir kişinin amaçlanan davranışa karşı beslediği inançlardır. Fishbein (1979), inançların tutum veya öznel normlarla değiştirilemeyeceğine dikkat çekmektedir. Örneğin bir sigara araştırmasında sigara içme davranışına karşı olumsuz tutumlara ve sigarayı bırakmaya yönelik pozitif öznel normlara rağmen içicilerin sigara içmeye devam ettiklerini görmüştür. Sigara içicileri, sigara içmeye devam etmenin sağladığı faydaların bırakmaya ağır bastığına inanmakta ve bu nedenle istenmeyen davranışı bırakmayı reddetmektedirler (Fishbein, 1979).

Nedene Dayalı Eylem teorisinin geliştirilmiş ve “algılanan davranış kontrolü” bileşenini eklenerek Planlanmış Davranış Teorisi ismini almıştır. Tutum, öznel norm ve algılanan davranış kontrolü, davranışın en iyi göstergesi olduğunu düşündüğü davranış niyetini bildirir. Algılanan davranışsal kontrol, bir kişinin kontrolünün veya hedeflenen davranışını etkileme potansiyeline sahip olmayan dışsal değişkenleri açıklar (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008). Algılanan davranış kontrolü bileşeni Grunig’in Durumsal Kuramındaki kısıt algısına yakın bir kavram olduğu için çalışmada Nedene Dayalı Eylem teorisine sadık kalınmıştır.

İnsanların meme kanserini sorun olarak algılayıp algılamadıkları, meme kanserinin erken teşhisi konusundaki kısıt algıları ve konuya duydukları ilgili, onların tutum ve öznel normlarını şekillendiren unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar niyetle birleştiğinde ise davranış elde etmekteyiz. Bahsi geçen davranış türü ise konunun bağlamı gereği “önleyici davranış” yani meme kanserini erken teşhis etmek amaçlı atılan adımlardır. Buna düzenli kontrole gitmek ya da kendini elle muayene etmek örnek verilebilir.

Bu çalışmada, amacı bireylerin davranışlarını tahmin etmek olan Nedene Dayalı Eylem Teorisinden kadınların meme kanseri hastalığını önleme amacıyla harekete geçme motivasyonlarını açıklayabilme kabiliyeti nedeniyle kullanılmıştır. Nedene Dayalı Eylem Teorisi bir toplumda yaşayan kadınların kendilerini bir hastalıktan korumak için temelde neyi referans aldıklarını ortaya koymaktadır.

Kadınların önleyici davranış motivasyonlarını anlamak için öncelikle segmentasyon kavramına değinilecektir.



İKİNCİ BÖLÜM

HEDEF KİTLE VE KAMU SEGMENTASYONU

2.1. Hedef Kitle Kavramı Ve Hedef Kitle Türleri

Hedef kitle, kurumların kendilerini fark ettirmek istedikleri, etkileşim içinde oldukları ve kendi içinde farklılıkları olan gruplardır. Kurumlar faaliyetlerini çeşitli gruplara yönelik olarak ayrıştırmalı ve bu gruplara özel olarak biçimlendirmelidirler. (Okay, 2014: 25).

Kitle kavramı, tüm sosyal tabakalardan bağımsız, farklı kişilerin tesadüf sonucu, örgütlenmeden bir araya gelmesinde oluşmaktadır. Halkla ilişkilerin hedef kitlesi toplumun tamamı değil, toplum içinde yer alan bir grup veya sınırlı bir kitledir. Kuruluşların genel bir hedef kitlesinin olması rasyonel değildir. Hedef kitleler ortak özelliklere sahiptir ve her zaman bazı genel sorunları vardır bu nedenle genelleştirilemezler (Okay ve Okay, 2012: 209-211).

Grunig'in daha sonra ayrıntılarına değinilecek olan çeşitli hedef kitle sınıflamalarından biri şöyledir (Grunig 1984; Okay ve Okay 2012: 213)

Hedef kitle (kamu) haline gelmemiş olanlar; bu grup henüz karşılıklı olarak etkilendikleri bir sorun ya da durumla karşılaşmamış kişilerden oluşur. Kuruluş üzerinde bir etkileri yoktur, kuruluşun bu kitle üzerindeki etkisi ise bilinemez.

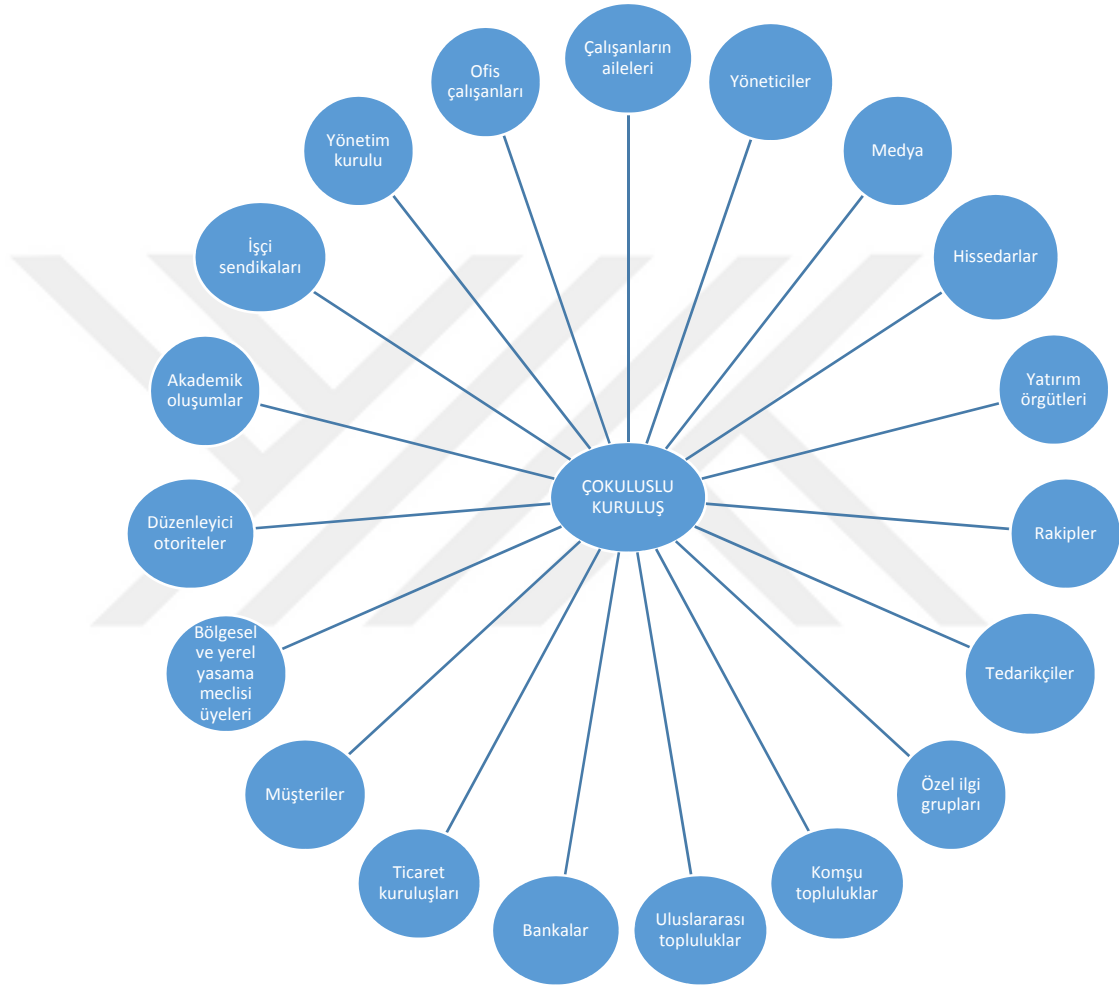
Henüz harekete geçmemiş hedef kitleler; kurumla ya da sorunla bağlantılarının farkında olmayan hedef kitlelerdir.

Bilinçli hedef kitleler; paylaşılan soruna dahil olan veya sorundan bir şekilde etkilenen fakat konuyla ilgili henüz kimseyle iletişim kurmamış kitlelerdir.

Aktif hedef kitleler; durum hakkında iletişim kurmaya başlayan ve bir şeyler yapmak için organize olan kişilerden meydana gelir.

Seitel (2007) de hedef kitle gruplandırmasını birden fazla olacak şekilde gerçekleştirmiştir. Seitel teknolojik değişim - özellikle sosyal medya, mobil

cihazlar, bloglar, uydu Televizyon bağlantıları ve genel olarak kablolu dünya - insanlara ve kuruluşlara daha fazla bağımlılık getirdiğini ve bunu yönetmenin zorlaştığını söylemektedir. Örgütleri farklı yönlerde çeken çeşitli topluluklar arasındaki iletişimi etkin bir şekilde yönetmek için çokuluslu bir şirketin hedef kitle sınıflandırmasını aşağıdaki gibi yapmıştır (Seitel, 2007: 40):



Şekil 4: Seitel'in Hedef Kitle Sınıflandırması

Seitel'in (2007) oldukça ayrıntılı düşünülmüş ve neredeyse hiçbir kurum ve oluşumu dışarda bırakmamış bu gruplandırmanın dışında bir de aşağıdaki şekilde bir sınıflandırması mevcuttur (Seitel, 2007:42):

Dahili ve harici: Dahili hedef kitle organizasyonun içindedir: denetçiler, katipler, yöneticiler, hissedarlar ve yönetim kurulu bunlar arasında yer alır. Dış

hedef kitle ise, örgütle doğrudan bağlantılı olmayan kitlelerdir: basın, hükümet, eğitimciler, müşteriler, tedarikçiler ve toplum gibi.

Birincil, ikincil ve marjinal: Birincil hedef kitle, kuruluşun çabalarına en çok yardımcı olan veya engelleyebilenlerdir. İkincil hedef kitle daha az önemlidir, marjinal hedef kitle ise, her şeyden önemsizdir.

Geleneksel ve gelecekteki: Çalışanlar ve mevcut müşteriler geleneksel hedef kitledir. Öğrenciler ve potansiyel müşteriler ise gelecekteki hedef kitlelerdir. Değişen toplumlara hiçbir örgüt kayıtsız kalmayı göze alamaz. Azınlık olarak isimlendirilen gruplara da ilgi gösterirler.

Rakipler, karşıt görüştekiler ve çekimserler: Bir kurum, kendisini destekleyenlere ve onlara karşı koyanlara farklı davranmalıdır. Destekleyenler için, inançları güçlendiren iletişimler düzenlenebilir. Fakat kuşkucuların görüşlerini değiştirmek, güçlü ve ikna edici iletişimler gerektirir. Genellikle, özellikle siyasette, çekimser hedef kitle çok önemlidir.

Kurumlar bazında ele alınmış bu sınıflandırmaların dışında sağlık iletişimine özgü olan hedef kitle ayrımları da mevcuttur. Aşağıdaki başlıkta bu hedef kitle türlerine yer verilmiştir.

2.1.1. Sağlık İletişiminde Hedef Kitle

Sağlık iletişimde hedef kitle, sunulan hizmetin çeşitliliği ve niteliği açısından diğer mal ve hizmetlere kıyasla farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetinin hedef kitlesinin müşteri olarak değerlendirilmesinin ahlaki yanı ve sağlık hizmetini satın alma davranışının tercihen değil, zarureten oraya çıkması bu farklılığın nedenlerinden bazılarıdır.

Thomas (2006), bireyleri, sağlık ürünlerinin ve hizmetlerinin birer tüketicisi olarak düşünebiliriz demekte ve yine de, sağlık uzmanları ve tesisleri sağlık alanındaki malların ve hizmetlerin büyük tüketicileri olduğunu eklemektedir (Thomas, 2006: 47).

Sağlık tüketicileri, her biri belirli ihtiyaçları olan çeşitli kategorilere ayrılmaktadır. Bizler genelde hayat kurtarıcı hizmetler gerektiren hastaları tipik

hasta olarak düşünürüz. Gerçekte ise, bunlar nadir karşılaşılan durumlardır, ancak ortaya çıktıklarında, yönetimi için özel personel, ekipman ve tesisler gerektirirler. Sağlık hizmeti tüketicilerin daha yaygın bir kategorisi, "rutin" sağlık hizmetlerini içermektedir: bunlar muayenehanede, klinikte ya da terapi merkezinde tedavi için bulunan tipik kişilerdir. Üçüncü kategori, seçmeli sağlık hizmetleri arayan tüketicileri kapsar. Bunlar, takdire bağlı veya "tıbbi açıdan gerekli" addedilmeyen ürünler ve / veya hizmetlerdir (Thomas, 2006:47).

Yukarıda yer alan 3 temel olmayan ayrımın dışında Thomas (2006) temel hedef kitle ayrımını aşağıdaki gibi yapmaktadır (Thomas, 2006: 48-50):

Tüketiciler: "Tüketici", genellikle sağlık hizmetlerinde kullanıldığı gibi, bir sağlık ürünü ürününün potansiyel alıcısı olan herhangi bir kişi veya kuruluş anlamına gelmektedir. Teorik olarak, herkes sağlık hizmetlerinin potansiyel bir tüketicisidir ve tüketici araştırmaları genellikle halkı büyük ölçüde hedefler. Sağlık tüketicisi genellikle bir malın veya hizmetin son kullanıcısıdır, ancak mutlaka alıcısı olmayabilir. "Tüketici davranışı", bir pazar alanının popülasyonunun kullanım modellerini ve satın alma uygulamalarını ifade etmektedir.

Müşteriler: "Müşteri", sağlık hizmetlerinde genellikle bir mal veya hizmetin gerçek alıcısı olarak düşünülmektedir. Bir hasta belirli mal ve hizmetler için bir müşteri olabilse de, genellikle son kullanıcının (örneğin hasta) müşterisi olmayabileceği durumdur. Başkası hasta adına satın alma yapabilir ve tedavi kararları hastadan başka biri tarafından yapılabilir.

Bu nedenle hastaneler ve diğer karmaşık sağlık kuruluşları bir dizi müşteriye hizmet verebilirler. Bunlar arasında hastalar, personel hekimleri, sağlık planları, işverenler ve kuruluştan mal veya hizmet satın alabilecek çeşitli diğer taraflar yer alabilir. Bu nedenle sağlık sektöründeki müşteri tanımlama süreci, diğer endüstrilerdekinden daha karmaşıktır.

Tedarikçiler: Mallardan ziyade hizmet satın alan bir müşteri türüdür. Bu müşteri ilişkisi -kişisel olmayandansa- kişisel etkileşimi ve süregelen bir ilişkiyi (bölümlü bir ilişki değil) gerektirir. Profesyonellerin genelde sağlayıcıları bulunurken, perakendecilerin, örneğin müşterileri veya alıcıları olurdu. Bir

müşterinin, sağlayıcıya göre genellikle bağımlı ve güçsüz olan bir hastadan daha simetrik bir ilişkisi olması muhtemeldir.

Hastalar: "Hasta" terimi gayri resmi konuşmalarda oldukça genel-geçer kullanılırken, bir hasta teknik olarak sağlık hizmetinin resmi sistemine kabul edilmiş kişidir. Bu statü için bir ön şart, bireyi bir doktor tarafından "hasta" olarak tanımlamaktır. Teknik olarak, belirtileri olan bir kişi, tezgah üstü ilaçları tüketmiş olsa veya kendi kendine bakım için başka önlemler almış olsa bile, bir doktor resmi olarak bu şekilde isimlendirene kadar hasta olmaz. Bu senaryoya göre, bir kişi tıbbi bakımdan taburcu oluncaya kadar hasta kalır.

Doktor olmayan klinisyenler hastaları tedavi edebilirken, genellikle bu terimi kullanmaları uygun görülmemektedir. Örneğin psikologlar, hizmet verdikleri kişilere "hastalar" yerine "müşteriler" olarak değinirler. Bununla birlikte, doktorların gözetiminde çalışan (örneğin, fizik tedavi uzmanları) bağımlı uygulayıcılar, muhtemelen masraflarını hastalar olarak tanımlayacaklardır.

Üyeler (sigortalılar): Sağlık sigortası planları geçmişte müşterilerini "kayıt yaptıranlar" olarak kavramsallaştırırken, bu sadece sağlık hizmeti sunucuları arasında yaygınlaşan bir kavramdır. Bununla birlikte, sağlık bakımında yönetilen bakımın önemi arttıkça, diğer sağlık kuruluşları bu süreci kabul etmeye başlamıştır. Bu nedenle, bir sağlık planı üyelerine hizmet sunmak için sözleşmeli sağlayıcılar, kayıt yaptıranlar açısından düşünmeye başladı. Bir hastanın bir hastadan farklı özelliklere sahip olması nedeniyle, bu terim oluşturmada önemli bir değişime neden olur. En önemli fark, hastalığa yakalanmadan önce, bir hastalık döneminin başlamasından önce bireyle bir ilişki kurulmasıdır. Dahası, kayıt yaptıran kişi ile olan ilişki, hastalık evresi bitiminin ötesine uzanır. Kayıtlı kişiler, "üyeler", "sigortalılar" veya "kapalı yaşamlar" olarak çeşitli şekillerde çağrılabilir.

Nihai kullanıcılar: Sağlık hizmetlerinin nihai tüketicisi, "son kullanıcı" olarak adlandırılır ve yukarıdaki tüm terimler, sağlık hizmetlerinin son kullanıcıya atıf yapmak için çeşitli şekillerde kullanılabilir. Bu terimiyle pazarlamacılar dışındaki sağlık uzmanları tarafından kullanılmaz. Sağlık hizmetlerinde nihai kullanıcı, tipik olarak bir sağlık hizmetinin veya bir sağlık

ürününün veya ilacın nihai tüketicisidir. Son kullanıcı ayrıca, tıbbi bakım için tazminat talebinde bulunan bir sağlık planı kayıtcısı halini de alabilir.

Sağlık durumu, son kullanıcının tüketilecek malların veya hizmetlerin seçiminde etkin bir rol oynamayabileceği ve genellikle bu malların ve hizmetlerin maliyetinden bağımsız olduğu konusunda benzersizdir. Belirtileri olan birey bir doktor seçebilir veya bir yoksullar için sağlanan yardım tarafından yönetilen bakım planında olduğu gibi bir doktor atanabilir. Sisteme girildiğinde, son kullanıcının bakım yönü açısından sınırlı seçenekleri vardır. Hekim, hastane personeli, vaka yöneticileri ve diğer taraflar kararların çoğunu servislerin kullanımı için yapar. Birçok durumda, hastanın ailesi karar verme sürecine dahil olabilir. Yaşam desteğini durdurup durdurmamak gibi önemli konular bile son kullanıcı dışındakiler tarafından yapılabilir.

Yukarıdaki temel sağlık iletişim sınıflandırmasını kısaca özetleyecek olursak Tüketiciler, malı satın alamasa dahi kullanan kişiler, müşteriler, malı kullanmasa dahi satın alan kişiler, sağlayıcılar maldan ziyade hizmet satın alan kişiler, hasta, hekimin bu şekilde teşhis koyup isimlendirdiği kişi, üyeler (sigortalılar) hastalığa yakalanmadan ulaşılması gereken kişiler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Freimuth (1990), sağlık iletişiminde hedef kitleyi “enformasyona sahip olanlar” ve “enformasyona sahip olmayanlar” olarak ayırmaktadır. Enformasyona sahip olan hedef kitlelerin daha çok entelektüel düzeylerine işaret eden özelliklere sahiptirler. Bu özellikler şöyledir (Freimuth, 1990: 176):

- Okuma ve anlama gibi ileri iletişim becerileri,
- Hafızada daha çok bilgi depolama, artan farkındalığa sahip olma ve yeni bilgiyi anlamak için kapasiteye sahip olma,
- Sorunları tartışmaya eğilimli kişilerle daha sıkı ilişki kurulmuş sosyal ağlar
- Seçici maruz kalma, kabullenme ve bahsedilen farklılıklardan elde edilen mesajların hatırlanması.

Enformasyona sahip olmayanlar ya da enformasyon yoksulları iletişim araç kullanımında informal araçları tercih etmektedirler. Bir enformasyona ihtiyaç duyduklarında arayışları uzun sürmez. Okuma düzeyleri ve iletişim becerileri

düşüktür. Enformasyon sistemleri kapalıdır, dışarıyla ilişkilerini genelde kitle iletişim araçları vasıtasıyla kurarlar. Kadercidirler bu da çaresizliği beraberinde getirmektedir. Kendi hayatları üzerindeki kontrol çok azdır. Toplumun egemen değerlerini terk etmezler. Enformasyon onlar için kendilerini kurtaracak bir araç değildir. Son olarak enformasyon yoksulları elektronik medyaya aşırı güvenmektedirler (Freimuth, 1990: 177-178).

Toplumun farklı sosyal sınıflarından geldiği aşıkâr olan bu iki farklı hedef kitle grubunun dikkat alanına girebilmek için hem farklı iletişim araçları hem de farklı içerikler üretilmelidir.

2.2. Segmentasyon Kavramı

Segmentasyon, kampanyanın hedefleri ile ilgili benzer durumda bulunan ve değişim için psikososyal öngörülerini paylaşan daha büyük bir nüfustaki (ulaşılması gereken) grupları tanımlayan sistemli ve açık bir süreçtir. Süreç, bir kampanyanın hedefleriyle uyumlu bir sonuç tahmin eden bir dizi değişkene verilen cevaplarda benzerlik gösteren kişilerin bulgularını içerir (Slater, 1996).

Dewey'in 1927'de kamuları tanımlaması, 1956'da Wendell'in pazar araştırmasında pazar bölümlemesi kavramını ortaya koyması, Smith'in, benzer ihtiyaç ve arzuları olan tüketicilerin grupları için yeni ürünler geliştirdiğini savunması (Slater, 1996; Smith, 2017: 4) segmentasyon kavramı için atılmış önemli adımlardır.

Hedef kitle segmentasyonunun, sağlık kampanyaları için pazarlamadan daha farklı bir amacı vardır. Sağlık kampanyalarının amacı, risk altındaki nüfusa ve topluma genel olarak fayda sağlayan sonuçları etkilemektir (Hines vd.,2014 ; Smith, 2017:4) Segmentasyon çözümleri, stratejik planlama için ampirik bir temel oluşturan karar vericileri (örn. Sağlık kuruluşları, kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve devlet kurumları) sağlar: en iyi sonuçları elde etmek için sıklıkla sınırlı kaynakları (insan ve finansal) nasıl tahsis edeceklerine karar verir (Dibb, 1999; Maibach, Leiserowitz, Roser-Renouf, & Mertz, 2011; Smith, 2017: 4).

2.3. Segementasyon Analizi

Hedef kitle segmentasyonu, ulaşılması gereken daha büyük bir populasyonun, karmaşık bir değişken seti boyunca benzer tepki kalıbı sergileyen gruplara bölünmesini ve bu aynı değişkenler üzerindeki diğer gruplardan farkları içermektedir. Segmentasyonun amacı, grup içi farklılıkları en aza indirmek ve gruplar arası farklılıkları en yükseğe çıkarmaktır. Gruplar seçildikten sonra, her grup değişkenler üzerindeki değerlerine dayanarak analiz edilir (Slater, 1996).

Grupları tanımlamak için iki ortak yaklaşım, demografik ayırım ve ampirik kümeleme şeklinde-dir. Demografik ayırma, ırk, cinsiyet, etnisite, gelir, yaş, eğitim ve ekonomik durum gibi paylaşılan demografik özelliklere dayalı olarak daha geniş bir nüfusu gruplara ayırmayı iç-erir. Demografik özelliklere göre gruplama, kampanyanın tasarımı için demografik özelliklerin kampanyanın hedef sonuçları veya bu sonuçların belirleyicileri ile ne derecede ilişkilendirildiğini ölçmek a-ısından yararlıdır. Örneğin demografik veriler, bir sağlık davranışının oluşturulması için ortak motivasyonların veya kısıtlamaların ortaya çıkmasına neden olan ortak yaşam koşullarını temsil edebilir veya yaratabilir. Demografik değişkenlerin bir avantajı, büyük, ulusal, epidemiyolojik araştırmalar yoluyla kolayca elde edilebilir olmasıdır. Dezavantajı yakın değişkenlerin uzak hastalardan daha iyi tahmin yapmasıdır. Dahası, bazı yakın davranış belirleyicileri demografik sınırları aşar (Maibach vd., 1996). Bu durumda, demografik değişkenler grup içindeki farklılıkları en aza indiremez ve kritik öngörülerdeki gruplar arası farklılıkları en yükseğe çıkarmaz. Ayrıca, mesaj etki kuramları, bir kampanyada demografik temelli bulguları ikna edici stratejilere çevirmeyi zorlaştıran, yaklaşık tahminlere odaklanmaktadır (Slater & Flora, 1991). Daha üretken bir strateji, paylaşılan psikososyal tahminlere dayalı olarak insanları gruplara ayırmaktır (Smith, 2017: 5).

Ampirik kümeleme ise, karmaşık verilerin anlamlı ve yorumlanabilir cevaplara bölünmesiyle ilgili istatistiksel prosedürleri ifade eder (Slater, 1996). Ampirik kümeleme demografik değişkenlerle yapılabilirken, genellikle bir noktaya doğru olan (proksimal), psikososyal öngörücüler üzerinde yapılır. Kümeleme prosedürleri iki türdür: *hiyerarşık kümeleme* ve *hiyerarşık olmayan kümeleme* (Hines vd., 2014; Smith, 2017: 5):

Hiyerarşik kümeleme, iki kişinin birbirinden ne kadar uzakta olduğunu ölçen bir istatistiği seçmeyi ve böylece grupları biçimlendirmek için bir yöntem seçmeyi içerir. İnsanların sayısı kadar çok sayıda gruba sahip olmak mümkündür. Bu teknik, araştırmacı veriyi temsil etmek için kaç grup gerektiğini belirleyene kadar, verileri bir araya getirme ve bölme işlemlerine ve çözümlere bakmanın yinelenmelerini gerektirir (Moutinho, 2011; Smith, 2017: 6).

Hiyerarşik olmayan kümeleme ile araştırmacı grup sayısını belirler ve daha sonra istatistiksel prosedürler insanları bu gruplara ayırır. İstatistiksel prosedürler arasında k-means, Q metodolojisi ve gizli sınıf analizi yer alır. Gizli sınıf analizinin diğer tekniklere göre birkaç avantajı vardır: eksik verilere karşı daha az duyarlıdır, kategorik ve aralık değişkenleri içerebilir ve verilere en çok uyan grupların sayısını belirlemek için kararlara rehberlik edecek uygun endeksler sağlar. Bu sebeplerden dolayı, hedef kitle segmentasyonu için en uygun teknik kabul edilmiştir (Maibach vd, 2011; Smith, 2017:6)

Segmentasyon analiz süreci yukardakilere ek olarak, göstergeler, veri toplama, segment sayısını belirleme, segmentleri isimlendirme kategorize etme, sınıflandırmaları tahmin etme gibi aşamaları içermektedir (Smith, 2017).

Segmentasyon analiz sürecinde titiz davranılması ve hataların en aza indirgenmesi, segmentasyon sürecinin ileri aşamalarında süreci kolaylaştıran etkiye sahiptir.

2.4. Hedef Kitle Segmentasyonu

Hedef kitle segmentasyonunun kökenleri, sosyal bilimler ve sosyal felsefe tarihinde yaklaşık yüz yıl öncesine dayanmaktadır. 1900'ü yılların başında kitle toplumu ve kalabalık psikolojisi teorileri, düşünürlerin sanayi toplumu fenomenleri ve yükselen totaliterlikle uğraşmasıyla oldukça etkili oldu. John Dewey'in de dâhil olduğu başka bir grup teorisyen ise heterojen, çoğulcu toplumları karakterize eden toplumsal süreçlerin anlaşılmasıyla daha fazla ilgilendi. Dewey, toplumun görüşlerini incelemek için "kamular" kavramını ortaya koydu. Kamular, belirli bir konu ile ilgili benzer değerleri veya çıkarları paylaşan alt gruplar veya alt popülasyonlardır; Dewey'in görüşüne göre, halkın görüşleri, bu tür kamuların oluşumu ve faaliyetleriyle şekillenirdi. (Slater, 1996).

Toplulun geri kalanından belli özellikleriyle ayrılan bu zümreler, kitleleri etkileme yeteneğine sahiptir.

Bu yaklaşımlar zamanla daha çok uygulamalı disiplinlere taşındı. Segmentasyon kavramının tanımı pazarlama alanına Smith tarafından 1956 yılında kazandırılmıştır. Hedef kitle segmentasyonu, sağlık ve diğer sosyal davranışları etkilemeye yönelik iletişim kampanyalarının yürütülmesinde de esas olarak kabul görmüştür (Slater, 1996). Segmentasyonun amacı, iletişim çabalarını daha etkin ve verimli kılmaktır. Etkililik ve etkinlik, amaçlanan iletişim sonuçlarına göre tanımlanır: Bunlar genellikle, bazı konulardaki bilgi veya endişe düzeylerini ve değerleri değiştirmek, ilgili tutumların erişilebilirliğini arttırmak ve sonuç olarak beslenme örüntüleri, cinsel uygulamalar veya madde kullanımı gibi davranışları yeniden şekillendirmektir (Rogers & Storey, 1987 akt; Slater, 1996). Buradan hedef kitle segmentasyonunun temel amacının riskli sağlık davranışlarında değişiklik yaratmak ya da bunları tamamen ortadan kaldırmak olduğu anlaşılmaktadır.

Segmentler, bir iletişim çabası tarafından hedeflenen tutum ve davranışları belirleyen değişkenlerin kalıplarına (ve bu değişkenler üzerindeki değerlere) göre homojen olmalıdır. Belli bir alanda bilgi, tutum veya davranışları etkilemek için tasarlanan bir iletişim çabası için herhangi bir segmentasyon stratejisi şu şekilde ilerlemelidir (Slater, 1996: 269):

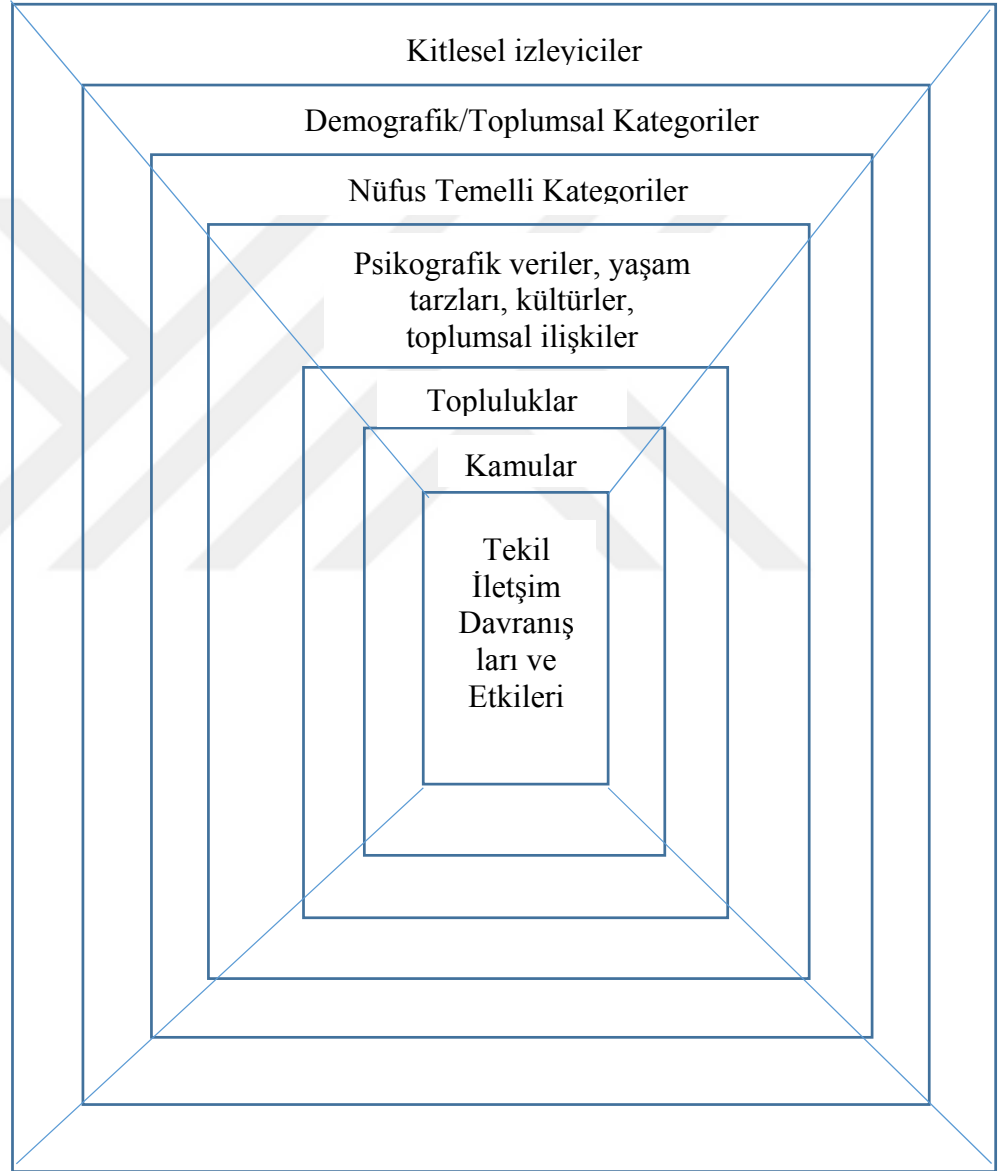
- İlk adım mevcut araştırmadan, mümkün olduğunca, o alandaki bilgi, tutum ve davranışın bilinen belirleyicilerini tanımlamaktır.
- İkinci adım, belirleyici kalıplara dayanarak kitle segmentlerini belirlemektir; bunların her biri, uygun iletişimler ve ilgili etkinlikler yoluyla ele alınabilir.

Geriye kalan problem, elbette, belirleyicilerin kalıplarını tanımlama konusunda nasıl ilerleneceğidir. Çoğu sağlık davranışı ile, davranışsal belirleyicileri önerecek bir düzine teorik perspektif tanımlamak zor değildir. Bazı teoriler bir dereceye kadar çakışmaya rağmen, yine de iki düzine veya daha fazla değişkene bakma beklentisine girebilir (Slater, 1996: 269).

Grunig'e göre ise segmentasyon (1989); bir nüfusu, pazarı ya da izleyici kitlesini, her segmentin üyeleri birbirine diğer segmenttekilerden daha çok

benzeyecek şekilde gruplara ayırmaktır (Grunig ve Repper, 2005: 144). Aşağıda Grunig'in Bonomo ve Sahpiro'dan (1983) aldığı şekil yer almaktadır. Ona göre en iyi segmentasyon ikinci basamakta yer alan “kamular” aşamasında gerçekleşir. Ancak kamuların davranışlarını anlamamanın tek yolu en ilk basamakta yer alan tekil davranışları anlamaktan geçer (Grunig, 1989: 146).

Şekil 5: Gömülü Segmentasyon Konseptleri



(Grunig ve Repper, 2005)

Sağlık alanında hedef kitle segmentasyonu gerçekleştirmenin birden fazla yönteminden bahsedilebilir. Aşağıda gerçekleştirilen literatür taramaları neticesinde elde edilmiş yöntemlerin bazılarından bahsedilecektir.

2.4.1. CDC'nin Hedef Kitle Segmentasyon Aşamaları

Sağlık iletişiminde hedef kitle segmentasyonundan bahsederken CDC'ye yani ABD'nin (Centers for Disease Control and Prevention) Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi'nin segmentasyon ve hedef kitle analizlerine değinmek gerekmektedir.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Dairesi'nin, kamu sağlığı ve kamu güvenliğinin sağlanması konusunda çalışan birimdir. Bu birimce hazırlanan hedef kitle segmentasyonuna ve analizlerine burada yer verilmesinin nedeni ABD toplumunu hastalıklar, etnik köken, kültür ya da yaş aralığı ve cinsiyet gibi değişkenler üzerinden başarıyla segmente etmiş olmasıdır.

CDC, Amerika toplumunun başta gelen sağlık sorunu olan obezite hastalığını segmente etmiştir. Ancak bu önemli segmentasyon dışında “kültürel analiz” (cultural insights) ismini verdikleri ABD toplumunda yaşayan farklı kültür ve etnik kökenden gelen bireyleri hastalıklarda korumak için nasıl bir sağlık iletişim stratejisi izlediklerini anlatan ayrımları da vardır. Bu analizin yapıldığı milletlerin başında İspanyollar/Latinler ve Afro Amerikalılar gelmektedir.

Bir diğer analiz yaş gruplarına özgüdür. 12-17 yaş grupları arasında yer alan ergen bireylerle toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla nasıl iletişimi geçilmesi gerektiğini öneren bir rehber hazırlamışlardır (https://www.cdc.gov/healthcommunication/pdf/audience/audienceinsight_teen.pdf.) Aynı içeriğe sahip fakat farklı yaş grubuna hitap eden bir diğer rehber ise 64-84 yaş arası bireyler için hazırlanmıştır. Burada da yine bu yaş grubundaki bireyle en kısa yoldan ulaşmak için hangi kitle medyasının kullanılması gerektiği, yaşlı bireylerin medya kullanma alışkanlıklarının neler olduğu gibi sağlık iletişimine yönelik içerikler yer almaktadır (https://www.cdc.gov/healthcommunication/pdf/audience/audienceinsight_adult.pdf).

Bir başka analizleri HIV/AIDS hastalığına özeldir. Bu analizde klinik denemeler, bağışıklı sistemi, genetik, risk ve korunma, ameliyat, terapi ve tedaviler, aşılar gibi hastalığın önlenmesine ve tedavi edilmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır (Acton, 2012).

CDC yukarıda bahsi geçen grupların dışında aile hekimleri ve çalışmayan annelerle ilgili de analizler gerçekleştirmiştir. CDC'nin hedef kitle analizi (audience insight) olarak isimlendirdiği bu ayrımlar dışında gerçekleştirdiği hedef kitle segmentasyonu da vardır. Öncelikle bir hedef kitlenin nasıl segmente edilmesi gerektiğine ilişkin aşamaların verilmesi uygun olacaktır. CDC'ye göre Bu aşamalar aşağıdaki gibidir (<https://www.cdc.gov/healthcommunication/cdcynergy/marketstrategy.html>):

Hedef kitle sınıfınızı seçin.

- Hedefe alabileceğiniz öncelikli kitle sınıfının bir listesini yapın. Her bir sınıfı şu açılardan tanımlayın:
 - o Demografik özellikler
 - o Sağlık davranışınızı gerçekleştiren kişileri gerçekleştirmeyen kişilerden ayıran davranışsal belirleyiciler
- Listelenen her bir olası hedef kitle sınıfı için araştırma bulgularınızdan aşağıdaki bilgileri çekin:
 - o Niyet
 - o Değer biçilmiş hedef davranış faydaları
 - o Uygulanan rekabetçi davranışlar
 - o Kullanılan bilgi kanalları
 - o Değişime hazır olma düzeyi
- Daha sonra listeye geri dönün ve hedef kitle sınıflarının şunlara sahip olup olmadığına vurgu yapın:
 - o Bir değişime entegre edilmesi kolay olduğu algılanan faydalar
 - o “kazanabileceğiniz” davranışlara karşı yarışan davranışlar
 - o En düşük maliyetle ulaşılabilecek en çok insan sayısı
 - o Değişime en çok hazır olma durumu

- İkincil kitle sınıfı hedeflemesi için sınırlı program kaynaklarının tamamını mı yoksa bir kısmını mı tahsis edeceğinize karar verin. İkincil hedef kitle sınıflaması birincil hedef kitle sınıflamasını etkileyebilir.

Her bir hedef kitle grubu için mevcut ve istenen davranışları tanımlayın

- Her kitle sınıfı finalistinin şu anda yaptığı davranışları tanımlayın. Gerçekleştirmelerini istediğiniz davranışları özelleştirmek için kendinize şu soruları sorun:
 - o Kısa dönemde hangi davranış değiştirilebilir?
 - o Biraz daha teşvikle değişebilir mi?
 - o Eğer hedef kitle üyeleri istenen davranışı gerçekleştirirse, bu durum program amaçlarımızı gerçekleştirmede somut farklılıklar yaratacak mı?

Hedef kitle/ Davranış çiftlerine öncelik verin

- Listenizi nihai önceliklerinize kadar daraltmak için, her bir kitle / davranış çifti için aşağıdaki faktörleri göz önünde bulundurun.
 - o Risk
 - o Etki
 - o Davranış Geçerliliği
 - o Kaynak Geçerliliği
 - o Siyasi Geçerliliği

Önerdiğiniz faydaları açıklayın

- Sosyal pazarlama insanların karşılığında bir şeyler kazanmak için bazı zorlukları üstlendiği değişim ilkesine dayanmaktadır.
- Hedef kitlenize ;
 - o Kabul etmenin kolaylığını ve karşı konulmazlığını,
 - o Davranışları benimsemek için kazanacakları faydaları en üst düzeye çıkarmayı,
 - o Onları alıkoyabilecek engelleri asgariye indirmeyi,
 - o Hedef kitle sağlıkları için neye ihtiyaç duyuyor sorusu yerine hedef kitlenin ne istediğini sorun.
- Hedef kitlenin en çok değer verdiklerini söyledikleri şeye odaklanın ve kalıcı bir değişim için yolunuza bakın. Hedef kitle tarafından

sürekli olarak daha fazla fayda sağlayarak bilinen ve değer verilen her program etkinliğini zenginleştirin.

Bir segmentasyonun nasıl gerçekleştirilmesi gerektiğinden bashedildikten sonra CDC'nin obezite hastalığına yönelik segmentasyonuna yer verilmiştir. Obezite, ABD toplum sağlığını en çok tehdit eden hastalıkların başında gelmektedir. Bu nedenle obezite ile mücadelede kullanmak için hedef kitle segmentasyonu gerçekleştirmişlerdir. Segmentasyon neticesinde elde edilen sonuçlar ve süreç aşağıdaki gibidir (http://www.cdc.gov/nccdphp/DNPAO/socialmarketing/pdf/audience_segmentation.pdf):

Öncelikle “Enerji dengesi Segmentasyonu” gerçekleştirmişlerdir. Buna göre ABD vatandaşları beslenme, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü davranışlarına bakılarak beş kategoriye ayrılmıştır. 25 değişkenden pek çoğu “sosyal bilişsel teori” ye göre seçilmiştir. Bu değişkenler: müzik dinleme, okuma, film izleme, alışverişe çıkma, bahçeyle ilgilenme, “kendin yap” türü işlerle ilgilenme, kağıt oyunları oynama, yemek pişirme, bilgisayar oyunu oynama, denize gitme, piknik yapma, masa oyunları oynama, şans oyunları oynama, dini aktivitelere katılma, spor faaliyetlerine katılma, video oyunu oynama, sanat ve el sanatlarıyla uğraşma, su parklarına gitme, tiyatroya gitme, hayvanat bahçesine gitme, fotoğraf çekme, gece kulübü ve barlara gitme, kumar oynama, koleksiyonerlik yapmadır.

Sosyal bilişsel teori insanların bazı davranış kalıplarını nasıl elde ettiğini ve sürdürdüğünü açıklamakta ve müdahale stratejileri için temeli oluşturmaktadır. Teoriye göre bireyler bilgiyi kişisel özellikleriyle birlikte çevresel yönelimler ve deneyimlerle elde etmektedir.

Araştırmada Tüketim davranışları (ConsumerStyles©) ve Sağlık davranışları (HealthStyles©) isimli iki ayrı anket kullanmışlardır. Tüketim davranışları anketi ABD toplumunun satın alma davranışlarını ortaya koymaktadır. Anket katılımcılara mail yoluyla gönderilmiştir. 10.000 kişiye gönderilen ankete %60 oranında yanıt almışlardır (5,873). Sağlık davranışları anketi ise 4,035 kişi tarafından cevaplanmıştır.

Ortaya çıkan hedef kitle segmentasyonu şöyledir:

Denge arayanlar (nüfusun yaklaşık %24'ü): Bu grup oldukça motiveidir. Kilolarından memnun değillerdir, etkin şekilde kilo vermek isterler ve amaçlarına ulaşmak için fiziksel aktivite davranışlarına ve diyetle riayet etme yeteneklerine güvenirlir. Sağlıklı beslenmeyle ve fiziksel aktiviteyle ilgili iyi bilgilendirilmişlerdir ve kendilerini motive edecek sosyal destek ağına sahiplerdir. Motivasyon ve desteğe rağmen %39'u fazla kilolu ve %19'u obezdir.

Çözüm arayanlar fakat zorlananlar (nüfusun yaklaşık %23'ü): Bu sınıfın yaklaşık yarısı obezdir (%53) ve diğer %35'lik kısmı aşırı kiloludur. Bu grup üyeleri kilolarından memnun değildir ve kilonun sağlıklarını tehdit ettiğini bilir. Sağlıklı bir diyetle uymayı denerler fakat genelde üzgün ya da stresli olduklarında sık yemek yerler. Harekete etmeyi sevmezler fakat spor yaptıklarında kendilerini iyi hissederler. Sağlıklı yemek yemeğe ve hareket etmeye isteklidirler fiziksel aktiviteye katılma yeteneklerine güvenirlir fakat yeme alışkanlıklarında değişiklik yapmak için öz-yeterlikleri düşüktür.

Etkin dengeliler (nüfusun yaklaşık %13'ü): Bu hedef kitle vücut kütle indeksi ölçümlerine göre sağlıklı kilolu katılımcıların en yüksek olduğu iki sınıf arasında yer almıştır (%63). Bu gruptakiler genelde kilolarından memnundurlar ve kilo vermeye çalışmazlar. Sağlıklı yeme davranışına ve egzersiz yapmaya aktif olarak katılmaktadırlar. Sağlık, hayat biçimi tercihinde bir önceliktir.

Dengesizler (nüfusun yaklaşık %22'si): Bu segmentteki katılımcıların yarıdan fazlası obezdir (%56) ve üçte biri aşırı kiloludur. (%31). Kilolarından memnun değillerdir ve sağlıklarını tehdit ettiğini bilirler. Fakat zorlananlar ile denge arayanların aksine sağlıklı yaşam biçimi değişimlerine istekli değillerdir. Fiziksel olarak en az aktif grupturlar ve fiziksel aktiviteden en ufak bir doyum elde etmezler. Zayıflamak için kalori alımı sınırlamasına hiç bir eğilimleri yoktur. Daha az yemeye, kilo vermeye ya da fiziksel olarak daha aktif olacaklarına dair güvenleri yoktur ve bu davranışlar için daha az sosyal desteğe sahiptirler.

Pasif dengeliler (nüfusun yaklaşık %22'si): Bu segment, sağlıklı kilolu kişilerin en yüksek ikinci sırasında yer almaktadır (%56). Sağlıklı kiloda olma eğilimlerine rağmen, sağlıklarını sürdürmek için bilinçli ya da aktif çabaları yoktur. Etkin dengeli hedef kitle üyelerinin aksine, bu hedef kitle grubu sağlıklı yeme alışkanlığına dair düşük motivasyon ve az ilgiye sahiptir. Fiziksel olarak en

aktif gruptur ve zayıf kalabileceklerini ya da kilo vereceklerine güvenirler fakat genelde kilo vermeye çalışmazlar.

ABD toplumunda yaşayan ve obezite ile mücadele eden bireylerin büyük çoğunluğunun obeziteden kurtulmak istedikleri ancak yeterli motivasyon ya da gücü bulamadıkları anlaşılmaktadır. Sağlık iletişim kampanyalarının mesaj içerikleri bu çerçevede hazırlandığında umutsuz olan obez hastaların dikkatini çekmek kolaylaşmış olacaktır.

2.5. Hedef Kitle Olarak Kamular

Hedef kitle ve kamu kavramları Türkçe'ye adapte edilirken çeşitli karmaşıklıklara neden olan bu nedenle de ayrımı net yapılamayan halkla ilişkilerin iki önemli kavramıdır. Özellikle çeviri adaptasyonunun doğru yapılmadığı durumlarda yarattığı karmaşa daha da artmaktadır.

Popüler söylemler, hedef kitlenin pasif, önemsiz, sıradan kişilerden oluştuğunu, kamuların ise aktif, önemli derecede konuya dahil ve politik olarak anlamlı sayıldığını söylemektedir (Livingstone, 2005: 18).

Gerçekte, hedef kitle ve kamular tamamen farklı konulara gönderme yapmazlar. Artık tamamen medya ile aracılanmış dünyada, hedef kitleler, kamular, pazarlar ve kitleler (mass) aynı kişilerden oluşmaktadır (Livingstone, 2005: 17). Hedef kitlenin faaliyetleri ile kamuların faaliyetleri birbirinden ayrılabilir değildir (Corner, 1991). Hedef kitle ile kamuyu aynı potada eriten yaklaşım, medya aracısız kamuların alanının daralması nedeniyle, herhangi bir kamusal iletişim krizine ya da savunmasına (Blumler and Gurevitch, 1995), bu kamuların zayıflatılması için medyanın dahil edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir.

Kamular, zaman zaman siyasi gündemde sorunlarının devamlılığını sağlamak için hedef kitle olarak kalmalıdır. Hedef kitle olarak neyin neden tartışıldığını anlamak zorundadırlar. Kısaca söyleyecek olursak hedef kitleler ve kamular birbirinden ayrı iki kıta değil aynı kıtadırlar (Dayan, 2005: 57). Buna kamuların ve hedef kitlelerin yer değiştirilebilirliği bağlamında bakıldığında hedef kitlenin kamu olabileceğini ifade etmektedir. Basit bir söylemle kamular bir sorun

hakkında harekete geçmeye karar veren hedef kitlelerdir. Kamuya dönüşmek, bir sorunun inşasında kamuların kendi paylarını, katılım göstermekle ilgili refleksiv kararları, harekete geçmeyi ve bir performans göstermeyi kapsar. Pek çok hedef kitle bu sürece girmekle ilgili bir istek duymaz. Bu, hedef kitlelerin saklandıkları anlamına gelmez. Onlar da çekingen yapıda değillerdir. Ancak bu duruş, kamuların aradığı türde bir görünürlük sergileme türü değildir (Dayan, 2005: 58).

Dayan (2005) TV izleyicilerinin 3 ideal kamu türüne ayrıldığından bahsetmektedir:

Deneyen kamu türleri: Bu kamu türü genellikle TV’de yapılan işlere, yer alan metinlere ya da programlara odaklanmışlardır. Bu kamuların harekete geçmeleri yargısaldır. (Değerlendirmeden harekete geçmezler.)

Sorun kamuları: Sorun kamuları genelde siyaset ile ilişkili değillerdir. Toplum sorunlarının üretimi üzerine odaklanırlar. Harekete geçmeleri genellikle açıklayıcıdır ve hareketin izlediği yolu tanımlamayı amaçlarlar.

Kimlik kamuları: Müzik, oyun ya da spor hayranları gibi kişilerin, bir oyun ya da performansa kendi görünür kimlikleriyle kendilerini adayan kişilerden oluşur.

Sayıca az olan nitelikli hedef kitlelerin kamularla en az iki ortak özellik paylaştığını bilerek, TV haberleri bağlamında kamuların ve hedef kitlelerin yer değiştirmesini gerçekleştirdiğimizde;

1. Hedef kitlelerin deneyimleri de kamularınki gibi, kendileriyle katılımcı çerçeve paylaşan diğerlerine ilişkin hayal gücünün boyutlarını kapsar (Livingstone & Lunt, 1992 ; Dayan 2005)
2. Hedef kitleler de kamular gibi sosyal deneyimin temel boyutlarını somutlaştırırlar. (Dayan, 2005).

Çoğu kamu türü kariyerlerine izleyici olarak başlar ve zaman zaman izleyicilerin statüsüne döner. Kamuların üç sebepten dolayı hedef kitle olması gerekmektedir. (1) Kamular, meseleler etrafında hareket ettiğinde, önce izleyici olarak maruz kaldıkları ve genellikle medya ile aracılanmış durumlara karşılık verirler (Boltanski, 1993; Dayan, 2005). (2) Sorunlar inşa edildikten sonra, kamuların, üyelerine ulaşmak için medyaya ihtiyaçları vardır ve yeni üyeler

genellikle hedef kitlelerden toplanacaktır. (3) Kamunun ortaya çıkması, bağlanması ve örgütlenmesi için gerekli olan okuryazarlık becerileri, çoğu zaman, okullarda hiç bir zaman öğretilmemekte, ya da insanlar zaten onlara hakim olduklarında sonradan öğretmektedir. O halde hedef kitleler nasıl bilinçlenerek kamulaşmaktadır? Hedef kitleyi karakterize eden medyadan gelen içerikler ile (Dayan, 2005: 57).

Her kamu bir hedef kitleyken, her hedef kitle kamu olmayabilir. Hedef kitlesi oldukları konu için harekete geçmekle ilgili duydukları istek onları kamu yapan temel özelliktir. Toplumda kamuoyu oluşan durumlarda farkındalığın artması, seslerin daha yüksek çıkması da buradan gelmektedir diyebiliriz.

2.6. Kamuların Durumsal Kuramı

Dewey (1927), kamuoyu isimli eserinde, belirli bir konuda benzer değerler veya çıkarlar paylaşan alt gruplar olarak kamular kavramını ortaya atmıştır (Smith, 2016: 4). Dewey'e göre (1927) kamular (publics) aynı gündem ya da sorunlara ilişkin sorun algıları, kısıt algıları ve ilgi dereceleri birbirine yakın olan insanlardan oluşur. Hem Dewey hem de Grunig kamuların, kendileri üzerinde sonuçları olan sorunlar etrafında geliştiğini gözlemlemiştir. Bu yüzden kamular sorunları değil, sorunlar kamuları oluşturur. Kamular kendilerini etkileyen sorunları ayırt ettikten sonra, gündem grupları biçiminde örgütlenir sorun yaratan ya da sorunların çözümüne yardım etmekle yükümlü olan örgütlere baskı yaparlar. Yani kamular ortak sorunlar yaşayan bireylerin oluşturduğu birbirinden kopuk sistemler olarak doğar ama zaman içinde kolektif davranış sergileyen örgütlü güçlü eylem gruplarına dönüşebilirler. (Grunig ve Repper, 2005: 152-153). Bir gün önce bir şehirde gerçekleşen kadın cinayeti için ülkenin farklı şehirlerindeki binlerce kadının farklı yer ve zamanda bir araya gelip durumu protesto etmesi kamulaşmaya örnek olarak verilebilir.

Grunig (1983), Dewey'in kamuya ilişkin tanımını, kamuların durumsal kuramının (KDK) temeli olarak kullanmıştır. Dewey, bireylerin benzer bir problemle karşılaşmaları, problemi tanımaları ve sorunun çözülmesi için örgütlenmeleri halinde "kamu"nun ortaya çıktığını belirtmiştir. Bir başka deyişle, sorunlar kamunun oluşmasına yol açmaktadır (Grunig ve Hunt, 1984). Blumer ise

sorun etrafında toplanmış kişilerin problemin çözümüne ilişkin görüşleri bulunmaktadır ve bireyler soruna bir çözüm yolu bulmak için birbirleriyle tartışır demektir (Blumer, 1996: 46).

Kamular kuramı, ilk sosyal bilimcilerden Dewey (1927) ve Blumer'in (1966) fikirleri üzerine kuruludur. Bu iki bilim adamı kamuların kendileri üzerinde sonuçlar doğuran sorunlar etrafında toplandığını gözlemlemişlerdir. Bu nedenle kamuların sorunları değil, sorunların kamuları belirlediğini söylemişlerdir. Yani kamular aynı problemleri yaşayan kişilerin oluşturduğu birbirine bağlı olmayan sistemler olarak ortaya çıkar ve zamanla ortak ve toplu davranış sergileyen organize eylem gruplarına dönüşebilirler (Grunig, 2005: 153).

İletişim literatüründe, kamuların durumsal kuramı, kamu (public) terimini paydaşları işaret etmek için kullanır. Dewey (1927) ve Grunig (1997) tarafından tanımlandığı üzere, kamular benzer bir durumla karşılaşan, bir sorunu tanıyan ve daha sonra sorunu çözmek için örgütlenen kişiler grubudur. Kamular, paylaşılan davranışlarına dayanarak tanımlanabilir, kamuların iletişim davranışları ise üyelerin örgütsel sonuçlardan etkilenmekte oldukları durumları nasıl algıladıklarını ölçerek anlaşılabilir (Chung, 2016: 40).

Kamuların durumsal kuramı, 1) insanların bir durumu nasıl algıladıklarını ve 2) algılarına dayanarak bilgi arama ve bilgi işleme gibi belli iletişim davranışlarıyla nasıl ilişkilendireceklerine dair bir tipoloji ortaya koymaktadır (Chung, 2016: 40).

Teori, modern halkla ilişkiler teorisine etkili bir katkıdır. 1968'de J. E. Grunig tarafından öne sürülen teori, 1984'te Hunt ile birlikte yazılan Halkla İlişkiler Yönetimi isimli kitapta son halini almıştır (J. E. Grunig & Hunt, 1984). Grunig'in teorisi, belirli kamuların etkin veya pasif iletişim davranışını, yani belirli bir konuda aktif olarak bilgi aramaya veya pasif bir şekilde bilgiyi işleme eğilimini üç durum değişkeni üzerinden açıklar. Bu değişkenler sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi (katılım) derecesidir (Illia, Lurati, & Casalaz, 2013: 93).

Orijinalinde bağımsız değişken sayısı dört adet idi (Grunig, 1997). Referans (referent) isimli bu değişken bir önceki sorunu referans alarak şimdiki sorunu çözmek anlamına geliyordu. Bu değişkenin iletişim davranışı üzerindeki

sonuçları ikna edici olmadığı için 1980'lerin ortasında kuramdan çıkarıldı (Aldoory ve Sha, 2009: 341).

Stratejik halkla ilişkilerde kamu evresi paydaşların ortaya çıkan sonuçlardan bir ya da bir kaçını sorun olarak gördüğü zaman ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan kamular ise örgütlenerek sorun olarak algıladıkları konularla ilgili gündemler yaratmaktadırlar (Grunig ve Repper, 2005:138). Bu nedenle kamuların gündemleri yaratmadan önce özelliklerini anlamak gerekir. Kamuları tanıyabilmek için ise kuramın aşağıda yer alan bağımlı ve bağımsız değişkenlere yer verilmelidir.

BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Grunig'in durum teorisi tarafından önerilen üç bağımsız değişken, bireylerin aktif veya pasif iletişim davranışına girip girmeyeceğini tahmin etmede kritik olduğu düşünülen kavramları yansıtır (Hamilton, 1992: 124). Bu üç değişken aşağıdaki gibidir:

Sorun Algısı

Sorun algısı konseptini Grunig Dewey'den almıştır. Dewey'e göre sorun algısı bir durumda bir şeyin eksik olmasıdır. Grunig'e göre (1989) sorunlar, toplumdan, bazı durumlardan ya da ortamlardan doğabileceği gibi merak ya da bilgi eksikliğinden içsel olarak da doğabilir (Grunig, 2005:149). Sorunu algılama ya da problemi tanıma, halkın sorunun var olup olmadığını kabul etmesine ve sorunla yüzleşmek için bir şeyler yapılması gerektiğine işaret eder (Grunig & Hunt, 1984: 149; Bravo, 2015:128).

Kısıt Algısı

Kısıt algısı, insanların davranışlarını sınırlayan veya kısıtlayan unsurların varlığından haberdar olup olmadığını belirtir. Kısıt algısıyla ilgili olarak, kısıtlamaların içsel olabileceğini açıklamak gerekir. Örneğin, öz-yeterlik denilen, kişi nasıl davranırsa davranırsın, eyleminin etki ya da fark yaratmayacağına dair olan psikolojik algısı. Harici kısıt ise, kişinin belli bir görevi yerine getirmesini engelleyen gerçek dünyadaki zorlukların veya sınırlamaların varlığıdır. Örneğin belirli bir görevi yerine getirmek için zamanın veya maddi kaynakların olmaması (Grunig & Hunt, 1984: 149).

İnsanlar değiştirmeye güçlerinin yetemeyeceği konular, ortaya koyma gücüne sahip olmadıklarına inandıkları davranışlar konusunda iletişim kurmazlar (Grunig, 2005:150). Bu nedenle kişilerin kendilerini sınırlı hissetme seviyeleri ne kadar yüksekse iletişime geçme düzeyleri de o derece düşük olacaktır.

İlgi Derecesi

Son olarak dahil olma düzeyi ya da ilgi derecesi, insanların konuyu ele alıp almadığını diğer bir deyişle, insanların soruna derinlemesine bakıp bakmadığını açıklar (Grunig & Hunt, 1984: 149). Grunig (2005) Lovelock ve Weinberg (1984) tarafından bir davranışın farklı bireylerde yarattığı önem ya da aldırış derecesi olarak tanımlandığını da belirtmektedir.

BAĞIMLI DEĞİŞKENLER

Bilgi arama ve Bilgi İşleme

Grunig ve Hunt (1984) bir topluluğu bölümlerken insanların belli bir konuda aktif ya da pasif iletişim kurma durumlarının dikkate alınması gerektiğini söyler (Grunig ve Repper, 2005:139). Grunig, bilgi aramayı aktif iletişim, bilgi işlemeyi ise pasif iletişim olarak aktarmaktadır. Bilgi arama, "belirli bir konuyla ilgili mesajlar için çevrenin planlı taranması" iken, bilgi işleme ise "planlanan bir mesajın keşfedilmesinin ardından devam ettirilmesi" olarak açıklanmaktadır (Grunig, 1989). Bilgiyi işleme, daha çok bir mesajdan etkilenmek, mesajın kişinin dikkat aralığına girmesi şeklinde yorumlanabilir.

Sorun algısı yüksek, kısıt algısı düşükse hem bilgi arama hem bilgi işleme davranışı yüksek olur. İlgi derecesinin yüksek olması bilgi arama davranışını yükseltmektedir fakat bilgiyi işlemeye yönelik etkisi daha azdır. Başka bir şekilde diyecek olursak konu hakkında nadiren bilgi arıyor olmak, bizi konuya dahil etmez. Fakat rastlantısal olarak düşük ilgili oldukları konuya dair bilgileri işlerler, özellikle de konuyu sorun olarak algılıyorsa. (Grunig, 1997: 10).

Her bir birey, 4 farklı segmente ayrılmıştır. Bunlar; Aktif kamu, Uyanmış kamu, Gizli kamu ve Kamu olmayanlardır. Bu ayrım kesin bir soruna karşı çeşitli düzeylerde sahip olunan sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi ile belirlenmektedir (Grunig, 1997):

Grunig (1997) bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye bağlı olarak kamuları harekete geçme durumlarına göre 3'e ayırmıştır. Bunlar;

AKTİF KAMU

Aktif kamuların, ilgi derecesi ve problem tanıma düzeyleri yüksek, kısıt algısı seviyeleri ise düşüktür. Çünkü bu kişiler, sorunun kendilerini nasıl etkilediğini ve bununla ilgili bir şeyler yapabileceklerini bilirler. Aktif kamular oldukça motivedir bu nedenle bilgi arama ve paylaşmaya yönelik eğilimi en yüksek olan gruptur (Kim, 2011:6). Aktif kamular etkin bir şekilde bilgi ararlar ve bilgi paylaşmaya eğilimlidirler ayrıca bilgi aradıkları konu hakkında aktivist olma potansiyelleri de vardır (Aldoory ve Sha, 2009: 341)

UYANMIŞ KAMU

Sorun algısı, ilgi derecesi ve kısıt algısı yüksek kamuları temsil eder. Kısıt algıları yüksek olduğu için harekete geçmeye isteksizdirler. Kısıt algıları azaldığı zaman harekete geçme olasılıkları artacaktır (Aldoory ve Sha, 2009: 342).

GİZLİ KAMU

Bu kişiler sorunun farkında olmadıkları için sorun algıları düşük, ilgi derecesi az ve kısıt algısı yüksektirler. Benzer sorunlarla karşılaşmaktadırlar ancak sorunun ayrımında değildirler. İlgi dereceleri düşük olmasına rağmen yükselmeye meyillidir. Gizli kamular genellikle kampanya mesajlarının hedefidir (Aldoory ve Sha, 2009: 342)

Harekete geçmeyen grup ise;

KAMU OLMAYANLAR (KAMU DIŞI)

Soruna ilişkin bilgi dereceleri ve ilgi dereceleri hiç olmayan kişileri kapsamaktadır. Problemin farkında olmadıkları için sonuçlarıyla da ilgilenmezler.

“Sorun ve konu içerisinde” tipolojisi Dewey’in (1927) kamu kavramına dayanmaktadır ve buna göre 3 farklı kamu türü ortaya çıkmaktadır :

**Tablo 4: Grunig'in Kamuların Durumsal Kuramına Göre Hazırlanmış
Kamu Türleri**

Sorun algısı	Kısıt algısı	İlgi derecesi	Kamu türleri
↑	↓	↑	Aktif Kamu
↑	↑	↑	Uyanmış Kamu
↓	↑	(az) ↑	Gizli Kamu

Hallahan (2000) yukarıda yer alan kamuların dışında kalan ve tepkisiz ilgisiz ve bilgisiz bir kitleyi temsil eden grubu halkla ilişkilerin unutulmuş fakat bir o kadar önemli olduğunu söylediği kamu grubu olarak nitelendirmiştir. Bunun üzerine gizli kamu ve kamu olmayanları yeniden isimlendirerek uyanmış ve aktif olmayan kamuları kurama dahil ederek kamu türlerini 5'e çıkartmıştır (Karakaya-Şatır vd, 2017: 19).

	Düşük İlgi Düzeyi	Yüksek İlgi Düzeyi
Yüksek Bilgi	Uyanmış Kamu	Aktif Kamu
Düşük Bilgi	Pasif Kamu	Uyanmış kamu

Bilgi ve İlgi derecesi yok

Kamu Dışı

Hallahan (2000) her kamu türü için aynı iletişim stratejisinin işe yaramayacağını belirterek hangi kamu türü için nasıl bir iletişim stratejisi benimsenmesi gerektiğine dair öneri geliştirmiştir. Aktif kamular için müzakere, uyanmış kamular için harekete geçme (müdahale), uyanmış kamular için eğitim, pasif kamular için ise önleyici tedbir alınması gerektiğini söylemektedir (Karakaya-Şatır vd, 2017: 19).

Durumsal kuram “sorun ve konulara karşı” ele alındığında ise sorunlara karşı duyulan ilginin genişliğine gönderme yapar (Kim vd., 2008). Grunig, sorunları kullanarak teoriyi aktif ve pasif davranış ortaya koyan kamuları test etmiştir ve 4 tür hedef kitleye ulaşmıştır (Grunig ve Repper, 2005: 154):

1. **Tüm sorun kamuları:** her konuda aktif olanlar
2. **Kayıtsız kamular:** tüm sorunlara ilgisiz kamular
3. **Tek sorun kamuları:** yalnızca kendilerini ilgilendiren sorunlarla ilgili olan kamular
4. **Sıcak gündem kamuları:** nüfusun neredeyse tamamını ilgilendiren ve medyada geniş bir yer tutmuş tek bir gündem konusunda aktif olan kamulardır.

2.6.1. Kamuların Durumsal Kuramının Küresel Boyutu

Bu başlık altında daha önce dünyanın çeşitli yerlerinde kamuların durumsal kuramının türlü sorunlara ya da durumlara uygulanmasıyla geçerliliği kanıtlanmış olan araştırmalardan bahsedilecektir.

Kamuların Durumsal Kuramını kullanarak pek çok araştırma gerçekleştirmiş olan Grunig'in kronolojik sırayla verilmiş çalışmalarından elde ettiği sonuçlar şöyledir:

Grunig (1978), bir eyalet hastanesinde çalışan sağlık personeli üzerinde kamuların durumsal kuramını uyguladıktan sonra mavi yakalı hastane çalışanlarının uyanmış kamu olduğunu ve düşük gelirli kamuların en çok bilgi arayan kamu türü olduğunu ortaya koymuştur.

Grunig (1979) çeşitli kamu türleri şirketlerin kaliteli ürün üretme ve kaliteli hizmet vermeye ve kirlilik ya da enflasyon gibi ticari faaliyetlerin dolaylı sonuçlarının üstesinden gelme konusunda endişe duymaları gerektiğine inanmaktadır sonucuna ulaşmıştır. Her bir kamu türü ile kurumsal sosyal sorumluluk çalışmalarıyla ilgili ayrı ayrı iletişime geçilmesi bu çalışmada önerilmiştir.

Grunig (1979a) bu çalışmasında, kitle medyasının tamamlayıcı kullanımına olan ilginin düşük olmasına dair kanıtların kitle medyasının fonksiyonel kullanımına ilişkin ilginin yüksek olmasına dair olan kanıtlardan daha fazla olduğunu bulmuştur.

Grunig (1983) çevre konularıyla ilgilenen Washington Reporter'ın okuyucularını segmente etmek amacıyla kamuların durumsal kuramını uygulamış

ve neticede kamuların beş ayrı sorun etrafında toplandığını bulmuştur. Bunlar; Doğal Gazın Deregülasyonu, Alarm sisteminin kesilmesi, Kimyasal imha siteleri ve Asit yağmurlarıdır.

Grunig ve Childers (1988) Maryland Üniversitesi öğrencileri üzerinde AIDS hastalığıyla ilgili kamulaşmayı anlayabilmek için kamuların durumsal kuramını uygulamıştır. Sonuç olarak pasif iletişim davranışı ile sorun algısı arasında pozitif ilişki olduğunu bulmuştur. İlgi derecesi ile sorun algısı arasında da pozitif ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu sonuçlara bağlı olarak iletişim programlarının kayıtsız kamuları hedefleyerek aktif iletişim davranışını harekete geçirebileceklerini önermiştir.

Grunig'in (1989a) bir başka araştırmasındaki sonuçlar da durumsal teorinin temel hipotezlerini doğrulamıştır. Ayrıca, en aktif kamunun, tüm sorun kamuları üyelerinden çıktığını, bu kamu türünün bir aktivist gruba katılma ve o grupta aktif olarak etkin olma olasılıklarının yüksek olduğunu da göstermiştir.

Yukarıdaki çalışmaların dışında Grunig kamuların durumsal kuramını alkollü araç kullanımına (Grunig ve Ipes, 1983), bir süper market zincirinin kamularına (Grunig, 1974) ve eğitim sistemlerinin kamularına da (Grunig, 1985) uygulamış ve kuramın geçerliliğini kanıtlamıştır (Grunig ve Repper, 2005: 154).

Dünyadaki diğer çalışmalara göz atacak olursak Singapur'da gerçekleştirilen çalışma karşımıza çıkmaktadır. Araştırma, perakende sektöründeki müşteri hizmetleri düzeyine göre Singapur'da yaşayan kişilerden oluşan örneklemin iletişim davranışlarını değerlendirmek için kamuların durumsal teorisini kullanmıştır. Çalışma 242 müşteriyi incelemiş ve 3 odak grup ile tüketicileri sınıflandırmıştır. Sonuçlar, durumsal teorinin Singapur'daki tüketici kamularının iletişim davranışlarını belirlemede oldukça yararlı olduğunu ortaya koymuştur (Sriramesh vd., 2007).

Hamilton (1992) ise 1990 yılında Kansas'ta hükümet seçimleri için kuramı uygulamıştır. Çalışmada, sorun algısı, ilgi derecesi ve kısıt algısının kesin olarak iletişim davranışını farklı seviyelerde etkilediği anlaşılmıştır. Çalışmanın sonunda ise seçimler bağlamında enerji değişkeninin eklenmesi önerilmektedir.

Tkalac (2007) ise kamuların durumsal kuramını Hırvatistan'da uygulamış ve kuramın bu coğrafyada da geçerli olduğunu ortaya koymuştur.

Illa, Lurati ve Caslaz (2013) İsviçre'de uyguladıkları çalışmada insanların sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecelerine bakmanın aktif kamuları segmente etmede en iyi yol olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca çalışmalarında belirli bir kamunun durumsal davranışının, bu kamunun önyargılı bir zihniyetini temsil eden bir referans kriterinden nasıl etkilenebileceğine ilişkin önceki tartışmaları doğrulamışlardır.

Kamuların durumsal kuramını Türkiye'de uyarlayan ve yine geçerli olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur. Bunlardan ilki Karakaya-Şatır ve Gök-Demir (2013) tarafından Antalya Çıralı sahilinde gerçekleştirilmiştir. Yazarlar çalışmalarında sosyal medyanın kamuları nasıl biçimlendirdiğini ortaya koymayı amaçlamışlardır. Çalışmanın neticesinde kamuların sosyal medya aracılığıyla beş konu üzerinde toplandıkları anlaşılmıştır. Bunlar; medya, politika, ekonomi, kültürel ve kurumsal bağlamdır. Çalışma, kamuların durumsal kuramının Türkiye'de geçerli olduğunu ortaya koymuştur.

Yine Gök-Demir (2016) doktora tezinde kuramı bankaların aldıkları ücretler konusunda toplumun nasıl kamulaştığını ortaya koymuştur. Katılımcılar kuramın önerdiği şekilde aktif, uyanmış ve gizli kamular olarak segmente olmuştur.

Yukarıda sıralanan kuramın uygulanmış olduğu araştırmaların sorun bağlamlarının toplum, eğitim, kültür, ekonomi ya da çevre ile ilgili olduğu görülmektedir. Sağlık/hastalık konularını temele alıp kurama uygulanan araştırmaların olup olmadığına bakıldığında Aldoory'nin (2001) gerçekleştirdiği çalışma göze çarpmaktadır. Araştırmacı kadınları etnik köken, toplumsal sınıf ve eğitim gibi demografik özelliklerin kuramın önemli değişkeni olan ilgi derecesine etki edip etmediğine bakmıştır. Bulgular, günlük yaşam bilincinin, kaynak tercihinin, öz kimliğin, kişisel sağlık bilincinin ve mesaj içeriğinin bilişsel analizlerinin sağlık mesajlarına katılımı etkilediğini ortaya koymuştur.

Kamuların durumsal kuramı dünyada geçerliği ampirik araştırmalarla kanıtlanmış bir kuramdır. Kuramın toplumsal konulara uygulanabilirliği farklı

disiplinlerde çalışma fırsatını da beraberinde getirmiştir. Bu tezde kuram sağlık iletişimi bağlamında test edilecektir.

2.6.2. Kamuların Durumsal Kuramı İle Nedene Dayalı Eylem Teorisinin İlişkilendirilmesi

Grunig'in çalışmaları Kamuların Durumsal Kuramının belirleyici olmadığını, çünkü bir konuyla ilgili ortaya konan tutumların yönünü ve değerliliğini yargılamadıklarını bulmuştur (Grunig, 1983). Nedene Dayalı Eylem Teorisi ise tutumları ölçerek, tutumların davranışların nedeni olduğu önermesini ortaya koymaktadır (Fishbein, 1979).

Bu çalışma, kamuların durumsal kuramının bağımlı değişkenleri olan; sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesinin, bir kişinin öznel norm ve tutumlarını etkileyen bir algı kümesi olarak işlev gördüğünü önermektedir. Başka bir deyişle, davranışın belirleyicisi olan niyeti tutum ve öznel normlar etkilerken tutum ve öznel normları ise bireylerin konuyu bir sorun olarak görüp görmedikleri, konuya ilişkin kısıt algıları ve konuyla ilgilenme dereceleri etkilenmektedir.

Araştırmanın konusu bağlamında Nedene Dayalı Eylem Teorisi değişkenleri şunları ölçmektedir:

Tutum: Kadınların kendilerini elle muayene etmelerine yönelik tutumları.

Öznel norm: Başkalarının kontrole gidip gitmediği, kendilerini elle muayene edip etmedikleri.

Niyet: Kontrole gitmeye ya da kendini elle muayene etmeye yönelik niyet.

Davranış: Önleyici sağlık davranışı. Yani kontrole gitmek ya da kendini elle muayene etmek.

Kamuların Durumsal Kuramının bağımsız değişkenleri ise;

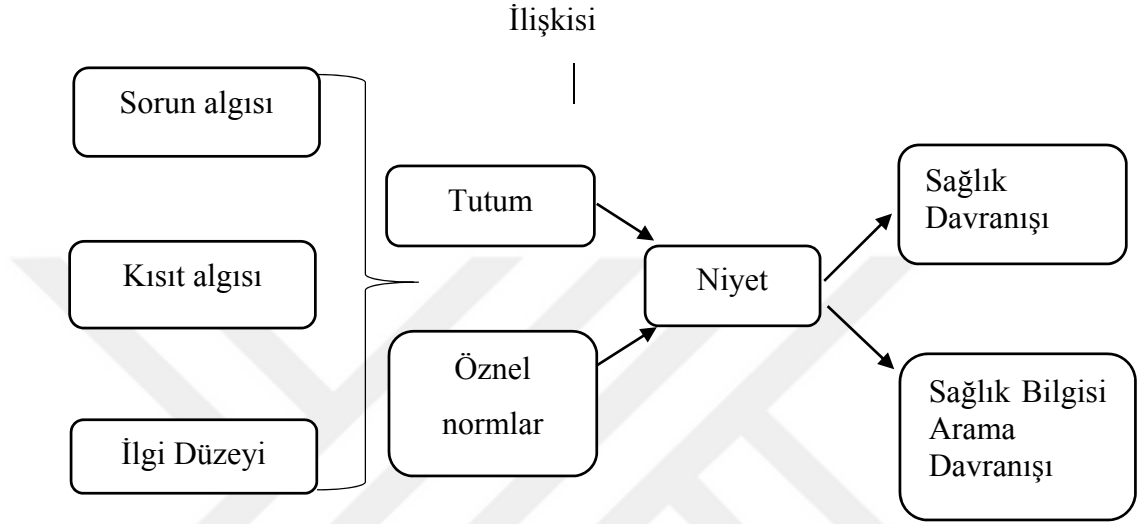
Sorun algısı: Kadınların meme kanserini bir sorun olarak algılayıp, meme kanseri olgusunu kendileri için bir risk olarak görüp görmediklerini ölçmektedir.

Kısıt algısı: Kadınların meme kanserini önlemeyle ilgili kısıt algılarını ölçmektedir.

İlgi derecesi: Kadınların meme kanseri içeriklerine duydukları ilgi ve duyar derecelerini ölçmektedir.

Nedene Dayalı Eylem Teorisi ile Kamuların Durumsal Kuramını bir araya getirdiğimizde elde edilen araştırma modeli aşağıdaki gibidir.

Şekil 6: Kamuların Durumsal Kuramı ve Nedene Dayalı Eylem Teorisinin



Böylece çalışmanın, önleyici davranışın ve bilgi arama davranışının ortaya çıkmasını sağlayan algı ve ilgi durumlarını açıklama amacı olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde yukarıda oluşturulan modelin geçerliliğini ölçmek için yapılmış testlere ve bulgulara yer verilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEME KANSERİ KAMULARINI SEGMENTE ETMEYE YÖNELİK AMPİRİK ARAŞTIRMA

3.1. Dünya’da Ve Türkiye’de Meme Kanseri

Kanser, son yıllarda insan sağlığını ve yaşamını derinden tehdit eden ve ölüm nedenlerinin arasında ilk sırada yer alan bir hastalıktır. 2012 yılında 4.1 milyon yeni kanser vakasının eklenmesiyle kanserden ölen kişi sayısı 18.2 milyon kişiye ulaşmıştır. 2030 yılına gelindiğinde 22 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkması ve yeni vakaların %75 artış göstermesi beklenmektedir. Dünya’da en çok teşhis alan kanser türü 1.82 milyonla akciğer kanseri, ikinci en çok teşhis alan kanser türü 1.36 milyonla meme kanseridir, 1.36 milyonla kolon kanseri ise üçüncü sıradadır (Soerjomataram, F., 2015).

2014 yılından sonra yapılmış geniş çaplı kanser araştırması bu konuda en güvenilir kurum kabul edebileceğimiz Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne bağlı olan Kanser Daire Başkanlığı’nın web sitesinde bulunmamaktadır. Bu nedenle Türkiye’de kanser vakalarıyla ilgili en güncel istatistiksel veri 2014 yılına aittir.

Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye’nin ne durumda olduğunu anlamak için Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 verilerine bakılmış ve aşağıdaki bilgiler elde edilmiştir (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf).

Tablo 5: Yaşa göre standardize edilmiş hız (100.000 kişide)

	Erkek*	Kadın*
Dünya	204,9	165,2
IARC’a üye 24 ülke	235,4	192,1
AB (28 ülke)	311,3	241,4
ABD	347,0	297,4
Türkiye**	220,3	156,8

Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014

Türkiye’de 2014 yılında her 100.000 erkekte yaşa standardize 220,3 erkek kanserken bu rakamın kadınlarda 156,8 olduğu görülmektedir. Türk toplumunun

Avrupa toplumuna kıyasla daha az kansere yakalandıklarını da söylemek mümkündür.

Tablo 6: En Sık Rastlanan Kansere Türlerinin Dağılımları

Türkiye*	Dünya	IARC'a üye 24 ülke	AB (28 ülke)	ABD
Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
Uterus korpusu	Akciğer	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Tiroid
Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus korpusu

(Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)

Türkiye'yle birlikte 28 Avrupa ülkesinde, Amerika'da ve Uluslararası Kansere Araştırma Ajansına üye 24 ülkede meme kanseri kadınlar arasında en sık rastlanan kanser türü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Tüm yaş grupları içinde meme kanseri %24.9 ile birinci sıradadır. 25-49 yaş aralığında %34.1, 50-69 yaş aralığında %25.5, 70 yaş ve üzeri yaşlarda %15.2 ile kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Kadınlarda 20-24 yaş aralığı itibariyle görülmeye başlanan meme kanserinin 40-44 yaş aralığında hızı dikkat çekici şekilde artmaktadır. 2010 yılında hastalığın görülme sıklığı yüz bin kişide 38.6 iken 2014 yılına gelindiğinde bu rakamın 43'e yükseldiği görülmektedir (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzun.pdf).

25 yaş Türkiye'de, 1998-2006 yılları arasında meme kanseri nedeniyle ölümlerin artmaya başladığı yaştır. Meme kanseri nedeniyle ölüm oranı %7'nin üstüne 35 yaşından itibaren çıkmaktadır. Meme kanseri nedeniyle ölen kadınların %45,8'i 40-59 yaş aralığındadır. 60 yaş üzerindeki kadınlarda ise bu oran %41'dir. 50-54 yaş aralığı en yüksek ölüm oranı ile %12,8'dir. Bu yaş aralığını %11,7 ile 75 yaş üzeri kadınlar ve %11.6 ile 45-49 yaşlarındaki kadınlar takip etmektedir. Dünyada ise 45-69 yaş aralığındaki kadınlar meme kanseri nedeniyle hayatını kaybeden kadınların %53,8'ini oluşturmaktadır. Bu yaş aralığında Türkiye'de meme kanseri nedeniyle ölen kadınların oranı ise %55,5'tir. Dünyada

en yüksek ölüm oranı %33,7 ile 45-59 yaş arasındadır. Türkiye’de ise bu oran %35,8’dir (Aktaş, 2014: 444).

Sağlık Bakanlığı, Kanseri Kayıtlılığı altında yer alan bilgilere göre 4 kanser teşhisinden 1’i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5’i 50-69 yaş arasında, %40,4’ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (http://kanseri.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf).

Cancer Research UK (İngiltere kanser araştırma merkezi) 2011 yılında her 9 kadından birinin hayatının bir döneminde meme kanseri olma riski olduğu gerçeğinin artık her 8 kadında bire çıktığını açıklamıştır (<http://www.bbc.com/news/health-12356489>.) Aynı zamanda American Cancer Society (Amerika Kanseri topluluğu) 8 kadından birinin hayatının bir döneminde meme kanseri riskiyle karşı karşıya kalacağını söylemektedir (<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html>).

Meme kanseri daha sık rastlanan bir kanser türü olmasının yanında erken dönemde fark edildiğinde daha az ölümle sonuçlanan bir kanser türü olma özelliğine de sahiptir. Bu bağlamda kadınların meme kanseri olgusunu nasıl algıladıklarını bilmek önem taşımaktadır. Birey, erken teşhis edildiğinde hayatta kalacağına dair kuvvetli bir inanca sahipse, düzenli kontrollere gideceği için bu konudaki algının değiştirilmesi hayati önem taşımaktadır.

Bu amaçla aşağıdaki ampirik araştırma gerçekleştirilmiş ve bulgular değerlendirilmiştir.

3.2. Yöntem

Nicel araştırmaya yöntemine sahip olan araştırmada kullanılan veriler anket tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde çevrimiçi ortamda 350 kişiye ulaşmıştır, yüz yüze olarak 200 kişi tarafından anket cevaplanarak toplam 550 kişiye ulaşılmıştır. Örneklem seçiminde tesadüfi olmayan örnekleme türlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Bazı anketlere verilen yanıtların eksik olması ya da okunmadan işaretleme yapıldığının anlaşılması gibi nedenlerle 48 adet anket güvenilirlik göz önünde bulundurularak analiz dışı bırakılmıştır. Toplam 502 yanıt ile analizler gerçekleştirilmiştir. Analizler için IBM SPSS Statistics 20 paket programı kullanılmıştır.

Çalışmada nüfusta yer alan kamular belirlenecetir. Bu amaçla çeşitli kuramlardan yararlanılmıştır. Bu kuramlardan ilki Grunig'in (1978) Kamuların Durumsal Kuramıdır. Diğerleri Fishbein ve Ajzen'in (1975) Nedene Dayalı Eylem Teorisidir. Bu iki kuram çalışmanın temel hipotezlerini ve amacını oluşturmaktadır. Bunların dışında bu kuramlarla birleştğinde segmentasyon grupları hakkında daha ayrıntılı bilgi edinebilmek için farklı ölçeklerden de yararlanılmıştır. Kumbasar (2011) tarafından geliştirilen ve araştırmada kullanılan ölçek; Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği'dir (2011) – Message Efficiency Diagnosis Scale (MED). Ölçek mesajların etki derecelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte kullanılan mesaj türleri şöyledir (Kumbasar, 2012: 138):

- Korku faktörü içeren,
- Umut veren,
- Davranışa yönlendiren,
- Hastalığa yol açan nedenleri içeren,
- Tıbbi terminoloji içeren mesajlar.

Yukarıda yer alan mesaj stratejileri tarafımdan sağlık iletişimde kullanılan mesajlara uyarlanmış ve ölçeğe eklenmiştir.

Bunların dışında araştırmacı kadınların sağlık bilgisi ararken en çok başvurdukları ve en çok güvendikleri kaynakları da öğrenmek amacıyla güvenilirlik testleri gerçekleştirilmiş sorular eklemiştir.

3.3. Problem

Sağlık Bakanlığı'nın yalnızca 2017 yılı içerisinde gerçekleştirdiği on beş adet sağlık iletişimi kampanyası yer almaktadır. Bu kampanyalar; H1N1 Pandemi

Bilgilendirme Kampanyası, Aile Hekimliği Tanıtım Kampanyası, Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası, Tütün ve Tütün Mamülleriyle Mücadele Kampanyası, Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası, Aşıyla Hastalıkları Aşıyoruz, Sevgi En İyi İlaçtır, Okul Sütü Kampanyası, ALO 182, Bebeğimi Seviyorum Sağlıklı Besleniyorum, Kızılay Kan Bağışı Kampanyası, Organ Bağışı Kampanyası, Aşı Kampanyası, El Yıkama Kampanyası ve Akılcı Antibiyotik Kullanımıdır (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü). Tüm bu kampanyaların amacı hedef kitlelerdeki riskli sağlık davranışlarını ortadan kaldırarak kalıcı davranış değişikliği sağlamaktır.

Ancak Türkiye’de gerçekleştirilen kampanyaların hedef kitleye ulaşmadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Akım (2010) “Kalbini Sev Kırmızı Giy” kampanyasının hedef kitle tarafından yüksek oranda farkında olduğunu ancak, kampanyanın kalp sağlığının korunmasına yönelik verilen önerilerinin, düşük bir yüzde üzerinde hayatlarında değişikliğe neden olduğunu belirtmiştir. Bu kopukluğun nedeni sağlık iletişimde hedef kitle segmentasyonunun etkili ve verimli biçimde yapılmamasıdır.

Araştırmanın temel problemi doğru ve etkili kamu segmentasyonu yapılmamasından hareket etmektedir. Kamuların durumsal kuramı kullanılarak kamular segmente edilecek ve nedene dayalı eylem teorisi ile sağlık davranışını etkileyen değişkenlerin ilişkisine bakılacaktır. Ayrıca kamu gruplarının hangi tür mesaj içeriklerinden daha çok etkilendikleri ve hangi tür bilgi kaynaklarına daha sık başvurup, daha çok güvenilir buldukları sorularına da yanıt aranmaktadır.

3.4. Amaç

Kamuların Durumsal Kuramının sosyal konuların dışında kalan kronik hastalık söz konusu olduğunda da geçerli olup olmadığını anlamak çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Çalışmanın bir diğer amacı ise Nedene Dayalı Eylem Teorisinin değişkenlerine başvurarak kamuların iletişime geçme davranışlarının tutum ve öznal normlarla ilişkisinin anlaşılmasıdır.

Bu amaçlara ek olarak kamu türlerinin etkilendikleri mesaj türleri ve başvurdukları kaynaklar ile güvenilir buldukları kaynakları öğrenmek de çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır.

3.5. Önem

Kamuların durumsal kuramı geniş çaplı örneklemle, Amerika Birleşik Devletleri (Hamilton, 1992), Hırvatistan (Tkalac, 2007) ve Singapur'da (Sriramesh vd., 2007) uygulanarak test edilmiştir. Türkiye'de ise Karakaya-Şatır ve Gök-Demir'in (2013) Çıralı sahilinde sosyal medya kullanımının kamuların durumsal kuramı üzerine etkisini inceleyen bir araştırma gerçekleştirilmiştir (Gök-Demir, 2016). Bu tez çalışmasında ise kuram ilk kez sağlık ve sağlık iletişimi bağlamında ele alınmış ve ilk kez kronik bir hastalığın kamuları segmente edilmiştir.

Meme kanseri Dünya'da en çok tanı konulan 2. Kanser türü olmasına rağmen, ölümlerle sonuçlanan kanser türleri arasında gerilerde yer almaktadır. Meme kanserinin diğer kanser türlerine kıyasla daha az ölümlerle neticelenmesinin nedeni ise erken teşhistir. Kadınları erken teşhis konusunda etkili şekilde bilgilendirebilmek için onların meme kanserini nasıl algıladıklarının bilinmesi gerekmektedir. Bu tez kadınların meme kanseri karşısında hangi kamu grubuna girdiklerini ortaya koyması bağlamında önem taşımaktadır.

3.6. Sınırlılıklar

Meme kanseri kadınlar arasında en sık rastlanan kanser türüken, 100 meme kanseri teşhisinden yalnızca 1'i erkek hastalara konulmaktadır. Bu nedenle araştırma yalnızca risk grubunun neredeyse tamamını oluşturan kadınlar üzerine gerçekleştirilmiştir. Görülme sıklığı %1 olan bir hastalık erkekler tarafından sorun olarak görülmeceği için erkek katılımcılar Kamuların Durumsal Kuramının doğası gereği örneklem dışı kalmıştır. Kamuların hangi segmentasyon grubuna girdiğini anlama amacı taşıyan kuram meme kanseri bağlamında erkekler üzerinde anlamlı istatistiksel sonuçlar vermeyecektir.

3.7. Hipotezler

Çalışmanın ana sorunsalından hareketle oluşturulan hipotezlerin ilki kuramın Türkiye’deki kadınları meme kanseri hastalığı bağlamında segmente etmek için geçerli bir kuram olup olmadığını anlamaya çalışmaktadır.

H1: Kamuların Durumsal Kuramı Türkiye’de meme kanseri hastalığının kamularını segmente etmede geçerli bir kuramdır.

Kuramın bağımlı değişkenlerinin bağımsız değişkenlerini sağlık iletişimi bağlamında etkileyip etkilemediğini anlamak için H2 ve H3 hipotezleri test edilmiştir.

H2: Sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi sağlık bilgisi arama davranışını etkiler.

H3: Sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi bilgi işleme davranışını etkiler.

Meme kanserinin kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasına bağlı olarak H4 hipotezi test edilmiştir.

H4: Sağlık iletişimi bağlamında en kalabalık türü kamu aktif kamudur.

Sağlık davranışının nasıl etkilendiğini anlamak için ortaya atılan hipotez H5’tir:

H5: Kamuların durumsal kuramı ile nedene dayalı eylem teorisinin bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasında anlamlı ilişki vardır.

Araştırma kapsamında sınanan diğer hipotezler ise aşağıdaki gibidir:

H6: Kamu türlerinin mesaj stratejilerinden etkilenme düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H7: Kamu türlerinin sağlık bilgi kaynaklarına başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık vardır.

H8: Kamu türleri ile güvenilir buldukları sağlık bilgi kaynakları arasında anlamlı farklılık vardır.

3.8. Bulgular

3.8.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Analizler

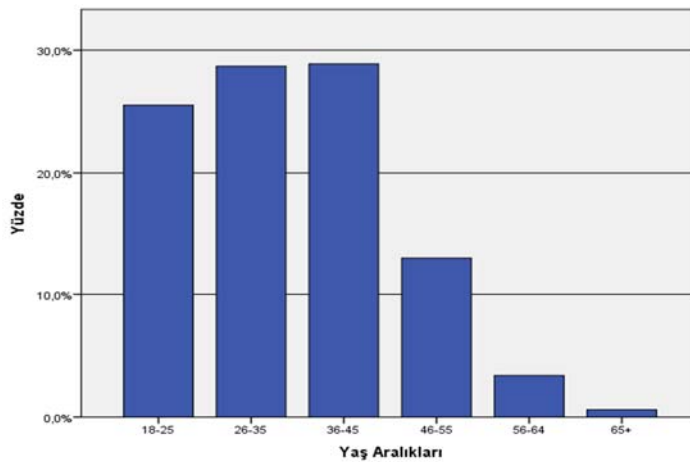
Katılımcıların yaş aralıkları 18 ile 65 arasında değişkenlik göstermektedir. En çok katılımcı 26-35 ve 36-45 yaş aralığında yer almaktadır.

Tablo 7: Katılımcıların Yaş Dağılımları

Yaş Aralıkları	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
18-25	128	25.3	25.5	25.5
26-35	144	26.2	28.7	54.2
36-45	145	26.4	28.9	83.1
46-55	65	11.8	12.9	96.0
56-64	17	3.1	3.4	99.4
65+	3	5	0.6	100.0
Toplam	502	91,3	100,0	
Kayıp Veri	48	8,7	100	
Toplam	550	100		

65 yaş üstü kişilerin anket doldurmaya istekli olmamaları, görme sorunu yaşamaları ve eğitim seviyelerini düşük olması nedeniyle okuma yazma bilmemeleri bu yaş aralığındaki katılımcı sayısının düşük olmasına neden olmuştur.

Şekil 7: Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Grafiği



Meslek sorusuna yanıt vermeyen 13 kişi yer almaktadır. Memurlar 173 ile en kalabalık grubu oluşturmaktadır. Belirtilen meslek gruplarının dışında kalan kişilerin sayısı ise 30'dur.

Tablo 8: Katılımcıların Mesleki Dağılımları

Meslek Grupları	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Öğrenci	119	21,6	24,3	24,3
İşçi	61	11,1	12,5	36,8
Memur	173	31,5	35,4	72,2
Esnaf	6	1,1	1,2	73,4
Serbest Meslek	35	6,4	7,2	80,6
Ev Hanımı	65	11,8	13,3	93,9
Diğer	30	5,5	6,1	100,0
Toplam	489	88,9	100,0	
Kayıp Veri	61	11,1		
Toplam	50	100,0		

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında en kalabalık grubu 269 kişi ile Üniversite mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Okur-Yazar kategorisinde ise yalnızca 3 kişi yer almaktadır. Ankete katılım gösteren kişilerin eğitim seviyesinin yüksek çıkmasının nedeni eğitim seviyesi düşük olan ya da okur-yazar olamayan kadınların anket doldurmaya isteksiz olmalarıdır. Neden anketi doldurmak istemedikleri sorulduğunda okumak istemediklerini ya da başkasının okuduğu içerikleri anlamakta zorlandıklarını söylemişlerdir. Eğitim düzeyi düşük kadınların okumaya yönelik mesafeli tavırları eğitim düzeyinin yüksek çıkmasına neden olmuştur.

Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumları

Eğitim Durumları	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Okur-Yazar	3	,5	,6	,6
İlköğretim	13	2,4	2,6	3,2
Lise	63	11,5	12,5	15,7
Ön lisans	50	9,1	10,0	25,7
Lisans/Üniversite	269	48,9	53,6	79,3
Yüksek Lisans/Doktora	104	18,9	20,7	100,0
Toplam	502	91,3	100,0	
Kayıp Veri	48	8,7		
Toplam	550	100,0		

Ankete yanıt veren katılımcıların %41,8'i bekar %52,2'si evlidir. Boşanmış ve dul kişilerin toplam yüzdesi ise %6'dır.

Tablo 10: Katılımcıların medeni durum dağılımları

Medeni Durum	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Bekar	210	38,2	41,8	41,8
Evli	262	47,6	52,2	94,0
Dul	5	,9	1,0	95,0
Boşanmış	25	4,5	5,0	100,0
Toplam	502	91,3	100,0	
Kayıp Veri	48	8,7		
Toplam	550	100,0		

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu İl Merkezi, İlçe merkezi ve Büyükşehirde doğmuştur. Kalan 52 kişi ise Köy ve Kasabalarda dünyaya gelmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların Doğum Yeri Dağılımları

Doğum Yeri	Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
Köy	36	6,5	7,2	7,2
Kasaba	16	2,9	3,2	10,4
İl merkezi	186	33,8	37,1	47,4
İlçe	120	21,8	23,9	71,3
Büyükşehir	144	26,2	28,7	100,0
Toplam	502	91,3	100,0	
Kayıp veri	48	8,7		
Toplam	550	100		

Katılımcılardan 378'i yaşamlarını uzun süre İl Merkezinde ve Büyükşehirde geçirirken 124'ü köy, kasaba ve ilçede geçirmiştir. Bireylerin bilinç düzeyi ve bakış açılarını doğdukları yerden ziyade yaşamlarını daha uzun süre geçirdikleri yer daha fazla etkilemesi nedeniyle, yaşamlarını uzun süre geçirdikleri yer de sorulmuştur.

Tablo 12: Katılımcıların Yaşamlarını Uzun Süre Geçirdikleri Yerleşim Yerleri

Yaşamınızı Uzun Süre Geçirdiğiniz Yer	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Köy	20	3,6	4,0	4,0
Kasaba	10	1,8	2,0	6,0
İl Merkezi	189	34,4	37,6	43,6
İlçe	94	17,1	18,7	62,4
Büyükşehir	189	34,4	37,6	100,0
Toplam	502	91,3	100,0	
Kayıp Veri	48	8,7		
Toplam	550	100,0		

Popülasyon içindeki meme kanseri teşhisi almış kişiler ile birinci derece bir yakını teşhis almış kişilere bakılmıştır.

502 katılımcıdan 2 tanesi bir yakınının meme kanseri teşhisi alıp almadığını belirtmemiştir. Bu durumda birinci dereceden bir yakını meme kanseri teşhisi almış kişi sayısı 104 kişi iken, birinci dereceden bir yakını meme kanseri teşhisi almamış kişi sayısı ise 396'dır.

Katılımcılardan meme kanseri teşhisi almış kişilerin sayısı 150 iken, meme kanseri teşhisi almamış kişi sayısı 350'dir. Bir yakını meme kanseri teşhisi almış kişi sayısı ise 104'tür.

Tablo 13: Meme Kanseri Teşhisi Almış ve Almamış Kişilerin Dağılımı

Meme Kanseri Teşhisi Aldınız Mı?	Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hayır	350	63,6	70,0	70,0
Evet	150	27,3	30,0	100,0
Toplam	500	90,9	100,0	
Kayıp Veri	50	9,1		
Toplam	550	100,0		

Meme kanseri teşhisi almakla uzun süre yaşanan yerin ilişkisi olup olmadığına bakılmış ancak bu iki değişken arasındaki ilişkinin zayıf olduğu görülmüştür. Uzun süre yaşanan yere göre kanserli olan kişilerin sayıları ise tabloda yer almaktadır.

Tablo 14: Uzun süre Yaşanılan Yer

		Uzun süre yaşanan yer					Toplam
		Köy	Kasaba	İlçe	İl Merkezi	Büyükşehir	
Kendiniz meme kanseri tedavisi gördünüz mü ya da görüyor musunuz?	Hayır	17	7	128	69	129	350
	Evet	3	3	61	23	60	150
Toplam		20	10	189	92	189	500

Tabloya göre en çok meme kanseri teşhisi almış hastaya 61 kişi ile ilçelerde ve 63 kişi ile Büyükşehirlerde rastlanmaktadır.

3.9. Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerlik Testleri

3.9.1. Veri Toplama Aracının Güvenirliği

Anket tekniđi ile veri toplama ařamasına gečilmeden önce 50 kiřiye pilot uygulama geręekleřtirilmiřtir. Geręekleřtirilen pilot uygulamada istatistiksel olarak anlamsız sonuęlar veren maddeler esas anket uygulamasına dahil edilmemiřtir.

Güvenirlik testi için Cronbach Alpha uygulanmıştır. Cronbach Alpha değerı 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve bu değerın 0.70 ve üstü olması durumunda kullanılacak ölęeđin güvenilir olduğu sonucuna varılmaktadır. Ancak soru sayısının az olduğu durumlarda bu sınır 0.60 ve üstü olarak kabul edilebilmektedir (Durmuş vd, 2016: 89). Kamuların Durumsal Kuramının bağımsız değerşkenleri için elde edilen Cronbach Alpha değerı 0,81,3'tür. Kuramın Bağımlı değerşkenlerinin Cronbach Alpha değerı ise Bilgi arama için 0,77 bilgi işleme için ise 0,78 olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre Cronbach Alpha değerlerinin 0.70 ve üstü olması soruların tutarlı olduğunu ifade etmektedir.

Nedene dayalı Eylem Teorisinin (NDET) tutum, öznel norm, niyet ve davranış değerşkenlerinin güvenilirlik analiz sonuçlarına göre Cronbach Alpha değerı 0,78 olarak hesaplanmıştır.

3.9.2. Veri Toplama Aracının Geçerliği

Faktör analizi, birbirleriyle ilişkili, yorumlanması zor ve oldukça fazla değerşkenler bütününden bu yapıyı temsil eden birbirinden tamamen ya da kısmi olarak bağımsız az ve kavramsal olarak anlamlı faktörlerin ortaya konulmasını amaçlayan bir yöntemdir (Alpar, 2017: 245). Faktör analizinin değerşken sayısını azaltmak yani, boyut indirgemek ve değerşkenler arasındaki ilişkiden yararlanarak aralarında ilişki olmayan ancak grup oluşturan değerşkenlerin açıkladığı varsayılan bazı yeni yapılar ortaya koymak, yani faktörler belirlemek gibi iki temel amacı vardır (Özdamar, 2013: 209).

Araştırmada kullanılan her bir kuramın yapı geçerliliğini test etmek için faktör analizi uygulanmıştır. Öncelikle Kamuların Durumsal Kuramının bağımlı değişkenleri için temel bileşen analizi yöntemi ve varimax döndürmesi kullanılarak faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Toplamda 3 bağımsız değişkene sahip olan Kamuların Durumsal Kuramı için literatürle uyumlu bir şekilde 3 ayrı faktör elde edilmiştir. Sorun algısı için sorulan 4 soru, kısıt algısı için sorulan 6 soru ve ilgi derecesi için sorulan 4 soru ile toplamda 14 olan sorular 3 faktöre indirgenmiştir. Burada bazı faktörlerin içinde yer alan soruların faktör ağırlıklarının diğerlerine oranla düşük olduğu görülmektedir. Sorunun faktör ağırlığı ne kadar yüksek ise o soru mevcut faktörü açıklama gücü de o yönde yüksek olacaktır. Araştırmacılar genellikle 0.50'nin altında faktör ağırlığına sahip soruları elemeyi tercih etmektedir (Durmuş vd., 2016: 87). Bu araştırma kapsamında da faktör ağırlığı düşük olan sorular araştırmacı tarafından ölçekten çıkartılmıştır.

Tablo 15: Kamuların Durumsal Kuramının Bağımlı Değişkenlerinin Yapı Geçerliliği – Döndürülmüş Bileşen Matrisi

MATRİS			
	Bileşen		
	Faktör 1 İlgi Derecesi	Faktör 2 Kısıt Algısı	Faktör 3 Sorun Algısı
Medyada yer alan meme kanseri ile ilgili içeriklere ilgim vardır.	,879		
Meme kanseri hakkında hekimlerden bilgi almaya duyarlıyım.	,861		
Meme kanseri ile ilgili verilen eğitim ya da seminerlere ilgim vardır.	,839		
Meme kanseri ile ilgili hazırlanmış kamu spotları ilgimi çeker.	,823		
Kontrol sonrası yaşam biçimimin ve düzenimin değişme olasılığı kontrol yaptırmama engel oluşturur		,772	
Düzenli kontrol yaptırmak için gideceğim yol mesafesi benim için caydırıcı bir unsurdur		,751	
Düzenli kontrol yaptırmak maliyetli ve zaman alıcıdır		,684	
Ultrason ya da Mamografi çekimi için ileri tarihli randevu verilmesi,		,683	

bu konuda adım atmama engel olmaktadır			
Kontrol sonrası zararlı alışkanlıklarımдан vazgeçmek zorunda olma ihtimalim kontrol yaptırmama engel oluşturur		,681	
Ultrason ya da Mamografi çekimi sırasında alınan radyasyon beni korkutur		,603	
Kendim de meme kanserine yakalanabilirim			,858
Her kadının meme kanserine yakalanma riski vardır.			,837
Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser türüdür.			,716
Kendimi risk grubunda görürüm			,561

Yukarıda bahsi geçen üç faktör, toplam varyansın %58.979'nı açıklamaktadır.

Tablo 16: Bilgi Arama Bağımlı Değişkeninin Faktör Analizi

Bilgi aramanın Yapı Geçerliliği –Bileşen Matrisi	
	Bileşen
	Bilgi Arama (Aktif İletişim)
Ne sıklıkta başkalarıyla meme kanseri konusunda bilgi paylaşımında bulunursunuz?	,904
Ne sıklıkta meme kanseri ile ilgili bilgi arayışında bulunursunuz?	,904

Kamuların Durumsal Kuramının bağımlı değişkeni olan bilgi arama davranışı kamuların konuyla ilgili aktif iletişime geçtiğini gösteren değişkendir (). Bilgi arama için doğrudan bilgi arama ve daha fazla bilgi edinme amaçlı bilgiyi paylaşmaya yönelik iki soru sorulmuş ve bir faktör elde edilmiştir. Bir faktör toplam varyansın 81,796'sını açıklamaktadır.

Tablo 17: Bilgi İşleme Bağımlı Değişkeninin Faktör Analizi

Bilgi İşlemenin Yapı Geçerliliği –Bileşen Matrisi	
	Bileşen
	Bilgi İşleme (Pasif İletişim)

Medya, meme kanserine dair algımı etkilemektedir.	,867
Medyadaki meme kanseri içerikleri dikkatimi çeker.	,838
Meme kanserine ait bazı bilgilerimin kaynağı medyadır.	,806

Kuramın diğer bağımlı değişkeni bilgi işleme ise pasif iletişim davranışını temsil eder. Bilgi işlemeyi ölçme amaçlı iki soru sorulmuş ve bir faktör elde edilmiştir. Elde edilen 1 faktör toplam varyansın %70,135'ini açıklamaktadır.

Tablo 18: Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Faktör Analizi

Neden Dayalı Eylem Teorisinin Yapılandırılmış - Döndürülmüş Bileşen Matrisi				
	Bileşen			
	TUTUM	NİYET	ÖZNEL NORM	DAVRANIŞ
Kötü tutum	,880			
Faydasız tutum	,874			
Sağlıksız tutum	,867			
Negatif tutum	,850			
Yakın zamanda kontrol amaçlı meme muayenesine gitmeyi planlıyorum		,956		
Yakın zamanda kendimi elle muayene etmeyi planlıyorum		,956		
Kontrol amaçlı meme muayenesine giden tanıdıklarım vardır			,878	
Yakınlarımla meme ultrasonu çektirmesi beni de teşvik eder.			,767	
Daha önce kontrol amaçlı kendimi elle muayene etmedim.				,853
Daha önce hiç kontrol amaçlı meme muayenesine gitmedim.				,820

Nedene Dayalı Eylem Teorisi tutum, niyet, öznel norm ve niyetin olmak üzere 4 değişken barındırmaktadır. Gerçekleştirilen yapı geçerliği testinde

literatürle uyumlu olarak 4 faktör elde edilmiştir. Bu 4 faktör toplam varyansın %80,971’ini açıklamaktadır.

Kamuların Durumsal Kuramı ve Nedene Dayalı Eylem Teorisinin dışında segmente edilen grupların hangi sağlık mesajı içeriklerinden ne derece etkilendiklerine bakılması amacıyla Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeğinin (2011) – Message Efficiency Diagnosis Scale (MED) yapı geçerliği test edilmiştir. Ölçek toplamda 5 farklı strateji ölçmektedir ve bununla uyumlu olarak 5 faktör elde edilmiştir. Elde edilen 5 faktör toplam varyansın %70,311’ini açıklamaktadır.

Tablo 19: Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeğinin Faktör Analizi

Mesaj etkinliğini Belirleme Ölçeğinin dönüştürülmüş matris					
	Bileşenler				
	Umutlandırııcı	Tıbbi Terminoloji	Yönlendirici	Korku	Nedene bağlı
"Meme kanseri riski azaltılacak!"	,875				
"Kanserle ilgili umut veren açıklamalar: Kemoterapi ihtiyacı giderek azalıyor"	,844				
"Meme kanserinde kadınlar için yeni umut"	,782				
"Meme kanserinin görünmeyen yüzü: Metastatik meme kanseri"		,836			
"Mastektomi ameliyatlarında beş yıl içinde lenfödem görülme sıklığı yüzde 48’dir"		,827			
"Fibrokistik meme, kansere dönüşür mü?"		,690			
"Meme kanserinde erken tanı için her ay ayna karşısında 5 dakika"			,819		

“İyi beslenme meme kanseri riskini azaltıyor”			,748		
“Meme kanserinden korunmak için hareket edin”			,706		
"Her yıl 400 bin kadın meme kanseri yüzünden hayatını kaybediyor"				,813	
“Kadınlarda kansere bağlı ölümlerde meme kanseri ilk sırada”				,803	
“Meme kanserinde ürküten artış”				,637	
“Yağlı beslenme hem annede, hem bebekte meme kanseri riskini artırıyor					,795
“Meme kanserinin yüzde 5'i genetik yapıdan kaynaklanıyor”					,710
“Sokak lambaları meme kanseri riskini artmasının nedenlerinden”					,675

3.10. Kamuların Durumsal Kuramının Değişkenlerinin İlişki Analizi

İstatistiksel analizlerde genellikle iki tip test kullanılmaktadır. Bu testler parametrik ve parametrik olmayan testlerdir. Eğer normallik varsayımı sağlanıyor ise parametrik, sağlanmıyor ise parametrik olmayan testlere analizlerde yer verilir (Durmuş vd, 2016: 183). Bu nedenle sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi ile, tutum, öznel norm, niyet ve davranış değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemeyen önce bu değişkenlere ilişkin normallik sınamalarına yer verilecektir. Bu çalışmada normallik sınamaları ile ilgili en çok kullanılan testlerden Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerine yer verilmektedir. Bu testlerde sıfır hipotezi dağılımın

normal dağılıma uygun olduğunu ifade ederken alternatif hipotez ise dağılımın normal dağılıma uygun olmadığını ifade etmektedir (Karagöz, 2016: 543).

Burada p değerinin 0.05'ten küçük olması sıfır hipotezinin reddedilip, alternatif hipotezin ise kabul edildiğini ifade etmektedir. Bu durumda veriler normal dağılmamaktadır. Eğer p değeri 0.05'ten büyük ise de sıfır hipotezi kabul edilir ve verilerin normal dağıldığı varsayılır. Çalışmada kullanılacak değişkenlere ilişkin Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk test sonuçları Tablo 20'de verilmektedir.

Tablo 20: Kamuların Durumsal Kuramı ve Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Normallik Testleri

Normallik Testi						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kısıt algısı	,082	494	,000	,978	494	,000
İlgi derecesi	,126	494	,000	,924	494	,000
Sorun algısı	,163	494	,000	,859	494	,000
Tutum	,170	494	,000	,872	494	,000
Öznel norm	,239	494	,000	,888	494	,000
Niyet	,235	502	,000	,874	502	,000
Davranış	,206	502	,000	,865	502	,000

Tabloda yer alan sonuçlara göre istatistiksel analizlerde kullanılacak olan kısıt algısı, sorun algısı, ilgi derecesi ile tutum, öznel norm, niyet ve davranış değişkenlerinin tümü için p değerinin 0.05'ten küçük olduğu görülmektedir. Bu durumda analizlerde kullanılacak tüm değişkenlerin normal dağılıma sahip olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

A ve B gibi iki değişken arasındaki ilişkinin yönünü büyüklüğünü ve önemini inceleyen analizlere ilişki (korelasyon) analizi denilmektedir. İki değişken arasında ortaya çıkacak ilişki parametrik ve parametrik olmayan olmak üzere ikiye ayrılır. İki değişkenin normal dağılıma sahip olduğu ve değişkenler arasında doğrusal bağıntının yer aldığı korelasyona parametrik korelasyon adı verilir. Aksine ise normal dağılım varsayımı gerektirmeyen aralıklı ya da sıralı ölçekle elde edilmiş veriler söz konusu olduğunda ortaya çıkan ilişkiye parametrik olmayan korelasyon adı verilir. Parametrik korelasyon Pearson Korelasyon

katsayısı ile test edilirken parametrik olmayan korelasyon ise Spearman katsayısı ile analiz edilmektedir (Özdamar, 2015: 419).

Bu analizlerde sıfır hipotezi değişkenler arasında anlamlı ilişki olmadığını ifade ederken alternatif hipotez ise değişkenler arasında anlamlı ilişki olduğunu ifade etmektedir. Buna göre p değeri, 0,05'ten küçük ise değişkenler arasında anlamlı ilişki olduğunu ifade etmektedir. Aksi durumda ise değişkenler arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucuna varılmaktadır. Çalışmada kullanılacak olan değişkenler arasındaki ilişkiyi test eden Spearman Korelasyon analizi sonuçları Tablo20'de verilmektedir.

Tablo 21: KDK ve NDET'nin değişkenlerinin İlişki Analizi

			Bilgi arama	Kısıt algısı	Sorun algısı	İlgi derecesi
Spearman's rho	Bilgi arama	Korelasyon katsayısı	1,000	-,117**	,367**	,365**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	.	,009	,000	,000
		N	502	498	500	500
	Kısıt algısı	Korelasyon katsayısı	-,117**	1,000	-,068	-,020
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,009	.	,129	,662
		N	498	498	497	496
	Sorun algısı	Korelasyon katsayısı	,367**	-,068	1,000	,367**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,129	.	,000
		N	500	497	500	498
	İlgi derecesi	Korelasyon katsayısı	,365**	-,020	,367**	1,000
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,662	,000	.
		N	500	496	498	500
**. Korelasyonlar 0.01 seviyesinde anlamlıdır (Çift Kuyruk).						
*.Korelasyonlar 0.05 seviyesinde anlamlıdır (Çift Kuyruk).						

Durumsal Kuramının bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin, Nedene Dayalı Eylem Teorisinin değişkenlerini etkileyip etkilemediğini anlayabilmek için korelasyon analizi gerçekleştirilmiş ve iki kuram arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($p < 0.01$) ($p < 0.05$) (H4).

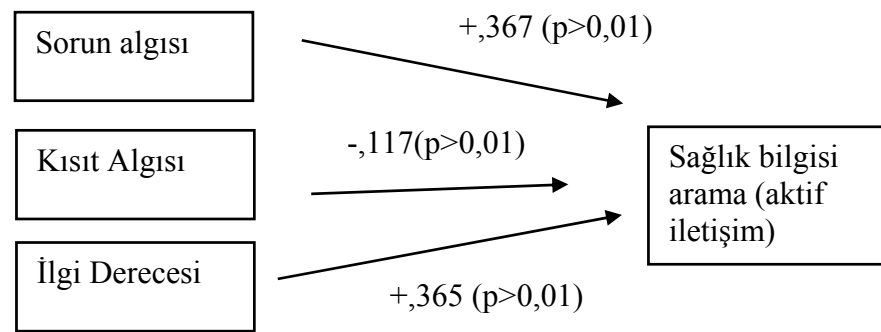
Kısıt algısı ile bilgi arama değişkenleri arasında -0.117 seviyesinde negatif ilişki vardır ve bu ilişki 0,01’de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kamuların meme kanserine ilişkin sahip oldukları kısıt algılarının yüksek olması konuya ilişkin bilgi arama davranışlarını etkilemektedir.

Sorun algısı ile bilgi arama değişkenleri arasında 0.367 seviyesinde pozitif ilişki vardır ve bu ilişki 0,01’de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların meme kanserini yüksek derecede sorun olarak anlamaları, konuya ilişkin bilgi arama davranışını etkilemektedir.

İlgi derecesi ile bilgi arama değişkenleri arasında 0.365 seviyesinde pozitif ilişki vardır ve bu ilişki 0,01’de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kamuların meme kanseri içeriklerine, seminerlerine ve etkinliklerine ilgi duyması konuya ilişkin bilgi arama davranışlarını etkilemektedir.

KDK’nın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre, sorun algısı ve ilgi derecesi arttıkça, kısıt algısı azalıyorsa bilgi arama davranışının yani aktif iletişimin arttığı gözlemlenmektedir. Bu bulgu kuramın kadınları meme kanseri hastalığı bağlamında segmente etmek için uygun ve geçerli bir yöntem olduğunu ortaya koyarak literatürle uyumlu bir sonucu vermektedir.

Şekil 8: KDK İlişki Analizi



Yukarıda korelasyon analizi ile değişkenler arasında ilişki olup olmadığı test edildikten sonra burada sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesinin bilgi arama davranışına etki edip etmediğini anlamak için regresyon analizi kullanılacaktır (A.S.1) Regresyon analizi, bağımlı değişkenin bağımsız değişkenler tarafından nasıl açıklandığını belirlemeye çalışmaktadır (Durmuş vd., 2016: 154). Bu nedenle hipotezin sınanmasında regresyon analizinin kullanılması uygun

olacaktır. Sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesinin bilgi arama davranışına etkisini gösteren regresyon analizi Tablo 22’de verilmektedir.

Tablo 22: KDK'nın Regresyon Analizi

Katsayılar						
Model		Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	Anlamlılık
		B	Std. Hata	Beta		
	Sabit	,396	,303		1,306	,192
	Kısıt Algısı	-,126	,049	-,106	-2,561	,011
	İlgi Derecesi	,271	,050	,245	5,411	,000
	Sorun Algısı	,342	,071	,219	4,835	,000
Bağımlı değişken: Bilgi Arama						

Kamuların Durumsal Kuramının bağımsız değişkenleri sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesinin kuramın bağımlı değişkeni olan bilgi arama davranışına etkisi kısıt algısı için 0.005 ilgi derecesi ve sorun algısı için ise 0.01 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Teorik beklentilerle uyumlu olarak kısıt algısının bilgi arama davranışı üzerindeki etkisi negatif iken, ilgi derecesi ve sorun algısı değişkenlerinin ise bu değişken üzerindeki etkisi pozitifdir. Buna göre kısıt algısının artışı bilgi aramayı azaltırken, ilgi derecesi ve sorun algısının artışı bilgi arama davranışını artırmaktadır. Bu durum araştırma sorusu 1’in mevcut veriler ile doğrulandığını ifade etmektedir.

3.10.1. Kamuların Durumsal Kuramının Değişkenlerinin Frekans Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan kadınların KDK değişkenlerine göre frekans analizlerine Tablo 23’te bakılmıştır. Sorun algısı değişkeninin en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olması kadınların meme kanserini yüksek dereceli bir sorun olarak algıladığını ortaya koymaktadır.

Tablo 23: KDK Bağımsız Değişkenlerinin Frekansları

Bağımsız değişkenler				
		Sorun Algısı	Kısıt Algısı	İlgi Derecesi
Sayı	Geçerli veri	500	498	502
	Kayıp veri	50	52	48
Ortalama		4,19	2,43	3,52

Kadınların meme kanserine ilişkin içeriklere olan ilgilerini temsil eden değişken olan ilgi derecesinin aritmetik ortalaması 3,52'dir. Bu da kamuların ilgi derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kısıt algısı değişkeninin aritmetik ortalaması ise 2.43 ile meme kanserine ilişkin kadınların kısıt algılarının düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

3.10.2. Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Frekans Analizi

NDET'nin değişkenlerinden tutumun 4,04 ile en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bu durum kadınların meme kanserine yönelik bir tutuma sahip olduklarını yani bu konu hakkında fikir sahibi olduklarını göstermesi şeklinde yorumlanabilir. Özne norm, yani başkalarının konuya ilişkin davranış ve düşüncelerini temsil eden değişken ise 3,76 ile ikinci sıradadır. Bu da kadınların meme kanserini önleyici davranışlarda başkalarının neler yaptığını önemsendiği anlamına gelmektedir. Kadınların önleyici davranışa yönelik niyetlerinin aritmetik ortalaması 3,58'dir. Davranış değişkeninin aritmetik ortalaması ise 2.37'dir.

Tablo 24: NDET'nin Frekans Analizleri

Frekans					
		Tutum	Özne norm	Niyet	Davranış
Sayı	Geçerli veri	501	502	502	502
	Kayıp veri	49	48	48	48
Ortalama		4,04	3,76	3,58	2,377

3.11. Kamuların Durumsal Kuramının Değişkenleri ile Nedene Dayalı Eylem Teorisi Değişkenlerinin İlişki Analizleri

Yukarıda yapılan normallik test sonuçlarına göre her iki test sonucu da sorun algısı, kısıt algısı, ilgi derecesi ile, tutum, öznel norm, niyet ve davranış değişkenleri normal dağılıma sahip olmadığı için bu bölümde de yapılacak olan ilişki analizleri Spearman korelasyon analizi çerçevesinde ele alınacaktır.

Tablo 25: KDK ve NDET'nin Korelasyon Dağılımları

Spearman Korelasyonu			Davranış	Tutum	Öznel norm	Niyet	Sorun Algısı	Kısıt Algısı	İlgi Derecesi	Bilgi Arama
	Davranış	Korelasyon	1,000	,187**	,239**	,382*	,260**	-,151**	,232**	-,291**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	.	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000
		N	502	501	502	502	500	498	500	502
	Tutum	Korelasyon	,187**	1,000	,185**	,123**	,156**	-,107*	,204**	,097*
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	.	,000	,006	,000	,017	,000	,031
		N	501	501	501	501	499	497	499	501
	Öznel norm	Korelasyon	,239**	,185**	1,000	,460**	,294**	,163**	,341**	,270**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	502	501	502	502	500	498	500	502
	Niyet	Korelasyon	,382**	,123**	,460**	1,000	,397**	-,185*	,360**	,479**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,006	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	502	501	502	502	500	498	500	502
	Sorun algısı	Korelasyon	,260**	,156**	,294**	,397**	,000	-,068	,367**	,367**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,000	,000	,000	.	,129	,000	,000
		N	500	499	500	500	500	497	498	500
	Kısıt algısı	Korelasyon	-,151**	-,107*	-,163**	-,185*	-,068	1,000	-,020	-,117*
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,001	,017	,000	,000	,129	.	,662	,009
		N	498	497	498	498	497	498	496	498
	İlgi derecesi	Korelasyon	-,232**	,204**	,341**	,360**	,367*	-,020	1,000	,365**
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,000	,000	,000	,000	,662	.	,000
		N	500	499	500	500	498	496	500	500
	Bilgi arama	Korelasyon	-,291**	,097*	,270**	,479**	,367**	-,117*	,365**	1,000
		Anlamlılık (Çift Kuyruk)	,000	,031	,000	,000	,000	,009	,000	.
		N	502	501	502	502	500	498	500	502

** .Korelasyonlar 0.01 seviyesinde anlamlıdır (Çift Kuyruk).	
*.Korelasyonlar 0.05 seviyesinde anlamlıdır (Çift Kuyruk).	

Tablo 25’te yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre davranış değişkeni ile sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi değişkenleri arasındaki ilişki 0.01 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre davranış değişkeni ile sorun algısı değişkeni arasında 0.260 seviyesinde pozitif ilişki vardır. Buradan kadınların meme kanserine ilişkin sorun algılarının yüksek olması durumu ile daha önce önleyici bir davranışta bulunma eğilimleri arasındaki ilişkinin pozitif olduğunu göstermektedir. Davranış değişkeninin kısıt algısı değişkeni arasında -0.151 seviyesinde negatif bir ilişki vardır. Kadınların muayene olmaya yönelik kısıt algıları arttıkça, kontrole gitme davranışlarının düşüş gösterdiği anlaşılmaktadır. İlgi derecesi değişkeni ile davranış değişkeni arasında 0.232 seviyesinde pozitif bir ilişki vardır. Meme kanseri içeriklerine olan ilgileri ile önleyici davranışları arasındaki ilişki pozitifdir.

Yine Tablo 25’te yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre tutum değişkeni ile sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi değişkenleri arasındaki ilişki 0.01 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. NDET’nin tutum değişkeni ile KDK’nın sorun algısı değişkeni arasında 0.156 seviyesinde pozitif bir ilişki vardır. Kadınların meme kanserini önemli bir sorun olarak algılamaları, kendilerini elle muayene etmeye yönelik tutumları arasında pozitif ilişki gözlenmektedir. Kısıt algısı ile tutum değişkeni arasında 0.107 seviyesinde negatif bir ilişki bulunmuştur. Kısıt algısı yüksek olan kadınların kendilerini elle muayene etmeye yönelik tutumları negatife daha yakındır. İlgi derecesi değişkeni ile tutum değişkeni arasında 0.204 seviyesinde pozitif ilişki gözlenmiştir.

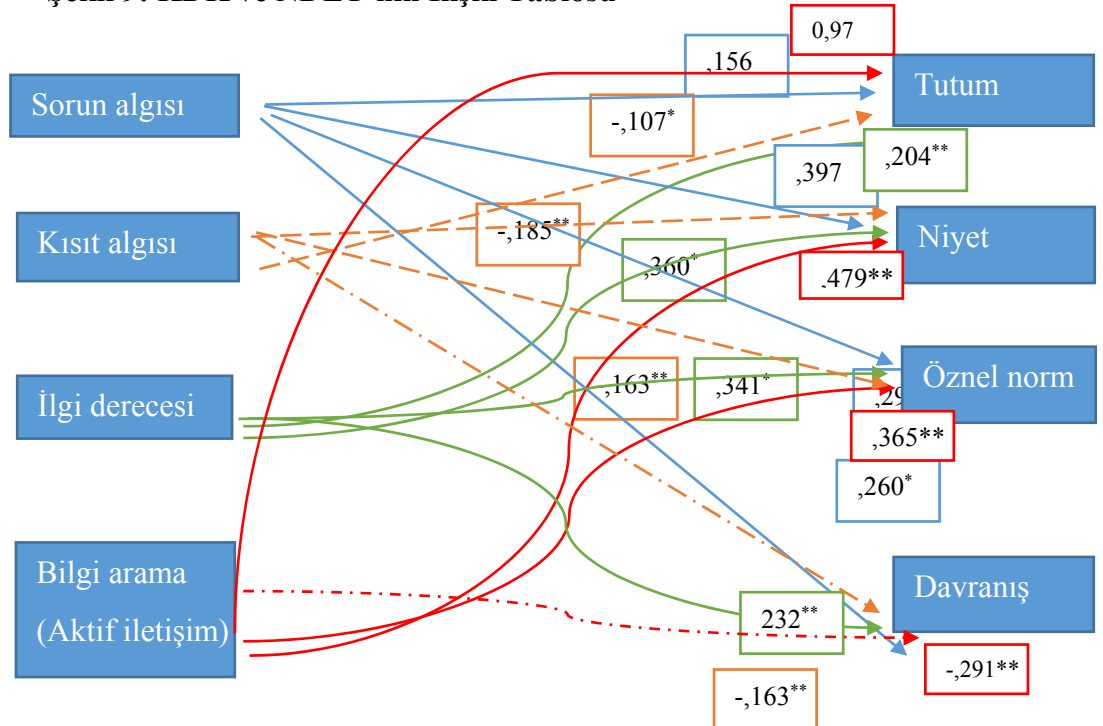
Tablo 25’e bakıldığında korelasyon analizi sonuçlarına göre öznel norm değişkeni ile sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi değişkenleri arasındaki ilişkinin 0.01 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir. Sorun algısı ile öznel norm değişkeni arasında 0.294 seviyesinde pozitif ilişki söz konusudur. Kısıt algısı yüksek kadınların çevrelerindeki koruyucu davranışları referans almaları arasında anlamlı ilişki vardır. Kısıt algısı ile öznel norm arasında 0.163 seviyesinde beklendiği gibi negatif bir ilişki elde edilmiştir. Kısıt algısı yüksek olduğunda kadınların çevrelerini referans almaları beklenemez. Muayene

olma ile ilgili engelleri yüksek algılayan kadınları başkalarının muayeneye gitmesi etkilemeyecektir. İlgili derecesi ile öznel norm arasındaki ilişki 0.341 seviyesinde pozitifdir. Meme kanseriyle ilgili içerikleri takip eden ve ilgi gösteren kadınların çevrelerindeki kadınların önleyici davranışları referans almaları tutarlı bir sonuçtur.

Son olarak niyet değişkeni ile sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi değişkenleri arasındaki ilişkinin Tablo19’da 0.01 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir. Niyet değişkeni ile sorun algısı değişkeni arasında 0.397 seviyesinde pozitif ilişki gözlenmiştir. Kadınların koruyucu davranışa niyetinin göstermesi için meme kanserini bir sorun olarak algılamaları gerekeceği için bu beklenen bir sonuçtur. Kısıt algısı ile niyet değişkeni arasında -0.185 seviyesinde negatif bir ilişki vardır. Yani kadınların meme kanserine ilişkin kısıt algıları yüksekse, önleyici sağlık davranışı sergilemeye yönelik niyetleri azalma eğilimi gösterecektir. İlgili derecesi ile niyet değişkeni arasında 0.360 seviyesinde pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buradan kadınların meme kanseri içeriklerine gösterdikleri ilgi ile önleyici davranışa niyet etme eğilimlerinin birbiriyle aynı yönde olduğu anlaşılmaktadır.

Buna göre Kamuların Durumsal Kuramı ile Nedene Dayalı Eylem Teorisinin ilişkisi analiz edildiğinde aşağıdaki şekli elde etmekteyiz.

Şekil 9: KDK ve NDET’nin İlişki Tablosu



Beklenildiği gibi kısıt algısı yükseldikçe kendini elle muayene etmeye yönelik tutum değişmekte, niyet azalmakta ve öznel norm önemini yitirmektedir. Yüksek kısıt algısı olan kişiler kontrol amaçlı muayeneye gitmeyen kişilerdir. Şaşırtıcı olan sonuç ise bilgi arama davranışı ile sağlık davranışı değişkeni arasında negatif ilişki olmasıdır. Bu sonuç, kadınların meme kanseri konusunda bilgi edindikçe kontrol amaçlı muayeneye gitme davranışlarının azaldığını göstermektedir. Bu durum hastalığa ilişkin edinilen ön öğrenmelerin bireyi korkutmasına ya da endişelendiği için davranışı ertelemesine bağlanabilir.

Gallant (2014) sanata verilen desteğin iletişim davranışıyla ilişkisini ölçtüğü çalışmasında kamuların durumsal kuramının bağımlı değişkeni olan ilgi düzeyi ile sanata verilen değer arasında pozitif anlamlı ilişki bulurken, kısıt algısı ile negatif anlamlı ilişki bulmuştur (Gallant, 2014: 34). Voss (2009) da kamuların suyun yeniden kullanımına ilişkin algısını ölçmek için bir çalışma gerçekleştirmiştir. Benzer şekilde sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi ile tutumlar ve öznel normlar arasında anlamlı ilişki bulmuştur (Voss, 2009: 23).

3.12. Kümeleme Analizi Yöntemi ile Kamuların Durumsal Kuramı Bağlamında Kamuların Segmentasyonu

Kamuların durumsal kuramının değişkenleri için kümeleme yöntemlerinden K-Ortamalar kümeleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada K-Ortalamlar yönteminin seçilmesinin temel amacı bu yöntemin gözlemleri, sayısı araştırmacı tarafından belirlenen kümelere sınıflanmasına izin vermesidir (Alpar, 2017: 326). Burada geçmiş literatürü takiben aktif kamu, uyanmış kamu ve gizli kamu olmak üzere üç farklı kümenin oluşturulması amaçlanmaktadır. Literatüre uygun olarak 3 küme oluşturulması istenmiştir. Kümelemede kullanılacak katılımcı özellikleri; sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi değişkenleri sorularıdır.

Tablo 26: KDK'nın Kümeleme Analizi Anova Tablosu

ANOVA						
		Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalamaların karesi	F	P
Her kadının meme kanserine yakalanma riski vardır.	Gruplar arası	25,638	3	8,546	15,716	,000
	Grup içi	270,808	498	,544		
	Toplam	296,446	501			
Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser türüdür.	Gruplar arası	34,255	3	11,418	20,882	,000
	Grup içi	272,313	498	,547		
	Toplam	306,568	501			
Kendim de meme kanserine yakalanabilirim.	Gruplar arası	46,856	3	15,619	28,854	,000
	Grup içi	269,028	497	,541		
	Toplam	315,884	500			
Kendimi risk grubunda görürüm.	Gruplar arası	82,739	3	27,580	27,785	,000
	Grup içi	492,333	496	,993		
	Toplam	575,072	499			
Düzenli kontrol yaptırmak maliyetli ve zaman alıcıdır.	Gruplar arası	155,181	3	51,727	41,096	,000
	Grup içi	625,566	497	1,259		
	Toplam	780,747	500			
Ultrason ya da Mamografi çekimi sırasında alınan radyasyon beni korkutur.	Gruplar arası	105,179	3	35,060	26,979	,000
	Grup içi	645,855	497	1,300		
	Toplam	751,034	500			
Ultrason ya da Mamografi çekimi için ileri tarihli randevu verilmesi, bu konuda adım atmama engel olmaktadır.	Gruplar arası	115,982	3	38,661	23,473	,000
	Grup içi	820,225	498	1,647		
	Toplam	936,207	501			
Düzenli kontrol yaptırmak için gideceğim yol mesafesi benim için caydırıcı bir unsurdur.	Gruplar arası	154,261	3	51,420	43,091	,000
	Grup içi	593,072	497	1,193		
	Toplam	747,333	500			
Kontrol sonrası yaşam biçimimin ve düzenimin değişme olasılığı kontrol yaptırmama engel oluşturur.	Gruplar arası	198,283	3	66,094	67,653	,000
	Grup içi	485,549	497	,977		
	Toplam	683,832	500			
Kontrol sonrası zararlı alışkanlıklarımdan vazgeçmek zorunda olma ihtimalim kontrol yaptırmama engel oluşturur.	Gruplar arası	126,074	3	42,025	46,287	,000
	Grup içi	451,236	497	,908		
	Toplam	577,309	500			
Meme kanseri ile	Gruplar	228,017	3	76,006	93,343	,000

ilgili verilen eğitim ya da seminerlere ilgim vardır.	arası					
	Grup içi	404,689	497	,814		
	Toplam	632,707	500			
Medyada yer alan meme kanseri ile ilgili içeriklere ilgim vardır.	Gruplar arası	276,517	3	92,172	157,907	,000
	Grup içi	290,106	497	,584		
	Toplam	566,623	500			
Meme kanseri hakkında hekimlerden bilgi almaya duyarlıyım	Gruplar arası	197,481	3	65,827	108,606	,000
	Grup içi	301,843	498	,606		
	Toplam	499,325	501			
Meme kanseri ile ilgili hazırlanmış kamu spotları ilgimi çeker.	Gruplar arası	228,194	3	76,065	129,384	,000
	Grup içi	292,773	498	,588		
	Toplam	520,966	501			

Kümeleri oluşturan sorular arasında anlamlı farklılık olup olmadığı, tek yönlü varyans analizi ile analiz edilmektedir. Aktif kamu, uyanmış kamu ve gizli kamu için sorulara ait tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 27’de yer almaktadır. Tabloda yer alan sonuçlara göre beklenildiği gibi değişkenlerin her birisinin ortalaması oluşturulan üç kümeye göre farklılık göstermektedir. Bu da oluşturulan kümelerin istatistiksel olarak birbirlerinden farklılaştığını ifade etmektedir.

Tablo 27: KDK'na göre Hazırlanmış Kümeler

	Küme		
	Aktif Kamu	Uyanmış Kamu	Gizli Kamu
1. Her kadının meme kanserine yakalanma riski vardır.	4-5	4-5	1-2
2. Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser türüdür.	4-5	4-5	1-2
3. Kendim de meme kanserine yakalanabilirim.	4-5	4-5	1-2
4. Kendimi risk grubunda görürüm.	4-5	4-5	1-2
5. Düzenli kontrol yaptırmak maliyetli ve zaman alıcıdır.	1-2	4-5	4-5
6. Ultrason ya da Mamografi çekimi sırasında alınan radyasyon beni korkutur.	1-2	4-5	4-5
7. Ultrason ya da Mamografi çekimi için ileri tarihli randevu verilmesi, bu konuda adım atmama engel olmaktadır.	1-2	4-5	4-5
8. Düzenli kontrol yaptırmak için gideceğim yol mesafesi benim için caydırıcı bir unsurdur.	1-2	4-5	4-5

9. Kontrol sonrası yaşam biçiminin ve düzenimin değişme olasılığı kontrol yaptırmama engel oluşturur.	1-2	4-5	4-5
10. Kontrol sonrası zararlı alışkanlıklarımdan vazgeçmek zorunda olma ihtimalim kontrol yaptırmama engel oluşturur.	1-2	4-5	4-5
11. Meme kanseri ile ilgili verilen eğitim ya da seminerlere ilgim vardır.	4-5	4-5	2-3
12. Medyada yer alan meme kanseri ile ilgili içeriklere ilgim vardır.	4-5	4-5	2-3
13. Meme kanseri hakkında hekimlerden bilgi almaya duyarlıyım.	4-5	4-5	2-3
14. Meme kanseri ile ilgili hazırlanmış kamu spotları ilgimi çeker.	4-5	4-5	2-3

Tablo 28: Kümelerdeki Katılımcı Sayısı

Küme	Aktif Kamu	297
	Uyanmış Kamu	55
	Gizli Kamu	2
Toplam		354
Kayıp veri		48

Tablo 28'e göre meme kanserine ilişkin en kalabalık kamu 297 kişi ile Aktif kamudur. İkinci sırada ise 55 kişi işe uyanmış kamu gelmektedir. Gizli kamuya ise yalnızca 2 kişinin girdiği görülmektedir. Bu durum beklenen bir sonuçtur. Gizli kamuların sorun algılarının düşük olduğu bilinmektedir. Kadınların, meme kanseri gibi kendilerinde çok sık görülen bir hastalık söz konusu olduğunda sorun algılarının düşük çıkması beklenemez. Bu duruma açıklık getirmek için aşağıdaki tabloya yer verilmiştir.

Tablo 29: Sorun Algısı Düşük Kadınların Sayısı

Sorun algısı düşük olanlar					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
Geçerli veri	0	467	84,9	93,4	93,4
	1	33	6,0	6,6	100,0
	Toplam	500	90,9	100,0	
Kayıp veri		50	9,1		
Toplam		550	100,0		

Tabloya bakıldığında toplam örneklem içinde (502 kişi) yalnızca 33 kişinin meme kanserine ilişkin sorun algısının düşük olduğu görülmektedir. Yani araştırmaya katılan kadınların çok büyük bir kısmı meme kanserini önemli bir sorun olarak algılamaktadır. Gizli kamunun bir diğer değişkeni olan kısıt algısı için ise aşağıdaki tabloya yer verilmiştir.

Tablo 30: Kısıt Algısı Yüksek Olan Kadınların Sayısı

Kısıt algısı yüksek olanlar					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
Geçerli veri	0	425	77,3	85,3	85,3
	1	73	13,3	14,7	100,0
	Toplam	498	90,5	100,0	
Kayıp veri		52	9,5		
Toplam		550	100,0		

Bu tablo ise bize toplam örneklem içinde kısıt algısı yüksek olan kişi sayısının 73 olduğunu göstermektedir. Bu sayı, toplam örneklem 5’te birine bile denk gelmemektedir. Gizli kamunun gereği olan sorun algısının düşük, kısıt algısının yüksek olması durumlarını sağlayan kesişim kümesinin daha da dar olması anlaşılır bir durumdur.

3.12.1. Aktif Kamunun Demografik Özellikleri

Tablo 31: Aktif Kamu Yaş Dağılımı

Aktif Kamu				Toplam
Yaş Aralıkları	18-25	Sayı	67	125
		Yüzde	22,6%	25,2%
	26-35	Sayı	81	142
		Yüzde	27,3%	28,6%
	36-45	Sayı	89	145
		Yüzde	30,0%	29,2%
	46-55	Sayı	45	65
		Yüzde	15,2%	13,1%
	56+	Sayı	15	20
		Yüzde	5,1%	4,0%
Toplam		Sayı	297	497
		Yüzde	100,0%	100,0%

Aktif kamu kümesinde yer alan kişilerin 36-45 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu yaş aralığından sonra ise en yoğun katılımcı sayısı 26-35 aralığında gözlemlenmektedir. Meme kanseri riskinin artış gösterdiği yaş aralıkları ile uyumlu bir sonuç olduğu söylenebilir. 26-45 yaşa aralığındaki katılımcıların meme kanserini yüksek bir sorun olarak algılayıp yüksek ilgi göstermeleri beklenen bir sonuçtur.

Tablo 32: Aktif Kamu Eğitim Durum Dağılımı

Aktif Kamu				Toplam
Eğitim Durumu	Okur-yazar	Sayı	3	3
		Yüzde	1,0%	0,6%
	İlköğretim	Sayı	5	13
		Yüzde	1,7%	2,6%
	Lise	Sayı	41	63
		Yüzde	13,8%	12,7%
	Ön lisans	Sayı	26	48
		Yüzde	8,8%	9,7%
	Lisans	Sayı	161	266
		Yüzde	54,2%	53,5%
	Yüksek Lisans /Doktora	Sayı	61	104
		Yüzde	20,5%	20,9%
Toplam		Sayı	297	497
		Yüzde	100,0%	100,0%

Aktif kamuya dahil olan kadınların ağırlıklı olarak lisans mezunu oldukları görülmektedir. 161 kişi lisans mezunu iken 61 kişi Yüksek lisans/Doktora ve 41 kişi lise mezunudur. Okuryazar ve ilköğretim mezunu kişi sayısı ise toplamda 8 kişidir. Meme kanserine ilişkin sorun algısı yüksek, kısıt algısı düşük ve ilgi derecesi yüksek olan grubun eğitim düzeyinin yüksek çıkması beklenen bir durumdur.

Tablo 33: Aktif Kamu Medeni Durum Dağılımı

Aktif Kamu				Toplam
Medeni Durum	Bekar	Sayı	118	207
		Yüzde	39,7%	41,6%
	Evli	Sayı	162	260
		Yüzde	54,5%	52,3%
	Dul	Sayı	3	5
		Yüzde	1,0%	1,0%

	Boşanmış	Sayı	14	25
		Yüzde	4,7%	5,0%
Toplam		Sayı	297	497
		Yüzde	100,0%	100,0%

Aktif kamuyu oluşturan yanıtlayıcıların 118'i bekâr iken, 162'si evlidir. Dul katılımcı sayısı 3, eşinden boşanmış kişi sayısı ise 14'tür.

Tablo 34: Aktif Kamu Meslek Dağılımları

Aktif Kamu				Toplam
Meslekler	Öğrenci	Sayı	61	116
		Yüzde	21,2%	24,0%
	İşçi	Sayı	38	60
		Yüzde	13,2%	12,4%
	Memur	Sayı	105	172
		Yüzde	36,5%	35,5%
	Esnaf	Sayı	2	6
		Yüzde	0,7%	1,2%
	Serbest meslek	Sayı	21	35
		Yüzde	7,3%	7,2%
	Ev hanımı	Sayı	41	65
		Yüzde	14,2%	13,4%
	Diğer	Sayı	20	30
		Yüzde	6,9%	6,2%
Toplam		Sayı	288	484
		Yüzde	100,0%	100,0%

Aktif kamuya dahil olan en kalabalık meslek grubu 105 kişi ile memurlardır. Memurları 61 sayısı ile öğrenciler takip etmektedir. Ev hanımı kategorisinde 41 kişi, işçi kategorisinde 38 kişi, serbest meslek grubunda 21kişi ve diğer kategorisinde 20 kişi yer alarak homojen bir dağılım sergilerken esnaf kategorisinde 2 kişi yer almaktadır.

Tablo 35: Aktif Kamu Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri Dağılımları

Aktif kamu				Toplam
Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri	Köy	Sayı	12	20
		Yüzde	4,0%	4,0%
	Kasaba	Sayı	7	10
		Yüzde	2,4%	2,0%
	İl	Sayı	114	187
		Yüzde	38,4%	37,6%

	İlçe	Sayı	51	92
		Yüzde	17,2%	18,5%
	Büyükşehir	Sayı	113	188
		Yüzde	38,0%	37,8%
Toplam		Sayı	297	497
		Yüzde	100,0%	100,0%

3.12.2. Uyanmış Kamunun Demografik Özellikleri

Tablo 36: Uyanmış Kamu Yaş Aralıkları

Uyanmış Kamu					Topla
					m
Yaş aralıkları	18-25	Sayı	116	11	127
		Yüzde	26,1%	20,0%	25,4%
	26-35	Sayı	129	14	143
		Yüzde	29,0%	25,5%	28,6%
	36-45	Sayı	126	19	145
		Yüzde	28,3%	34,5%	29,0%
	46-55	Sayı	57	8	65
		Yüzde	12,8%	14,5%	13,0%
	56+	Sayı	17	3	20
		Yüzde	3,8%	5,5%	4,0%
Toplam		Sayı		55	500
		Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Uyanmış kamuya dahil olan kişilerin %20'si 18-25 yaş aralığında, %25,5'i 26-35 yaş aralığında, %34,5'i 36-45 yaş aralığında %14,5'i 46-55 aralığında ve %5'i ise 56 yaş ve üzeri aralıkta yer almaktadır. Genel olarak uyanmış kamuda yer alan kadınların her yaş grubuna yakın dağıldığı söylenebilir.

Tablo 37: Uyanmış Kamu Eğitim Durumu Dağılımları

Uyanmış Kamu				Toplam
Eğitim Durumu	Okur-yazar	Sayı	0	3
		Yüzde	0,0%	0,6%
	İlköğretim	Sayı	1	13
		Yüzde	1,8%	2,6%
	Lise	Sayı	7	63
		Yüzde	12,7%	12,6%
	Ön lisans	Sayı	4	49
		Yüzde	7,3%	9,8%

	Lisans	Sayı	32	268
		Yüzde	58,2%	53,6%
	Yüksek Lisans /Doktora	Sayı	11	104
		Yüzde	20,0%	20,8%
Toplam		Sayı	55	500
		Yüzde	100,0%	100,0%

Tablo incelendiğinde uyanmış kamuyu oluşturan kadınların yarısından fazlasının (%58,2) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. %20,0 lisansüstü eğitim düzeyine sahipken, %12,7'si lise mezunudur. Aktif kamuda da en yüksek grubu üniversite mezunlarının oluşturması sorun algısı yüksek kamuların eğitim düzeyi yüksek kişilerden oluştuğunu göstermektedir.

Tablo 38: Uyanmış Kamu Medeni Durum Dağılımları

Uyanmış Kamu				Toplam
Medeni Durum	Bekar	Sayı	22	209
		Yüzde	40,0%	41,8%
	Evli	Sayı	27	261
		Yüzde	49,1%	52,2%
	Dul	Sayı	0	5
		Yüzde	0,0%	1,0%
	Boşanmış	Sayı	6	25
		Yüzde	10,9%	5,0%
Toplam		Sayı	55	500
		Yüzde	100,0%	100,0%

Tabloya göre uyanmış kamuda yer alan kadınların % 49 evlilerden oluşurken, %40'ı bekarlardan oluşmaktadır. %10'u ise boşanmış kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 39: Uyanmış Kamu Meslek Dağılımları

Uyanmış Kamu				Toplam
Meslekler	Öğrenci	Sayı	14	118
		Yüzde	26,4%	24,2%
	İşçi	Sayı	5	61
		Yüzde	9,4%	12,5%
	Memur	Sayı	20	172

		Yüzde	37,7%	35,3%
	Esnaf	Sayı	1	6
		Yüzde	1,9%	1,2%
	Serbest meslek	Sayı	3	35
		Yüzde	5,7%	7,2%
	Ev hanımı	Sayı	7	65
		Yüzde	13,2%	13,3%
	Diğer	Sayı	3	30
Yüzde		5,7%	6,2%	
Total		Sayı	53	487
		Yüzde	100,0%	100,0%

Uyanmış kamuyu oluşturan bireylerin meslek dağılımlarına bakıldığında ise %37,7 ile memurların ön plana çıktığı görülmektedir. Memur grubunu takip eden grup %2,4 ile öğrencilerdir. Daha sonra ise %13,2 ile ev hanımları gelmektedir. En küçük grubu %1,9 ile esnaflar oluşturmaktadır.

Tablo 40: Uyanmış Kamu Uzun Süre Yaşanılan Yer Dağılımları

Uyanmış Kamu				Toplam
Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri	Köy	Sayı	1	20
		Yüzde	1,8%	4,0%
	Kasaba	Sayı	1	10
		Yüzde	1,8%	2,0%
	İl	Sayı	19	189
		Yüzde	34,5%	37,8%
	İlçe	Sayı	11	93
		Yüzde	20,0%	18,6%
	Büyükşehir	Sayı	23	188
		Yüzde	41,8%	37,6%
Toplam		Sayı	55	500
		Yüzde	100,0%	100,0%

Hem sorun algısının hem kısıt algısının hem de ilgi derecesinin yüksek algılandığı grup olan uyanmış kamuya dahil olan kadınların yaşamlarını uzun süre geçirdikleri yerleşim yerlerine bakıldığında Büyükşehir'in %41,8 ile öne çıktığı görülmektedir. Büyükşehir'i, il merkezi %34,5 oranıyla takip etmektedir. İlçede yaşamlarını geçiren kadınların oranı %20 iken köy ve kasabalarda uzun süre yaşayan kişilerin yüzde toplamı yaklaşık %4'tür. Büyükşehirlerin kalabalık olmasıyla beraber doğan sorunların meme kanserine dair sorun algısının yüksek algılanmasında etkili olabildiği söylenebilir.

3.13. Kamuların Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Durumları

Bu bölümde araştırmaya dahil olan kadınların belirlenen mesaj stratejilerinden etkilenme düzeylerine bakılacaktır.

3.13.1. Teşhis Almış ve Almamış Kadınların Mesajlardan Etkilenme Durumları

Bu bölümde, Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği'nin (2011) – Message Efficiency Diagnosis Scale (MED) ile mesajların daha önce meme kanseri teşhisi almış ve almamış kadınlar üzerindeki etkisine ve birinci derece yakınlarından biri meme kanseri olan ve olmayan kişilerin mesajlardan etkilenme farklılıklarına bakılacaktır.

Çalışmada kullanılan değişkenler normal dağılıma sahip olmadığı için iki grup arasındaki farklılığı test edebilmek amacıyla t testinin parametrik olmayan alternatifi olan Mann Whitney U testi kullanılacaktır. t testi ile Mann Whitney U arasındaki temel fark t testi ortalamaları karşılaştırırken, Mann Whitney U testi ise medyanları karşılaştırmaktadır (Karagöz, 2016: 557). Buna göre teşhis alan ve almayan kişilerin mesaj stratejilerinden etkilenme dereceleri arasında anlamlı fark olup olmadığını gösteren Mann Whitney U testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 41: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Teşhis Durumuna Göre İncelenmesi

Mann- Whitney U Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Teşhis alan ve almayan kişilerin <u>Korku</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.227	Kabul
Teşhis alan ve almayan kişilerin <u>Nedensellik</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.383	Kabul
Teşhis alan ve almayan kişilerin <u>Umutlandırıcı</u> stratejiden	0.616	Kabul

etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.		
Teşhis alan ve almayan kişilerin <u>Yönlendirici</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.04	Ret
Teşhis alan ve almayan kişilerin <u>Tıbbi Terim</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.00	Ret
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Tablo 41’de yer alan sonuçlara göre teşhis alan ve almayan kadınlar arasında korku, nedensellik ve umutlandırıcı mesaj stratejilerinden etkilenmeleri dereceleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Tüm hipotezler için p değeri 0.05’ten büyük bulunmuştur. Bu nedenle sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Korku stratejisi içeren mesajların teşhis almış ve almamış tüm kadınlar üzerinde aynı etkiyi yaratması beklenen bir durumdur. Bu durum aynı zamanda sorun algısı yüksek çıkan çoğunluk ile de tutarlı bir sonuç elde edildiğini göstermektedir. Nedensellik etkisine sahip mesajların ise hem teşhis alan hem de almayan kadınlarda aynı etkiyi yarattığını görmekteyiz. Buradan tüm kadınların meme kanserinin nedenini açıklayan mesajlara dair sahip oldukları etkilenme düzeyinin aynı olduğu ifade edilebilir. Umutlandırıcı etkiye sahip mesajların teşhis almış ve almamış kadınlar üzerindeki etkisinin de aynı olduğu anlaşılmaktadır. Sorun algısı yüksek kamuların umut içerikli mesajlara yönelmesi anlaşılır bir durumdur.

Tabloda yer alan sonuçlardan teşhis alan ve almayan kadınlar arasında yönlendirici ve tıbbi terim stratejilerine sahip mesajlardan etkilenme dereceleri arasında anlamlı fark bulunduğu görülmektedir. Her iki hipotezin de p değeri 0.05’ten küçük bulunmuş ve sıfır hipotezi reddedilmiştir.

Daha önce kanser teşhisi almış ya da halen tedavi gören kadınlar ile daha önce teşhis almamış kadınlar arasında yönlendirici etkili mesajlardan etkilenme düzeylerinde anlamlı farklılık vardır. Aynı şekilde tıbbi terim içeren mesajların etkisi, teşhis almış hastalar ile almamış kadınlar üzerindeki etkisi aynı değildir. Tıbbi terim içeren mesajların etkisi bu iki grup arasında anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 42: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Bir Yakının Teşhis Alma Durumuna Göre İncelenmesi

Mann- Whitney U Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Birinci derece yakınlarından biri teşhis almış ya da almamış kişilerin <u>Korku</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.347	Kabul
Birinci derece yakınlarından biri teşhis almış ya da almamış kişilerin <u>Nedensellik</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,28	Ret
Birinci derece yakınlarından biri teşhis almış ya da almamış kişilerin <u>Umutlandırııcı</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.660	Kabul
Birinci derece yakınlarından biri teşhis almış ya da almamış kişilerin <u>Yönlendirici</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.342	Kabul
Birinci derece yakınlarından biri teşhis almış ya da almamış kişilerin <u>Tıbbi Terim</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.11	Ret
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Tablo sonuçlarına göre birinci derecede yakınlarından biri teşhis almış ya da almamış kişilerin korku, umutlandırııcı, yönlendirici stratejili mesajlardan etkilenme dereceleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Tüm hipotezlerin p değeri 0.05'ten büyüktür. Buna göre sıfır hipotezleri kabul edilmiştir.

Birinci derecede yakınlarından biri meme kanseri teşhisi almış kadınlar ile yakınlarında meme kanseri teşhisi almış kimse olmayan kadınlar korku içerikli mesajlardan aynı düzeyde etkilenmektedir. Benzer sonucu kendisi teşhis almış ve almamış kişilerde de görüyor oluşumuz korku içerikli mesajların her iki kamuyu da aynı şekilde etkilediğini ortaya koymaktadır. Umut vadeden ve yönlendirici içeriklere sahip mesajlar da aynı şekilde her iki kitle grubunda da aynı etkiyi göstermektedir.

Tabloya tekrar bakıldığında, birinci dereceden yakınlarından biri teşhis almış kadınlar ile almamış kadınların tıbbi terim ve nedensellik stratejilerinden etkilenme dereceleri arasında anlamlı farklılık vardır. İki hipotezin de p değeri 0.05'ten küçüktür. Buna göre sıfır hipotezleri reddedilmiştir.

Beklendiği gibi tıbbi terim içeren mesajlar birinci derecede yakınlarından biri teşhis almış kişiler ile almamış kişilerde aynı etkiyi yaratmamaktadır. Yakınlarında meme kanseri teşhisi almış bir akrabaya sahip kişiler, meme kanserinin nedenini açıklayan mesajlara teşhis almış bir yakını olmayan kadınlardan aynı derecede etkilenmemektedir.

3.13.2. Yaş Gruplarının Mesajlardan Etkilenme Durumları

Tablo 43: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi

Mann- Whitney U Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Farklı yaş grubunda olan kişilerin <u>Korku</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.412	Kabul
Farklı yaş grubunda olan kişilerin <u>Nedensellik</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,328	Kabul
Farklı yaş grubunda olan kişilerin <u>Umutlandırıcı</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.053	Kabul
Farklı yaş grubunda olan kişilerin <u>Yönlendirici</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.495	Kabul
Farklı yaş grubunda olan kişilerin <u>Tıbbi Terim</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.001	Ret
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Farklı yaş grubunda olan kadınların stratejik mesajlardan etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık bulunup bulunmadığını sınamak için yapılan Mann Whitney U testleri tabloda yer almaktadır. Bu sonuçlara göre farklı yaş grupları arasında korku, umut, nedensellik ve yönlendirici mesajlar arasında farklılık yokken tıbbi terim içeren mesajlardan etkilenmede yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Mann Whitney U sonuçlarına göre yaş grupları arasında tıbbi terim içeren mesajlar açısından anlamlı farklılık bulunduğundan sonra bu farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını bulabilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçlarına yer verilmektedir.

Tablo 44: Tıbbi Terim Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Tıbbi terim				
Yaş (I)	Yaş(J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	2,00	-,24165	,12419	,295
	3,00	-,44207*	,12399	,004
	4,00	-,55312*	,15559	,004
	5,00	-,51850	,24543	,216
2,00	1,00	,24165	,12419	,295
	3,00	-,20042	,12002	,454
	4,00	-,31147	,15245	,247
	5,00	-,27685	,24345	,787
3,00	1,00	,44207*	,12399	,004
	2,00	,20042	,12002	,454
	4,00	-,11105	,15228	,950
	5,00	-,07644	,24335	,998
4,00	1,00	,55312*	,15559	,004
	2,00	,31147	,15245	,247
	3,00	,11105	,15228	,950
	5,00	,03462	,26087	1,000
5,00	1,00	,51850	,24543	,216
	2,00	,27685	,24345	,787
	3,00	,07644	,24335	,998
	4,00	-,03462	,26087	1,000
SCHEFFE				
1,00	2,00	-,24165	,12419	,437

	3,00	-,44207*	,1 2399	,01 4
	4,00	-,55312*	,15559	,01 4
	5,00	-,51850	,2 4543	,34 8
2,00	1,00	,24165	,1 2419	,43 7
	3,00	-,20042	,1 2002	,59 4
	4,00	-,31147	,1 5245	,38 4
	5,00	-,27685	,2 4345	,86 2
3,00	1,00	,44207*	,1 2399	,01 4
	2,00	,20042	,1 2002	,59 4
	4,00	-,11105	,1 5228	,97 0
	5,00	-,07644	,24335	,99 9
4,00	1,00	,55312*	,1 5559	,01 4
	2,00	,31147	,15245	,38 4
	3,00	,11105	,15228	,97 0
	5,00	,03462	,26087	1,000
5,00	1,00	,51850	,24543	,34 8
	2,00	,27685	,2 4345	,86 2
	3,00	,07644	,24335	,99 9
	4,00	-,03462	,26087	1,000
Yaş grupları 1: 18-25 2: 26-35 3: 36-45 4: 46-55 5: 56+				

Tabloda yer alan Tukey ve Scheffe test sonuçlarının oldukça benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre 18- 25 ile 36-45 ve 46-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre 18-25 yaş aralığı 36-55 yaş aralığına giren kişilere kıyasla tıbbi terim içerikli mesajlardan daha fazla etkilenmektedir. Bu durum genç kadınların tıbbi terimlere daha hakim

olmalarından ve sağlık bilgisine erişmede kullanılan seçeneklere daha fazla hakim olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 45: Nedensellik Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Nedensellik				
Yaş (I)	Yaş(J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1 ,00	2 ,00	,09927	,11 807	,918
	3 ,00	-,00686	,11 788	1,00 0
	4 ,00	,26936	,14 735	,359
	5 ,00	,12705	,23 148	,982
2 ,00	1 ,00	-,09927	,11 807	,918
	3 ,00	-,10613	,11 289	,881
	4 ,00	,17009	,14 338	,759
	5 ,00	,02778	,22 897	1,00 0
3 ,00	1 ,00	,00686	,11 788	1,00 0
	2 ,00	,10613	,11 289	,881
	4 ,00	,27622	,14 323	,304
	5 ,00	,13391	,22 888	,977
4 ,00	1 ,00	-,26936	,14 735	,359
	2 ,00	-,17009	,14 338	,759
	3 ,00	-,27622	,14 323	,304
	5 ,00	-,14231	,24 535	,978
5 ,00	1 ,00	-,12705	,23 148	,982
	2 ,00	-,02778	,22 897	1,00 0
	3 ,00	-,13391	,22	,977

	,00		888	
	4	,14231	,24	,978
	,00		535	
Scheffe				
1	2	,09927	,11	,950
,00	,00		807	
	3	-,00686	,11	1,00
	,00		788	0
	4	,26936	,14	,503
	,00		735	
	5	,12705	,23	,990
	,00		148	
2	1	-,09927	,11	,950
,00	,00		807	
	3	-,10613	,11	,927
	,00		289	
	4	,17009	,14	,843
	,00		338	
	5	,02778	,22	1,00
	,00		897	0
3	1	,00686	,11	1,00
,00	,00		788	0
	2	,10613	,11	,927
	,00		289	
	4	,27622	,14	,446
	,00		323	
	5	,13391	,22	,987
	,00		888	
4	1	-,26936	,14	,503
,00	,00		735	
	2	-,17009	,14	,843
	,00		338	
	3	-,27622	,14	,446
	,00		323	
	5	-,14231	,24	,987
	,00		535	
5	1	-,12705	,23	,990
,00	,00		148	
	2	-,02778	,22	1,00
	,00		897	0
	3	-,13391	,22	,987
	,00		888	
	4	,14231	,24	,987
	,00		535	
Yaş grupları 1: 18-25 2: 26-35 3: 36-45 4: 46-55 5: 56+				

Yaş grupları arasında nedensellik içeren mesajlar açısından anlamlı farklılık olup olmadığı var ise bu farklılığın hangi yaş grubundan

kaynaklandığını bulabilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçları verilmektedir. Test sonuçlarına göre Mann Whitney U testi ile tutarlı olarak farklı yaş grupları arasında Nedensellik içeren mesajlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durum p değerlerinin 0.05'ten büyük olmasından görülebilmektedir. Bu sonuç bize tüm yaş gruplarının meme kanserinin nedeniyle ilgili bilgi içeren mesajlardan benzer düzeyde etkilendiğini açıklamaktadır.

Tablo 46: Umutlandırıcı Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Umutlandırıcı				
Yaş (I)	Yaş (J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	2,00	-,04535	,13307	,997
	3,00	,28526	,13329	,205
	4,00	,13647	,16567	,923
	5,00	,50826	,26004	,290
2,00	1,00	,04535	,13307	,997
	3,00	,33061	,12763	,074
	4,00	,18182	,16116	,792
	5,00	,55361	,25719	,200
3,00	1,00	-,28526	,13329	,205
	2,00	-,33061	,12763	,074
	4,00	-,14879	,16134	,888
	5,00	,22300	,25730	,909
4,00	1,00	-,13647	,16567	,923
	2,00	-,18182	,16116	,792
	3,00	,14879	,16134	,888
	5,00	,37179	,27548	,660
5,00	1,00	-,50826	,26004	,290
	2,00	-,55361	,25719	,200
	3,00	-,22300	,25730	,909
	4,00	-,37179	,27548	,660
Scheffe				
1,00	2,00	-,04535	,13307	,998
	3,00	,28526	,13329	,335
	4,00	,13647	,16567	,954
	5,00	,50826	,26004	,432
2,00	1,00	,04535	,13307	,998
	3,00	,33061	,12763	,154
	4,00	,18182	,16116	,866
	5,00	,55361	,25719	,328

3,00	1,00	-,28526	,13329	,335
	2,00	-,33061	,12763	,154
	4,00	-,14879	,16134	,931
	5,00	,22300	,25730	,945
4,00	1,00	-,13647	,16567	,954
	2,00	-,18182	,16116	,866
	3,00	,14879	,16134	,931
	5,00	,37179	,27548	,768
5,00	1,00	-,50826	,26004	,432
	2,00	-,55361	,25719	,328
	3,00	-,22300	,25730	,945
	4,00	-,37179	,27548	,768
Yaş grupları 1: 18-25 2: 26-35 3: 36-45 4: 46-55 5: 56+				

Tukey ve Scheffe test sonuçlarına göre Mann Whitney U testi ile tutarlı olarak farklı yaş grupları arasında Umutlandırıci içeriğe sahip mesajlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durum p değerlerinin 0.05'ten büyük olmasından anlaşılabilmektedir. Hem genç hem de orta yaş ve üstü kadınlar meme kanseri hakkında umut vadeden mesajlardan benzer düzeyde etkilenmektedir. Bu durum koruyucu sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde umut içeren mesajlar ile kadınlara ulaşmanın elverişli bir seçenek olduğu söylenebilir.

Tablo 47: Yönlendirici Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Yönlendirici				
Yaş (I)	Yaş(J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	2,00	-,00068	,10717	1,000
	3,00	-,12908	,10665	,745
	4,00	,01062	,13383	1,000
	5,00	,13241	,21110	,971
2,00	1,00	,00068	,10717	1,000
	3,00	-,12840	,10360	,728
	4,00	,01130	,13141	1,000
	5,00	,13310	,20958	,969
3,00	1,00	,12908	,10665	,745
	2,00	,12840	,10360	,728

	4,00	,13970	,13098	,824
	5,00	,26149	,20931	,722
4,00	1,00	-,01062	,13383	1,000
	2,00	-,01130	,13141	1,000
	3,00	-,13970	,13098	,824
	5,00	,12179	,22438	,983
5,00	1,00	-,13241	,21110	,971
	2,00	-,13310	,20958	,969
	3,00	-,26149	,20931	,722
	4,00	-,12179	,22438	,983
Scheffe				
1,00	2,00	-,00068	,10717	1,000
	3,00	-,12908	,10665	,833
	4,00	,01062	,13383	1,000
	5,00	,13241	,21110	,983
2,00	1,00	,00068	,10717	1,000
	3,00	-,12840	,10360	,820
	4,00	,01130	,13141	1,000
	5,00	,13310	,20958	,982
3,00	1,00	,12908	,10665	,833
	2,00	,12840	,10360	,820
	4,00	,13970	,13098	,888
	5,00	,26149	,20931	,816
4,00	1,00	-,01062	,13383	1,000
	2,00	-,01130	,13141	1,000
	3,00	-,13970	,13098	,888
	5,00	,12179	,22438	,990
5,00	1,00	-,13241	,21110	,983
	2,00	-,13310	,20958	,982
	3,00	-,26149	,20931	,816
	4,00	-,12179	,22438	,990
Yaş grupları 1: 18-25 2: 26-35 3: 36-45 4: 46-55 5: 56+				

Tabloda yer alan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre tüm yaş gruplarında meme kanseri hakkında yönlendirici içeriğe sahip içerikler kadınlar üzerinde aynı etkiye sahiptir. Yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Hem genç hem de orta yaş ve üstü kadınların meme kanseri hakkındaki yönlendirmeleri benzer şekilde değerlendirdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 48: Korku Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Korku				
Yaş (I)	Yaş(J)	Ortalama farkı	Std. Hata	Anlamlılık

		(I-J)		
Tukey HSD				
1,00	2,00	-,05423	,10019	,983
	3,00	-,06566	,10003	,965
	4,00	-,03985	,12542	,998
	5,00	,12169	,19769	,973
2,00	1,00	,05423	,10019	,983
	3,00	-,01143	,09662	1,000
	4,00	,01439		1,000
	5,00	,17593	,19599	,898
3,00	1,00	,06566	,10003	,965
	2,00	,01143	,09662	1,000
	4,00	,02582	,12259	1,000
	5,00	,18736	,19590	,874
4,00	1,00	,03985	,12542	,998
	2,00	-,01439	,12273	1,000
	3,00	-,02582	,12259	1,000
	5,00	,16154	,21001	,939
5,00	1,00	-,12169	,19769	,973
	2,00	-,17593	,19599	,898
	3,00	-,18736	,19590	,874
	4,00	-,16154	,21001	,939
Scheffe				
1,00	2,00	-,05423	,10019	,990
	3,00	-,06566	,10003	,980
	4,00	-,03985	,12542	,999
	5,00	,12169	,19769	,984
2,00	1,00	,05423	,10019	,990
	3,00	-,01143	,09662	1,000
	4,00	,01439	,12273	1,000
	5,00	,17593	,19599	,938
3,00	1,00	,06566	,10003	,980
	2,00	,01143	,09662	1,000
	4,00	,02582	,12259	1,000
	5,00	,18736	,19590	,922
4,00	1,00	,03985	,12542	,999
	2,00	-,01439	,12273	1,000
	3,00	-,02582	,12259	1,000
	5,00	,16154	,21001	,964
5,00	1,00	-,12169	,19769	,984
	2,00	-,17593	,19599	,938
	3,00	-,18736	,19590	,922
	4,00	-,16154	,21001	,964
Yaş grupları 1: 18-25 2: 26-35 3: 36-45 4: 46-55 5: 56+				

Tukey ve Scheffe test sonuçlarına göre Mann Whitney U testi ile tutarlı olarak farklı yaş grupları arasında Korku veren içeriğe sahip mesajlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Yaşları itibariyle meme kanseri riski taşımayan genç kadınların daha riskli gruplara benzer şekilde korku mesajlarından etkilenmeleri sağlık iletişim kampanyaları hazırlanırken dikkate alınması gereken bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.13.3. Eğitim Düzeyine Göre Mesajlardan Etkilenme Durumları

Eğitim düzeyinin mesajlardan etkilenme durumuna nasıl yansıdığını anlamak için Mann- Whitney U Testi uygulanmıştır.

Tablo 49: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesi

Mann- Whitney U Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Eğitim düzeyi ile <u>Korku</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.593	Kabul
Eğitim düzeyi ile <u>Nedensellik</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.013	Kabul
Eğitim düzeyi ile <u>Umutlandırıcı</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.589	Ret
Eğitim düzeyi ile <u>Yönlendirici</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.869	Kabul
Eğitim düzeyi ile <u>Tıbbi Terim</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.016	Kabul
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Yukarıdaki tabloya göre Korku, Nedensellik, Yönlendirici ve Tıbbi terim içeren mesajların eğitim seviyesi ile ilişkileri arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0.005$). Yönlendirici içerikli mesajlardan etkilenme durumu ile eğitim seviyesi arasında ise anlamlı farklılık vardır ($p< 0.005$).

İki değişken arasında fark varsa bu farkın hangisinden kaynaklandığını bulmak için Tukey ve Scheffe testlerine başvurulmaktadır. Hangi eğitim düzeyinin mesaj stratejilerinden etkilenme durumuna daha çok etki ettiğini ortaya koymak için tüm mesaj stratejileri için Tukey ve Scheffe testleri uygulanmıştır.

Tablo 50: Korku Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Korku				
Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	,401	,525	,973	-1,10
	,333	,484	,983	-1,05
	,355	,487	,978	-1,039
	,196	,476	,998	-1,16
	,190	,480	,999	-1,183
2,00	-,401	,525	,973	-1,90
	-,068	,249	1,00	-,783
	-,046	,255	1,00	-,776
	-,205	,232	,950	-,872
	-,211	,241	,952	-,901
3,00	-,333	,484	,983	-1,71
	,068	,249	1,00	-,646
	,022	,155	1,00	-,422
	-,137	,114	,839	-,465
4,00	-,143	,130	,884	-,517
	-,355	,487	,978	-1,75
	,046	,255	1,00	-,684
	-,022	,155	1,00	-,466
	-,159	,126	,805	-,521
5,00	-,165	,141	,850	-,569
	-,196	,476	,998	-1,55
	,205	,232	,950	-,460
	,137	,114	,839	-,191
	,159	,126	,805	-,202
6,00	-,005	,094	1,00	-,277
	-,190	,480	,999	-1,56
	,211	,241	,952	-,478
	,143	,130	,884	-,231
	,165	,141	,850	-,238
6,00	,005	,094	1,00	-,265
Scheffe				
1,00	,401	,525	,989	-1,35
	,333	,484	,993	-1,28
	,355	,487	,991	-1,27
	,196	,476	,999	-1,39
	,190	,480	1,00	-1,41
2,00	-,401	,525	,989	-2,15
	-,068	,249	1,00	-,903
	-,046	,255	1,00	-,899

	-,205	,232	,978	-,983
	-,211	,241	,979	-1,01
3,00	-,333	,484	,993	-1,95
	,068	,249	1,00	-,766
	,022	,155	1,00	-,496
	-,137	,114	,921	-,521
	-,143	,130	,945	-,580
4,00	-,355	,487	,991	-1,98
	,046	,255	1,00	-,806
	-,022	,155	1,00	-,541
	-,159	,126	,902	-,581
	-,165	,141	,927	-,636
5,00	-,196	,476	,999	-1,78
	,205	,232	,978	-,572
	,137	,114	,921	-,246
	,159	,126	,902	-,262
	-,005	,094	1,00	-,322
6,00	-,190	,480	1,00	-1,79
	,211	,241	,979	-,594
	,143	,130	,945	-,294
	,165	,141	,927	-,306
	,005	,094	1,00	-,310
Yaş grupları 1: Okur-yazar 2: İlköğretim 3: Lise 4: Önlisans 5: Lisans/Üniversite 6: Lisansüstü				

Yukarıda yer alan tabloya bakıldığında korku stratejisi ile hazırlanmış mesajların tüm eğitim seviyesinden gelen kadınlar için aynı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda sıfır hipotezi kabul edilmiştir. Kadınlar meme kanseriyle ilgili bir içeriğe rastladıklarında eğer içeriğin verdiği mesaj tehdit ve korku barındırıyorsa eğitilmiş olmak ya da ilköğretim mezunu olmak bu tür mesajlardan etkilenme noktasında bir etken olarak fark yaratmamaktadır.

Tablo 51: Nedensellik Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Nedensellik				
Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	,282	,616	,997	-1,48
	-,058	,568	1,00	-1,68

		,173	,571	1,00	-1,46
		,021	,558	1,00	-1,57
		-,025	,563	1,00	-1,63
2,00		-,282	,616	,997	-2,04
		-,340	,293	,855	-1,17
		-,108	,299	,999	-,965
		-,260	,273	,932	-1,04
		-,307	,283	,886	-1,11
3,00		,058	,568	1,00	-1,56
		,340	,293	,855	-,498
		,231	,182	,801	-,289
		,079	,134	,992	-,306
		,032	,153	1,00	-,406
4,00		-,173	,571	1,00	-1,80
		,108	,299	,999	-,748
		-,231	,182	,801	-,752
		-,151	,148	,910	-,576
		-,198	,165	,836	-,672
5,00		-,021	,558	1,00	-1,61
		,260	,273	,932	-,521
		-,079	,134	,992	-,465
		,151	,148	,910	-,272
		-,047	,111	,998	-,366
6,00		,025	,563	1,00	-1,58
		,307	,283	,886	-,502
		-,032	,153	1,00	-,472
		,198	,165	,836	-,274
		,047	,111	,998	-,271
Scheffe					
1,00		,282	,616	,997	-1,48
		-,058	,568	1,00	-1,68
		,173	,571	1,00	-1,46
		,021	,558	1,00	-1,57
		-,025	,563	1,00	-1,63
2,00		-,282	,616	,997	-2,04
		-,340	,293	,855	-1,17
		-,108	,299	,999	-,965
		-,260	,273	,932	-1,04
		-,307	,283	,886	-1,11
3,00		,058	,568	1,00	-1,56
		,340	,293	,855	-,498
		,231	,182	,801	-,289
		,079	,134	,992	-,306
		,032	,153	1,00	-,406
4,00		-,173	,571	1,00	-1,80
		,108	,299	,999	-,748
		-,231	,182	,801	-,752
		-,151	,148	,910	-,576

	-,198	,165	,836	-,672
5,00	-,021	,558	1,00	-1,61
	,260	,273	,932	-,521
	-,079	,134	,992	-,465
	,151	,148	,910	-,272
	-,047	,111	,998	-,366
6,00	,025	,563	1,00	-1,58
	,307	,283	,886	-,502
	-,032	,153	1,00	-,472
	,198	,165	,836	-,274
	,047	,111	,998	-,271
Yaş grupları 1: Okur-yazar 2: İlköğretim 3: Lise 4: Önlisans 5: Lisans/Üniversite 6: Lisansüstü				

Nedensellik stratejisiyle hazırlanan meme kanseriyle ilgili içerikler tüm eğitim seviyesindeki kadınlar üzerinde aynı derecede etki yaratmaktadır. Kadınların meme kanserinin oluşumunu bir nedene bağlama konusunda gördükleri öğrenim seviyesinin önemi olmadığı söylenebilir. Bu durumda sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 52: Umutlandırıcı Stratejiden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Umutlandırıcı				
Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	1,00	,682	,687	-,952
		,467	,976	-1,33
		,258	,999	-1,555
		,014	1,00	-1,75
		-,090	1,00	-1,87
2,00	-1,00	,682	,687	-2,95
		-,532	,574	-1,462
		-,741	,226	-1,69
		-,985*	,015	-1,85
		-1,09*	,007	-1,98
3,00	-,467	,629	,976	-2,27
		,532	,574	-,397
		-,209	,909	-,792
		-,453*	,032	-,884

		-,558*	,171	,015	-1,04
4,00		-,258	,633	,999	-2,07
		,741	,332	,226	-,209
		,209	,203	,909	-,373
		-,244	,165	,681	-,719
		-,349	,184	,411	-,878
5,00		-,014	,618	1,00	-1,78
		,981*	,302	,015	,119
		,453*	,150	,032	,022
		,244	,165	,681	-,230
		-,104	,123	,959	-,459
6,00		,090	,624	1,00	-1,69
		1,09	,313	,007	,193
		,558*	,171	,015	,068
		,349	,184	,411	-,179
		,104	,123	,959	-,250
Scheffe					
1,00		1,00	,682	,828	-1,28
		,467	,629	,990	-1,63
		,258	,633	,999	-1,85
		,014	,618	1,00	-2,05
		-,090	,624	1,00	-2,17
2,00		-1,00	,68	,828	-3,28
		-,532	,325	,749	-1,61
		-,741	,332	,420	-1,85
		-,985	,302	,062	-1,99
		-1,09*	,313	,035	-2,13
3,00		-,467	,629	,990	-2,57
		,532	,325	,749	-,553
		-,209	,203	,958	-,889
		-,453	,150	,108	-,956
		-,558	,171	,061	-1,13
4,00		-,258	,633	,999	-2,37
		,741	,332	,420	-,369
		,209	,203	,958	-,471
		-,244	,165	,825	-,798
		-,349	,184	,614	-,966
5,00		-,014	,618	1,00	-2,081
		,985	,302	,062	-,025
		,453	,150	,108	-,049
		,244	,165	,825	-,309
		-,104	,123	,982	-,518
6,00		,090	,624	1,00	-1,99
		1,09*	,313	,035	,042
		,558	,171	,061	-,013
		,349	,184	,614	-,268

	,104	,123	,982	-,309
Yaş grupları 1: Okur-yazar	2: İlköğretim	3: Lise	4: Önlisans	
5: Lisans/Üniversite	6: Lisansüstü			

Tablodan, umut içeren meme kanserine dair mesajların eğitim seviyesine bağlı olarak anlamlı farklılığa sahip olduğu görülmektedir. İlköğretim mezunu kadınlar ile hem üniversite mezunu hem de lisansüstü eğitime sahip kadınlar arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Aynı zamanda lise mezunu kadınlar ile üniversite mezunu kadınlar arasında da etkilenme dereceleri arasında fark olduğu tablodan anlaşılmaktadır.

Tablo 53: Yönlendirici Stratejiden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: Yönlendirici				
Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00	,077	,563	1,00	-1,53
	,285	,519	,994	-1,20
	,435	,523	,961	-1,06
	,283	,510	,994	-1,18
	,262	,515	,996	-1,21
2,00	-,077	,563	1,00	-1,69
	,208	,268	,971	-,56
	,358	,274	,781	-,43
	,206	,250	,963	-,51
	,185	,259	,980	-,55
3,00	-,285	,519	,994	-1,77
	-,208	,268	,971	-,97
	,150	,168	,948	-,33
	-,002	,124	1,00	-,36
	-,023	,141	1,00	-,43
4,00	-,435	,523	,961	-1,93
	-,358	,274	,781	-1,14
	-,150	,168	,948	-,63
	-,153	,136	,873	-,54
	-,173	,153	,866	-,61
5,00	-,283	,510	,994	-1,74
	-,206	,250	,963	-,92
	,002	,124	1,00	-,35
	,153	,136	,873	-,24
	-,020	,102	1,00	-,31

6,00		-,262	,515	,996	-1,73
		-,185	,259	,980	-,93
		,023	,141	1,00	-,38
		,173	,153	,866	-,26
		,020	,102	1,00	-,27
Scheffe					
1,00		,077	,563	1,00	-1,80
		,285	,519	,998	-1,45
		,435	,523	,983	-1,31
		,283	,510	,997	-1,42
		,262	,515	,998	-1,46
2,00		-,077	,563	1,00	-1,96
		,208	,268	,988	-,69
		,358	,274	,887	-,56
		,206	,250	,984	-,63
		,185	,259	,992	-,68
3,00		-,285	,519	,998	-2,02
		-,208	,268	,988	-1,10
		,150	,168	,977	-,41
		-,002	,124	1,00	-,42
		-,023	,141	1,00	-,49
4,00		-,435	,523	,983	-2,18
		-,358	,274	,887	-1,27
		-,150	,168	,977	-,71
		-,153	,136	,939	-,61
		-,173	,153	,936	-,68
5,00		-,283	,510	,997	-1,99
		-,206	,250	,984	-1,04
		,002	,124	1,00	-,41
		,153	,136	,939	-,30
		-,020	,102	1,00	-,36
6,00		-,262	,515	,998	-1,98
		-,185	,259	,992	-1,05
		,023	,141	1,00	-,45
		,173	,153	,936	-,34
		,020	,102	1,00	-,32
Yaş grupları 1: Okur-yazar 2: İlköğretim 3: Lise 4: Önlisans 5: Lisans/Üniversite 6: Lisansüstü					

Yukarıdaki tablodan Türk kadınlarının meme kanseriyle ilgili yönlendirici içeriklerden etkilenirken eğitim değişkeninin bir fark yaratmadığı anlaşılmaktadır. Bu sonuç, tüm eğitim seviyelerindeki kadınların meme kanserinden korunmaya yönelik verilen yönlendirmelerden aynı düzeyde etkilendiği anlamına gelmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe yönlendirici mesajlardan etkilenme

düzeyinin de artması beklenirken bulgular bu beklentiye karşılamayacak şekilde sonuçlar vermiştir.

Tablo 54: Tıbbi Terim Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Eğitim Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımlı değişken: TIBBİ TERİM				
Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1,00		-,932	,660	,721
		-1,07	,609	,485
		-,618	,613	,915
		-,747	,599	,813
		-,698	,604	,858
2,00		,932	,660	,721
		-,148	,314	,997
		,314	,321	,925
		,185	,293	,989
		,234	,303	,972
3,00		1,07	,609	,485
		,148	,314	,997
		,462	,195	,171
		,333	,144	,194
		,382	,165	,188
4,00		,618	,613	,915
		-,314	,321	,925
		-,462	,195	,171
		-,129	,159	,965
		-,080	,177	,998
5,00		,747	,599	,813
		-,185	,293	,989
		-,333	,144	,194
		,129	,159	,965
		,049	,119	,998
6,00		,698	,604	,858
		-,234	,303	,972
		-,382	,165	,188
		,080	,177	,998
		-,049	,119	,998
Scheffe				
1,00		-,932	,660	,850
		-1,07	,609	,679
		-,618	,613	,961
		-,747	,599	,906
		-,698	,604	,931

2,00	,932	,660	,850	-1,27
	-,148	,314	,999	-1,20
	,314	,321	,966	-,76
	,185	,293	,995	-,79
	,234	,303	,988	-,78
3,00	1,07	,609	,679	-,96
	,148	,314	,999	-,90
	,462	,195	,350	-,19
	,333	,144	,381	-,15
	,382	,165	,373	-,17
4,00	,618	,613	,961	-1,43
	-,314	,321	,966	-1,39
	-,462	,195	,350	-1,11
	-,129	,159	,985	-,66
	-,080	,177	,999	-,67
5,00	,747	,599	,906	-1,25
	-,185	,293	,995	-1,16
	-,333	,144	,381	-,81
	,129	,159	,985	-,40
	,049	,119	,999	-,35
6,00	,698	,604	,931	-1,32
	-,234	,303	,988	-1,25
	-,382	,165	,373	-,93
	,080	,177	,999	-,51
	-,049	,119	,999	-,45
Yaş grupları 1: Okur-yazar 2: İlköğretim 3: Lise 4: Önlisans 5: Lisans/Üniversite 6: Lisansüstü				

Sağlığın uzmanlık gerektiren bir alan olması hastalıkların açıklanırken günlük dile indirgenerek anlatılması gerekliliğini doğurmaktadır. Tıbbi terim içeren mesajların toplumun genelinde anlaşılma gücü yarattığı düşünülmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe tıbbi terim içeren mesajların daha çok etkileyeceği düşünülse de bulgulara bakıldığında eğitim düzeyi ile mesajlardan etkilenme seviyesi arasında anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumda sıfır hipotezi kabul edilmiş olmaktadır.

3.13.4. Kamu Türlerinin Mesajlardan Etkilenme Durumları

Kümeleme analizi yöntemi ile belirlenen kamu türleri Aktif kamu, Uyanmış kamu, Gizli kamu olarak literatüre uygun olarak üç grupta toplanmıştı. Bu üç kamunun Mesaj Etkinliğini Belirleme Ölçeği'ne (2011) – Message

Efficiency Diagnosis Scale (MED) mesaj stratejilerinden etkilenme durumları arasında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann- Whitney U Testi uygulanmış ve aşağıdaki tablo elde edilmiştir.

Tablo 55: Mesaj Stratejilerinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türlerine Göre İncelenmesi

Mann- Whitney U Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Kamuların <u>Korku</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.593	Kabul
Kamuların <u>Nedensellik</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.013	Ret
Kamuların <u>Umutlandırıcı</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.589	Kabul
Kamuların <u>Yönlendirici</u> stratejiden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.869	Kabul
Kamuların <u>Tıbbi Terim</u> stratejisinden etkilenme derecesi arasında anlamlı farklılık yoktur.	0.016	Ret
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Tabloya göre korku, umutlandırıcı ve yönlendirici stratejilere sahip mesajlardan kamuların etkilenme durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmaktadır. Bu üç hipotez için p değeri 0.05'ten büyüktür. Bu durumda sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo, aktif kamu, uyanmış kamu ve gizli kamuların korku, umut ve yönlendirici mesajlardan etkilenme derecesinin aynı olduğunu göstermektedir.

Kamuların, nedensellik ve tıbbi terim stratejileri ile hazırlanan mesajlardan etkilenme derecelerinde ise anlamlı farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Bu farkın anlamlılığı p değerinin 0.05'ten küçük olmasından görülmektedir. Bu durumda sıfır hipotezi reddedilir ve alternatif hipotez kabul edilir.

Tablo 56: Korku Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Korku				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,120	,104	,482

	3	,481	,209	,057
2	1	-,120	,104	,482
	3	,361	,226	,250
3	1	-,481	,209	,057
	2	-,361	,226	,250
Scheffe				
1	2	,120	,104	,515
	3	,481	,209	,072
2	1	-,120	,104	,515
	3	,361	,226	,282
3	1	-,481	,209	,072
	2	-,361	,226	,282
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kamuların kendi içlerinde korku stratejisi içeren mesajlardan etkilenme dereceleri bağlamında bir farklılık olup olmadığı, var ise bu farklılığın hangi kamu gruplarından kaynaklandığını ortaya koyabilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçlarına tabloda yer verilmektedir. Sonuçlara göre kamu türleri arasında korku içerikli mesajlardan etkilenme düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu durumda sıfır hipotezi kabul edilmiştir. Sıfır hipotezinin kabul edildiği p değerinin 0.05'ten büyük olmasından anlaşılmaktadır. Bu sonuç Mann Whitney U testi sonuçları ile tutarlıdır.

Tablo 57: Nedensellik Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Nedensellik				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,393	,136	,012
	3	,137	,271	,869
2	1	,393	,136	,012
	3	,530	,294	,170
3	1	-,137	,271	,869
	2	-,530	,294	,170
Scheffe				
1	2	-,393*	,136	,016
	3	,1370	,271	,880
2	1	,393*	,136	,016
	3	,530	,294	,198
3	1	-,137	,271	,880
	2	-,5308	,294	,198

Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu

Aktif kamu, uyanmış kamu ve gizli kamu grupları arasında nedensellik stratejisi içeren mesajlardan etkilenme dereceleri bağlamında bir farklılık olup olmadığı var ise bu farklılığın hangi kamu gruplarından kaynaklandığını ortaya koyabilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçlarına tabloda yer verilmektedir. Bulgulara göre aktif kamular ile uyanmış kamular arasında nedensellik stratejisi mesajlarından etkilenme yönünden anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu durumda sıfır hipotezi reddedilmiştir. Sıfır hipotezinin kabul edildiği p değerinin 0.05'ten küçük olmasından anlaşılmaktadır. Bu sonuç Mann Whitney U testi sonuçları ile tutarlıdır.

Uyanmış kamular nedensellik içeren mesajlardan aktif kamulara kıyasla daha çok etkilenmektedir. Uyanmış kamulara hitap ederken bu bulgu göz önünde bulundurularak kamular üzerindeki etki derecesi artırılabilir.

Bağımsız Değişken: Umutlandırıcı				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,167	,149	,503
	3	,260	,309	,677
2	1	,167	,149	,503
	3	,427	,333	,406
3	1	-,260	,309	,677
	2	-,427	,333	,406
Scheffe				
1	2	-,167	,149	,535
	3	,260	,309	,702
2	1	,167	,149	,535
	3	,427	,333	,440
3	1	-,260	,309	,702
	2	-,427	,333	,440
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kamuların umutlandırıcı strateji içeren mesajlardan etkilenme dereceleri açısından farklılık olup olmadığı var ise bu farklılığın hangi kamu gruplarından kaynaklandığını ortaya koyabilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçlarına tabloda yer verilmektedir. Sonuçlara göre kamu türleri arasında korku içerikli mesajlardan

etkilenme düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu durum sıfır hipotezi kabul edildiği anlamına gelmektedir. Sıfır hipotezinin kabul edildiği p değerinin 0.05'ten büyük olmasından anlaşılabılır. Bu sonuç Mann Whitney U testi sonuçları ile de tutarlıdır.

Tablodan uyanmış kamunun aktif kamuya ve gizli kamuya kıyasla umut içeren mesajlardan daha fazla etkilendiği görülmektedir. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenememektedir.

Tablo 58: Yönlendirici Stratejiden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Yönlendirici				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,112	,118	,609
	3	,153	,236	,793
2	1	-,112	,118	,609
	3	,041	,256	,986
3	1	-,153	,236	,793
	2	-,041	,256	,986
Scheffe				
1	2	,112	,118	,637
	3	,153	,236	,810
2	1	-,112	,118	,637
	3	,041	,256	,987
3	1	-,153	,236	,810
	2	-,041	,256	,987
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kamuların yönlendirici strateji içeren mesajlardan etkilenme düzeyleri bakımından farklılık olup olmadığı var ise bu farklılığın hangi kamu gruplarından kaynaklandığını ortaya koyabilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçları tabloda görülmektedir. Buna göre kamu türleri arasında korku içerikli mesajlardan etkilenme düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu durum sıfır hipotezi kabul edildiği anlamına gelmektedir. Sıfır hipotezinin kabul edildiği p değerinin 0.05'ten büyük olmasından anlaşılabılır. Bu sonuç Mann Whitney U testi sonuçları ile de tutarlıdır.

Tablo 59: Tıbbi Terim Stratejisinden Etkilenme Derecesinin Kamu Türüne Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Tıbbi Terim				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,114	,142	,702
	3	,945*	,283	,003
2	1	,114	,142	,702
	3	1,059*	,306	,002
3	1	-,945*	,283	,003
	2	-1,059*	,306	,002
Scheffe				
1	2	-,114	,142	,725
	3	,945*	,283	,004
2	1	,114	,142	,725
	3	1,059*	,306	,003
3	1	-,945*	,283	,004
	2	-1,059*	,306	,003
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Tabloda yer alan Tukey ve Scheffe test sonuçlarına göre gizli kamu ile aktif kamu ve uyanmış kamu arasında tıbbi terim içeren mesajlardan etkilenme açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Tablodan p değerinin 0.05'ten küçük olduğuna bakılarak sıfır hipotezinin kabul edildiği anlaşılmaktadır.

Tıbbi terim içeren mesajlardan en çok etkilenen kamu türü uyanmış iken daha sonra gelen kamu türü aktiftir. En az etkilenen kamu türü ise gizli kamudur.

3.14. Kamu Türlerinin Başvurdukları Kaynak Türleri

Aktif kamu ile uyanmış kamu türleri arasında başvuru alan kaynak türleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını sınamak için gerekli testler yapılacaktır.

Yukarıdaki analizlerde t sinaması yerine Parametrik olmayan alternatifi Mann Whitney U testi kullanıldığı gibi bu aşamadaki analizlerde de tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan alternatifi olan Kruskal-Wallis Testi kullanılacaktır. Ana kütle dağılımlarının normalden istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı durumlarda kullanılan test Kruskal-Wallis testi olarak

adlandırılır (Newbold, 2008: 684). Yapılan Kruskal-Wallis Test sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 60: Kamu Türlerinin Bilgi Kaynağına Başvurma Sıklığına Göre İncelenmesi

Kruskal-Wallis Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Kamuların hekime başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,005	Ret
Kamuların eczacıya başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,585	Kabul
Kamuların tanıdıklarına başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,001	Ret
Kamuların hastalığı geçirmiş kişilere başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,088	Kabul
Kamuların televizyona başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,213	Kabul
Kamuların internete başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,084	Kabul
Kamuların radyoya başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,714	Kabul
Kamuların gazete/dergiye başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,533	Kabul
Kamuların sağlık içerikli kitaplara başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,514	Kabul
Kamuların Sağlık Bakanlığı'na ait web sitesine başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık yoktur	0,059	Kabul
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Tabloda yer alan sonuçlara göre kamu türlerinin eczacılara, hastalığı geçirmiş kişilere, televizyona, internete, radyoya, gazete/dergiye, sağlık içerikli kitaplara ve Sağlık Bakanlığı'na ait web sitesine başvurma sıklıklarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu durum p değerinin bu kaynak türleri için 0,005'ten büyük olmasından görülebilmektedir. Buna karşın kamu türlerinin hekime başvurma ve tanıdıklara sorma sıklıkları arasında ise anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu durum p değerinin bu kaynak türü için 0,005'ten küçük olmasından görülebilmektedir.

Kruskal Wallis analiz sonuçlarına göre kamuların hekimlere ve tanıdıklara başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildikten sonra bu farklılığın hangi kamu türleri arasında oluştuğunu görebilmek için Tukey ve Scheffe test sonuçlarına yer verilecektir.

**Tablo 61: Kamu Türlerinin Hekime Başvurma Sıklıklarına Göre
İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri**

Bağımsız Değişken: Hekim				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,598*	,202	,009
	3	-,444	,405	,515
2	1	-,598*	,202	,009
	3	-1,042*	,438	,047
3	1	,444	,405	,515
	2	1,042*	,438	,047
Scheffe				
1	2	,598*	,202	,013
	3	-,444	,405	,547
2	1	-,598*	,202	,013
	3	-1,04	,438	,060
3	1	,444	,405	,547
	2	1,04	,438	,060
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Tukey ve Scheffe test sonuçlarına göre aktif kamu ile uyanmış kamu arasında, uyanmış kamu ile gizli kamu arasında hekime başvurma sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır. Burada p değerleri 0.005'ten küçük bulunmuştur.

Kısıt algısı düşük kadınları kapsayan aktif kamu grubu kısıt algısı yüksek kadınları kapsayan uyanmış kamu grubu ile hekime başvurma sıklığı açısından kıyaslandığında aktif kamunun daha sık başvurduğu görülmektedir.

**Tablo 62: Kamu Türlerinin Eczacıya Başvurma Sıklıklarına Göre
İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri**

Bağımsız Değişken: Eczacı				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,142	,136	,548
	3	-,285	,272	,549
2	1	,142	,136	,548
	3	-,142	,295	,879

3	1	,285	,272	,549
	2	,142	,295	,879
Scheffe				
1	2	-,142	,136	,579
	3	-,285	,272	,580
2	1	,142	,136	,579
	3	-,142	,295	,890
3	1	,285	,272	,580
	2	,142	,295	,890
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kamuların eczacıya başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı var ise bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını görebilmek için yapılan Tukey ve Scheffe test sonuçları tabloda yer almaktadır. Tabloda yer alan sonuçlara göre Kruskal-Wallis analizi ile tutarlı olarak kamu türleri arasında eczacıya başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Burada tüm analizler için kamuların bilgi kaynağına başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık yoktur şeklindeki sıfır hipotezi ret edilememiştir.

Kronik bir hastalık olan kanser için bilgi arayan kadınların eczacılara sık başvuramaları, bunun yerine hekime başvurmaları beklenen bir sonuçtur.

Tablo 63: Kamu Türlerinin Tanıdıklara Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Tanıdıklar				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,568*	,140	,000
	3	-,040	,281	,989
2	1	,568*	,140	,000
	3	,527	,304	,194
3	1	,040	,281	,989
	2	-,527	,304	,194
Scheffe				
1	2	-,568*	,140	,000
	3	-,040	,281	,990
2	1	,568*	,140	,000
	3	,527	,304	,224
3	1	,040	,281	,990
	2	-,527	,304	,224
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kamu türlerinin tanıdıklara başvurma sıklıkları arasında Kruskal-Wallis analiz sonuçlarına göre anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşıldığından bu farklılığın hangi kamu grupları arasındaki farklılıktan kaynaklandığını tespit edebilmek amacıyla Tukey ve Scheffe testleri uygulanmıştır. Bu sonuçlara göre uyanmış kamu türü aktif kamu türüne kıyasla tanıdıklara daha sık başvurmaktadır. Bu sonuç sıfır hipotezinin reddedildiği anlamına gelmektedir.

Toplumda yaygın bir davranış olarak yakınımızda bulunan kimselerin fikir ve deneyimlerine başvurma alışkanlığı meme kanseriyle ilgili bilgi ararken de kendini göstermektedir. Schmidt ve Iyer (2015) çalışmalarında sağlık bilgisi söz konusu olduğunda bir kurumdan gelen bilgidен ziyade çevremizden gelen bilgiye daha çok güvendiğimizi ortaya koymuşlardı. Elde edilen sonuç Schmidt ve Iyer'in araştırmasıyla da tutarlılık göstermektedir.

Tablo 64: Kamu Türlerinin Daha Önce Hastalığı Geçirmiş Kişilere Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişiler				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,352	,180	,125
	3	-,416	,361	,483
2	1	,352	,180	,125
	3	-,064	,391	,985
3	1	,416	,361	,483
	2	,064	,391	,985
Scheffe				
1	2	-,352	,180	,149
	3	-,416	,361	,516
2	1	,352	,180	,149
	3	-,064	,391	,987
3	1	,416	,361	,516
	2	,064	,391	,987
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Aktif kamu, uyanmış kamu ve gizli kamu türleri arasında daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilere başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık olup olmadığını anlamak için gerçekleştirilen tester sonrası elde edilen sonuçlara göre tüm kamu türleri arasında anlamlı farklılık olmadığı ortaya konmuştur. Bu durumda p değeri 0.05'ten büyüktür ve sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Kamuların daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilere başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık olmaması demografik özellikleri ne olursa olsun bu kişilerin bilgilerini referans olarak almadıklarını göstermektedir.

Tablo 65: Kamu Türlerinin Televizyona Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Televizyon				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,261	,162	,244
	3	,220	,326	,778
2	1	,261	,162	,244
	3	,480	,352	,361
3	1	-,220	,326	,778
	2	-,480	,352	,361
Scheffe				
1	2	-,261	,162	,277
	3	,220	,326	,796
2	1	,261	,162	,277
	3	,480	,352	,396
3	1	-,220	,326	,796
	2	-,480	,352	,396
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Televizyonlarda yayınlanan sağlık içerikli programların sayısının artışıyla bu programlar özellikle kadın izleyicilerin önemli sağlık bilgi kaynaklarından biri haline gelmiştir. Bu bilgiyi destekleyen bir araştırma Türk TV izleyicisinin sağlık içerikli programları izlemesinden temel motivasyonun enformasyon elde etmek ve farkındalığı artırmak olduğunu ortaya koymuştur (Bulduklu, 2010). Böyle bir iklimde kadınların da meme kanseriyle ilgili bilgiye başvururken TV'yi sık başvurdukları bir kaynak olarak konumlandıracakları düşünülmüştür. Ancak

analizlere göre kamu grupları arasında Tv'ye sağlık bilgi kaynağı olarak başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Tablo 66: Kamu Türlerinin İnternete Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: İnternet				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,096	,169	,837
	3	,772	,339	,061
2	1	,096	,169	,837
	3	,868*	,367	,049
3	1	-,772	,339	,061
	2	-,868*	,367	,049
Scheffe				
1	2	-,096	,169	,850
	3	,772	,339	,077
2	1	,096	,169	,850
	3	,868	,367	,062
3	1	-,772	,339	,077
	2	-,868	,367	,062
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kruskal-Wallis test sonuçlarına göre kamu türlerinin internetten bilgi arama sıklıkları arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu durum sıfır hipotezinin kabul edilmesi anlamına gelmektedir.

İnternet'ten bilgiye erişmenin diğer bilgi kaynaklarına erişmekle kıyaslandığında çok daha kolay ve elverişli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Hem aktif kamunun hem de uyanmış kamunun demografik grafiklerinden yaş dağılımına bakıldığında en büyük popülasyonun 18-36 aralığında toplandığı görülmektedir. Bu durumda her iki kamu türünde de gençlerin ağırlıklı olması nedeniyle başvurma sıklıkları arasında anlamlı farklılık olmaması beklenen bir durumdur.

Tablo 67: Kamu Türlerinin Radyoya Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Radyo

Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,099	,127	,716
	3	-,035	,255	,989
2	1	,099	,127	,716
	3	,064	,276	,971
3	1	,035	,255	,989
	2	-,064	,276	,971
Scheffe				
1	2	-,099	,127	,738
	3	-,035	,255	,990
2	1	,099	,127	,738
	3	,064	,276	,974
3	1	,035	,255	,990
	2	-,064	,276	,974
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Tabloya göre kamu türleri bağlamında radyoyu sağlık bilgisi kaynağı olarak görüp başvuran kamuların kendi içlerinde anlamlı bir farklılığa sahip olup olmadığına bakılmış ve neticede tüm kamu gruplarının başvurma sıklığında bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

Radyoda gerçekleştirilen sağlık programları çeşitli şekillerde radyo frekanslarında kendine yer bulmakta ve dinleyicilerden ilgi görmektedir. Bir araştırma bulgularına göre vatandaşlar sağlık programları karşısında yüksek duyarlılığa sahip olup rahatsız oldukları sağlık içerikleri konusunda yüksek şikayet oranlarına sahiptir (Yüksek vd, 2011). Sağlık bilgi kaynağı olarak değerlendirildiğinde dinleyicilerin hassasiyetinin yüksek olduğu bir kaynak olsa da sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi bağlamında değerlendirildiğinde radyo sık başvurulanan bir sağlık bilgi kaynağı değildir. Bu nedenle sıfır hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 68: Kamu Türlerinin Gazete/Dergiye Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Gazete/Dergi				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				

1	2	,121	,164	,741
	3	,144	,330	,900
2	1	-,121	,164	,741
	3	,023	,357	,998
3	1	-,144	,330	,900
	2	-,023	,357	,998
Scheffe				
1	2	,121	,164	,762
	3	,144	,330	,909
2	1	-,121	,164	,762
	3	,023	,357	,998
3	1	-,144	,330	,909
	2	-,023	,357	,998
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Gazete ve dergilerin sağlığa ayrılan kısımlarını bir sağlık bilgi kaynağı olarak değerlendirip başvuru kaynağı olarak görüp başvurma sıklıklarına bakıldığında tüm gruplarda anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır. Bu durum p değerinin 0.005'ten küçük olmasından anlaşılmış olup sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 69: Kamu Türlerinin Sağlık İçerikli Kitaplara Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Sağlık içerikli Kitaplar				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,068	,188	,930
	3	-,411	,377	,522
2	1	-,068	,188	,930
	3	-,479	,408	,470
3	1	,411	,377	,522
	2	,479	,408	,470
Scheffe				
1	2	,068	,188	,937
	3	-,411	,377	,553
2	1	-,068	,188	,937
	3	-,479	,408	,503
3	1	,411	,377	,553
	2	,479	,408	,503
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Kamu gruplarının sağlık içerikli kitaplara sağlık bilgisi edinmek amaçlı başvurma sıklıkları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının anlaşılması için yapılan test sonuçlarına bakıldığında kamu grupları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Bu durumda sıfır hipotezi kabul edilmiş olup p değeri 0.005'ten küçüktür.

Tablo 70: Kamu Türlerinin Sağlık Bakanlığı'na Ait Web sitesine Başvurma Sıklıklarına Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Sağlık Bakanlığına Ait Web Sitesi				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,005	,194	1,000
	3	-,939*	,389	,043
2	1	-,005	,194	1,000
	3	-,944	,420	,065
3	1	,939*	,389	,043
	2	,944	,420	,065
Scheffe				
1	2	,005	,194	1,000
	3	-,939	,389	,055
2	1	-,005	,194	1,000
	3	-,944	,420	,082
3	1	,939	,389	,055
	2	,944	,420	,082
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Gerçekleştirilen test sonuçlarına göre aktif kamu, uyanmış kamu ve gizli kamular arasında sağlık bakanlığına ait olan web sitesine başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. P değerinin .005'ten büyük olması nedeniyle sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

T.C sağlık Bakanlığı'nın kendi bünyesinde topladığı çeşitli başkanlıklar ve müdürlüklere bağlı olarak pek çok hastalık hakkında içerik yer almaktadır. Tüm bilgilere ampirik kanıtlarıyla bilimsel içerik olarak erişmek mümkündür. Resmi web sitelerinden sağlık bilgisi edinmekle ilgili alışkanlık geliştirilememiş olması nedeniyle kamu türlerinden herhangi biri bu bilgi kaynağını kullanma konusunda ön plana çıkmaması beklenen bir durumdur.

3.15. Kamu Türlerinin Güvenilir Buldukları Kaynak Türleri

Araştırmacının kamuların başvurdukları bilgi kaynakları ile güvenilir buldukları kaynakların birbiriyle tutarlı olup olmadığını anlamak için gerçekleştirdiği kamuların güvenilir buldukları kaynakların güvenilirlik dereceleri arasında anlamlı farklılık olmadığına dair gerçekleştirilen Kruskal-Wallis test sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 71: Kamu Türlerinin Bilgi Kaynağını Güvenilir Bulma Düzeyine Göre İncelenmesi

Kruskal-Wallis Testi		
Sıfır Hipotezi	Anlamlılık	Karar
Kamuların hekimi güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,881	Kabul
Kamuların eczacıyı güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.	0,308	Kabul
Kamuların tanıdıkları güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,449	Kabul
Kamuların daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişileri güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,405	Kabul
Kamuların Televizyonu güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,410	Kabul
Kamuların radyoyu güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,526	Kabul
Kamuların gazete/dergiyi güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,229	Kabul
Kamuların İnterneti güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,474	Kabul
Kamuların sağlık içerikli kitapları güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,126	Kabul
Kamuların kamu spotlarını bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,632	Kabul
Kamuların Sağlık Bakanlığına ait web sitesini güvenilir bulma düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur	0,472	Kabul
Anlamlılık seviyesi 0.05		

Normal dağılmayan veriler için kullanılan non-parametrik testlerden olan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre tüm kamu türleri arasında güvenilir bulunan

bilgi kaynakları açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Tüm bilgi kaynakları için p değeri 0.005'ten büyük bulunmuştur. Bu nedenle sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 72: Kamu Türlerinin Hekime Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Hekim				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,020	,085	,969
	3	,240	,170	,337
2	1	-,020	,085	,969
	3	,220	,184	,458
3	1	-,240	,170	,337
	2	-,220	,184	,458
Scheffe				
1	2	,020	,085	,972
	3	,240	,170	,371
2	1	-,020	,085	,972
	3	,220	,184	,492
3	1	-,240	,170	,371
	2	-,220	,184	,492
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Tukey ve Scheffe testleri neticesinde elde edilen tabloya bakıldığında kamular arası hekime sağlık bilgi kaynağı olarak güvenilmesi açısından anlamlı farklılık p değerinin 0.005'ten büyük olmasından anlaşılmaktadır. Burada hekimi güvenilir bulma düzeyi en yüksek olan aktif kamudur, daha sonra ise uyanmış kamu gelmektedir.

Tablo 73: Kamu Türlerinin Eczacıya Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Eczacı				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,199	,158	,418
	3	-,213	,317	,780
2	1	,199	,158	,418
	3	-,014	,343	,999
3	1	,213	,317	,780

	2	,014	,343	,999
Scheffe				
1	2	-,199	,158	,453
	3	-,213	,317	,798
2	1	,199	,158	,453
	3	-,014	,343	,999
3	1	,213	,317	,798
	2	,014	,343	,999
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

En kalabalık kamu gruplarını oluşturan aktif kamu ve uyanmış kamulara bakıldığında uyanmış kamunun eczacıları daha güvenilir bir kaynak olarak değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Ancak bu iki kamu grubu arasında anlamlı bir farklılık oluşturacak derecede önemli bir fark değildir. p değeri 0.005'ten büyüktür.

Tablo 74: Kamu Türlerinin Tanıdıklara Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Tanıdıklar				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,086	,137	,806
	3	,278	,275	,569
2	1	,086	,137	,806
	3	,364	,297	,440
3	1	-,278	,275	,569
	2	-,364	,297	,440
Scheffe				
1	2	-,086	,137	,822
	3	,278	,275	,599
2	1	,086	,137	,822
	3	,364	,297	,473
3	1	-,278	,275	,599
	2	-,364	,297	,473
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Tanıdık kimselerin kamu türleri için güvenilir bir kaynak olup olmadığını anlamak için gerçekleştirilen Tukey ve Scheffe testi sonuçlarına göre uyanmış kamunun tanıdıkları aktif kamu göre daha güvenilir bulunduğu anlaşılmıştır ancak bu farklılık anlamlı düzeyde değildir. p değerinin 0.005'ten büyük olması nedeniyle sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 75: Kamu Türlerinin Daha Önce Bu Hastalığı Geçirmiş Olan Kişilere Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Daha önce bu hastalığı geçirmiş olan kişiler				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,165	,143	,481
	3	-,097	,286	,939
2	1	,165	,143	,481
	3	,068	,310	,974
3	1	,097	,286	,939
	2	-,068	,310	,974
Scheffe				
1	2	-,165	,143	,514
	3	-,097	,286	,945
2	1	,165	,143	,514
	3	,068	,310	,976
3	1	,097	,286	,945
	2	-,068	,310	,976
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Tukey ve Scheffe test sonuçlarına göre uyanmış kamu daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişileri daha güvenilir bulmaktadır. Güvenilir bulma düzeyleri aktif kamu ile kıyaslandığında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiş olup sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 76: Kamu Türlerinin Televizyona Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Televizyon				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,011	,152	,997

	3	,453	,305	,298
2	1	,011	,152	,997
	3	,464	,330	,338
3	1	-,453	,305	,298
	2	-,464	,330	,338
Scheffe				
1	2	-,011	,152	,997
	3	,453	,305	,332
2	1	,011	,152	,997
	3	,464	,330	,373
3	1	-,453	,305	,332
	2	-,464	,330	,373
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Erişim açısından değerlendirildiğinde internet ile beraber anılan televizyon içeriklerinin sağlık bilgi kaynağı olarak güvenilir bulunup bulunmadığı Tukey ve Scheffe ile test edilmiştir. Bu test sonuçlarına göre uyanmış kamu aktif kamuyla kıyaslandığında televizyonu daha güvenilir bulmaktadır ancak bu farklılık anlamlı değildir.

Tablo 77: Kamu Türlerinin Radyoya Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Radyo				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,005	,155	,999
	3	,380	,311	,440
2	1	-,005	,155	,999
	3	,376	,337	,504
3	1	-,380	,311	,440
	2	-,376	,337	,504
Scheffe				
1	2	,005	,155	1,000
	3	,380	,311	,474
2	1	-,005	,155	1,000
	3	,376	,337	,537
3	1	-,380	,311	,474
	2	-,376	,337	,537
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Radyonun güvenilir bir bilgi kaynağı olarak değerlendirilip değerlendirilmediğini anlamak için gerçekleştirilen testlerde aktif kamunun

radıyoyu uyanmış kamuya kıyasla daha güvenilir bulduğu görülmüştür. Ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı p değerinin 0.005'ten büyük olmasından anlaşılmıştır.

Tablo 78: Kamu Türlerinin Gazete/Dergiye Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Gazete/Dergi				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,211	,155	,362
	3	,380	,311	,439
2	1	-,211	,155	,362
	3	,170	,336	,869
3	1	-,380	,311	,439
	2	-,170	,336	,869
Scheffe				
1	2	,211	,155	,397
	3	,380	,311	,473
2	1	-,211	,155	,397
	3	,170	,336	,880
3	1	-,380	,311	,473
	2	-,170	,336	,880
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Gazete/Dergiye sağlık bilgi kaynağı olarak başvurma sıklığı okuma alışkanlıklarına göre değişkenlik gösterebilir. Gazete ve dergiler aktif kamu tarafından uyanmış kamu grubuna göre daha güvenilir bulunmuştur. Bu farklılık anlamlı değildir bu nedenle sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 79: Kamu Türlerinin İnternete Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: İnternet				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,090	,146	,809
	3	,319	,292	,520
2	1	-,090	,146	,809
	3	,229	,316	,750
3	1	-,319	,292	,520
	2	-,229	,316	,750
Scheffe				
1	2	,090	,146	,825

	3	,319	,292	,551
2	1	-,090	,146	,825
	3	,229	,316	,770
3	1	-,319	,292	,551
	2	-,229	,316	,770
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Demografik olarak gençlerin daha güvenilir bulması beklenen bu bilgi kaynağı türü kamu türleri arasında güven bağlamında anlamlı farklılık göstermemiştir. Buna rağmen aktif kamunun uyanmış kamuya kıyasla interneti daha güvenilir bulduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 80: Kamu Türlerinin Sağlık İçerikli Kitaplara Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Sağlık İçerikli Kitaplar				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	,153	,124	,436
	3	-,388	,249	,266
2	1	-,153	,124	,436
	3	-,541	,270	,113
3	1	,388	,249	,266
	2	,541	,270	,113
Scheffe				
1	2	,153	,124	,436
	3	-,388	,249	,266
2	1	-,153	,124	,436
	3	-,541	,270	,113
3	1	,388	,249	,266
	2	,541	,270	,113
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Sağlık içeriğine sahip kitapların sağlık bilgisi ararken güvenilir bir kaynak olup olmadığını anlamak için Tukey ve Scheffe testi sonuçlarına bakılmış ve bu kaynak türüne aktif kamunun uyanmış kamudan daha çok güvendiği anlaşılmıştır. Kamu türleri arasındaki bu güven farkının anlamlı olmadığı sıfır hipotezinin kabul edildiği tablodan görülmektedir.

Tablo 81: Kamu Türlerinin Kamu Spotlarına Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Kamu spotları				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,057	,133	,903
	3	,178	,267	,784
2	1	,057	,133	,903
	3	,235	,289	,696
3	1	-,178	,267	,784
	2	-,235	,289	,696
Scheffe				
1	2	-,057	,133	,912
	3	,178	,267	,802
2	1	,057	,133	,912
	3	,235	,289	,719
3	1	-,178	,267	,802
	2	-,235	,289	,719
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Sağlık bakanlığının önemli bütçeler ayırarak geleneksel ve sosyal medyada paylaştığı kamu spotlarının hedef kitle açısından güvenilir bulunup bulunmadığı önem taşımaktadır. Uyanmış kamu grubu kamu spotlarını daha güvenilir bulmaktadır. Bu bilgi kısıt algısı yüksek gruba içerik üretilirken dikkate alınabilir. Kamu türleri arasında kamu spotlarının güvenilir bulunma düzeyleri arasında ise anlamlı farklılık olmayıp p değeri 0.005'ten büyüktür.

Tablo 82: Kamu Türlerinin Sağlık Bakanlığı'na Ait Web Sitesine Güvenme Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Post-Hoc Testleri

Bağımsız Değişken: Sağlık Bakanlığına Ait web sitesi				
Kamular (I)	Kamular (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Anlamlılık
Tukey HSD				
1	2	-,162	,137	,468
	3	-,237	,275	,665
2	1	,162	,137	,468
	3	-,076	,298	,965
3	1	,237	,275	,665
	2	,076	,298	,965
Scheffe				
1	2	-,162	,137	,501
	3	-,237	,275	,690
2	1	,162	,137	,501
	3	-,076	,298	,968

3	1	,237	,275	,690
	2	,076	,298	,968
Kamu kümeleri: 1: Aktif kamu 2: Uyanmış kamu 3. Gizli kamu				

Sağlık bakanlığının bilimsel ve ampirik verilere dayanan içeriklere sahip olan web sitesi kamular arsında güvenlik düzeyinde anlamlı bir farklılık olmasa da uyanmış kamunun aktif kamuya kıyasla sağlık bakanlığının web sitesine daha fazla güvendiğini söylemek mümkündür.

ARAŞTIRMA SONUCU

Araştırmada, toplumda oldukça yüksek bir sorun olarak algılanan meme kanseri olgusu ele alınmış ve bazı önemli sonuçlar elde edilmiştir. Öncelikle kamuların durumsal kuramının meme kanseri hastalığı için Türkiye’de geçerli bir segmentasyon aracı olduğu anlaşılmıştır. Elde edilen bulgular literatürle uyumlu sonuçlar vermiştir.

Bu bağlamda, bulgulara göre aktif kamu grubunda 297 kişi yer almaktadır. Bu grup meme kanserini yüksek derecede sorun olarak algılamaktadır. Aynı zamanda meme kanserini önlemeye yönelik verilen seminerlere, bilgilendirmelere ve içeriklere yönelik yüksek ilgi düzeyine de sahiptirler. Aktif kamuların meme kanserini önlemeye yönelik atılacak adımlarla ilgili kısıt algılarının düşük olması ise sevindirici bir durumdur. Bu aktif kamuları doğru içeriklerle kolayca önleyici davranışa yönlendirebileceğimiz anlamına gelmektedir. Aktif kamular sorunun kendilerini nasıl etkilediklerini iyi bilirler bu nedenle motivedirler ve bilgi arama ve paylaşmaya olan yönelimleri yüksektir. Bu kamu türünün, doğru sağlık bilgisiyle buluşturulduğunda yüksek düzeyde bilgi paylaştıkları için doğru sağlık bilgisinin yayılmasına da katkı sağlayacakları söylenebilir. Meme kanseri gibi sık rastlanan kronik bir hastalığın kadınlar arasında yüksek sorun algısına sahip olması ise kuramın teorik önerileriyle son derece uyumludur.

Çalışmanın bulguları bağlamında uyanmış kamu türüne giren kişi sayısı ise 55’tir. Uyanmış kamuda yer alan kişiler meme kanserini yüksek derecede sorun olarak görmekteler, konuya ilişkin ilgi dereceleri de yüksektir ancak bunlara ek olarak meme kanserini önlemeye yönelik kısıt algıları da yüksektir. Bu toplumdaki bir kesimin bu kanser türünden şüphelenseler dahi harekete

geçmeyecekleri anlamına gelir ki bu tersine çevrilmesi gereken bir durumdur. Uyanmış kamular kısıt algılarının yüksek olması nedeniyle aktif iletişime geçme konusunda isteksizdirler. Bu nedenle öncelikli hedef bu grubun soruna ilişkin kısıt algılarının azaltılması olmalıdır. Sorun algısı yüksekte düşüğe çevrildiği zaman aktif iletişime geçeceklerdir. Bu kişiler erken teşhis yöntemlerine çeşitli nedenlerden ötürü mesafeli olan grubu temsil etmektedir. Toplumdaki her olguya ilişkin harekete geçme konusunda tereddütleri olan birileri mutlaka çıkacaktır. Bu da yine literatür ile uyumlu bir sonuçtur.

Gizli kamu türünün ise en belirgin özelliği sorun algısının düşük olmasıdır. Oysa başından beri söylendiği gibi meme kanseri toplumda yüksek sorun algısına sahip bir olgudur. Araştırma bağlamında meme kanserini sorun olarak görmeyen yalnızca 2 kişi vardır. Toplam örnekleme sorun algısı düşük olan 33 kişi vardır. Kısıt algısı yüksek olan kişi sayısı ise 77'dir. Gizli kamu olmanın diğer şartı olan ilgi derecesinin az olması durumunun kesişim kümesi bize geriye iki kişinin kaldığını göstermektedir. Bu hem beklenen hem de arzu edilen bir sonuçtur. Bir hastalık toplumda ne kadar yüksek düzeyde sorun olarak algılanırsa toplumun hastalığa ilişkin önleyici davranışları da o kadar yüksek olacaktır.

Yukarıdaki sonuçların dışında çalışmadan elde edilen sonuçlara şöyledir;

- Hekimler, tüm yaş grupları içinde en çok başvuru alan sağlık bilgi kaynağıdır. Yaş grupları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) Buna ek olarak hekime en sık başvuru alan yaş grubu 56-64'tür ($\mu = 3,88$). En az başvuru alan kaynak türü ise tüm yaş gruplarında Radyo'dur ($\mu = 1,44$)
- 18-25 yaş aralığındaki genç kadınlar kaynak türleri arasında yer alan "daha önce bu hastalığı geçirmiş kişiler"e en sık başvuru alan yaş grubudur ($\mu = 3,23$).
- İnternete, en sık başvuru alan yaş aralığı 26-35'dir. ($\mu = 3,53$). Tüm yaş gruplarında hekimden sonra ($\mu = 3,62$) en sık başvuru alan kaynak türü İnternet'tir ($\mu = 3,41$)
- Tüm yaş gruplarında hekim en çok güvenilen kaynak türüdür ($\mu = 4,57$). Hekimi, Bakanlığa ait web sitesi takip etmektedir ($\mu = 3,91$).
- En az güvenilen kaynak türü ise tüm yaş gruplarında tanıdıklardır ($\mu = 2,27$).
- Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişiler 18-45 yaş aralığındaki kadınlar için güvenilir bir kaynak olarak değerlendirilmektedir ($\mu = 3,70$)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığına bağlı birimler toplum sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla çeşitli sağlık iletişim kampanyalarıyla topluma ulaşmaya çalışmaktadırlar. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü altında yer alan Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı'nın medyada yayınlanan programların etkinliğinin ölçülmesi, küresel ve ulusal düzeyde görülen afetler, bulaşıcı hastalıklar ve olağanüstü durumlar ile ilgili kamuoyunun bilgilendirilmesi gibi doğrudan hedef kitle gruplarını tanımayı gerektiren görev ve sorumluluklar yer almaktadır. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün ve dolayısıyla da Sağlık Bakanlığı'nın bu görev ve sorumlulukları yerine getirebilmesi için, bir kamu kuruluşu olarak bakanlığın ortam taramasını etkili şekilde yapması gerekmektedir. Bu, aynı zamanda stratejik halkla ilişkilerin de bir gereğidir. Stratejik halkla ilişkiler, kurumların kamularıyla kuracağı iletişimin simetrik ya da asimetrik olacağına kamuların iletişim davranışlarının önceden belirlenerek öngörülmesi gerektiğini söylemektedir. Bu nedenle kamuların iletişim davranışını tahmin etmek için gerçekleştirilecek kamu segmentasyonu, Sağlık Bakanlığı'nın halkla ilişkiler faaliyetleri için önemli bir araç haline gelecektir.

Çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın da sık sık üzerine kampanyalar geliştirdiği ve kadınlara en sık teşhisi konulan kanser türü olan meme kanseri ele alınmıştır. Her yıl dernekler ve sağlık kuruluşları tarafından 1-31 Ekim tarihleri arasında gerçekleşen farkındalık ayı başta olmak üzere yılın çeşitli zamanlarında hazırlanan kampanyalarla kadınlar ulaşılmaya çalışılmaktadır. Ancak bu kampanyaların hedef kitleleri ile ne kadar verimli buluştuğu tartışma konusudur. Yıldırım-Becerikli (2012) Sağlık Bakanlığı'nın sigarayı bırakmak için gerçekleştirdiği "Sigara Pişmanlıktır" kampanyasının ilgili kamu izleyiciler tarafında çok düşük bir oranda başarılı bulunmuştur. Bu sonuç sigara kullanıcılarının doğru segmente edilmediğini göstermektedir. Doğru kamu segmentasyonu için Grunig'in (1968) kamuların durumsal kuramı etkili bir segmentasyon aracıdır.

Kamuların durumsal kuramı bir soruna ilişkin sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi bağımsız değişkenlerinin aktif iletişim ve pasif iletişim bağımlı

değişkenlerini belirlediğini söyleyen kuramdır. Dolayısıyla bir sorunu bu bağlamda ele aldığımızda soruna ilişkin toplumun nasıl iletişime geçtiğini de ortaya koymuş oluruz.

Çalışmada kullanılan diğer kuram nedene dayalı eylem teorisidir. Bu teorinin değişkenleri ile kamuların durumsal kuramının değişkenleri birleştirilerek ortaya bir araştırma modeli konmuştur. Bu modele göre kamuların durumsal kuramının üç bağımsız değişkeni olan sorun algısı, kısıt algısı ve ilgi derecesi, nedene dayalı eylem teorisinin tutum ve öznel norm değişkenlerini etkileyen bir algı kümesi oluşturmaktadır. Sayılan bu değişkenler ise hem sağlık davranışını hem de aktif iletişimi etkilemektedir. Tüm bu değişkenler arasında bahsini ettiğimiz gibi bir ilişki olup olmadığını anlamak için gerçekleştirilen ilişki analizleri neticesinde tüm değişkenler birbiri ile 0.05 seviyesinde anlamlı bulunmuş ve model doğrulanmıştır.

Araştırmada kamu türlerinin en sık başvurdukları kaynak türünün ne olduğuna bakılmıştır. Kaynak türleri arasında hekim, eczacı, tanıdıklar, daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişiler, televizyon, internet, radyo, gazete/dergi, sağlık içerikli kitaplar ve sağlık bakanlığına ait web sitesi yer almaktadır. Yapılan analizler sonucu tüm bu kaynak türleri içinde hekim ve tanıdıklara başvurma sıklığı arasında anlamlı farklılık olduğu anlaşılmıştır. Buna göre aktif kamu grubunda yer alan kadınlar hekime daha sık başvurmaktadır. Tanıdıklara ise uyanmış kamu türü daha sık başvurmaktadır. Kısıt algısı yüksek olan uyanmış kamunun hekim ya da tanıdıklardan daha güvenilir olan bir kaynak türüne başvurmamayı tercih etmemesi anlaşılır bir durumdur. Aktif kamunun ise kısıt algısının düşük olması nedeniyle hekimlere daha sık başvurması beklenen bir sonuçtur.

Başvurulan kaynak türü ile güvenilir bulunan kaynak türlerinin birbiriyle çelişip çelişmediğini anlamak için kadınların güvenilir buldukları kaynak türlerine de bakılmıştır. Bunun özellikle ortaya konmak istenmesinin nedeni toplumun genel geçer olarak hekimi güvenilir bulması ancak sağlık bilgisi ararken hekime güvendikleri ölçüde başvurup başvurmadıklarının merak edilmesidir. Eğer bireyler hekimi güvenilir buluyor fakat sağlık bilgisini çok da güvenilir bulmadıkları bir kaynaktan örneğin internetten sağlıyorsa bu üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Ancak sonuçlar beklendiği gibi çıkmamış

kaynak türlerine duyulan güven düzeyinde kamu türleri arasında anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır. Yukarıda tanıdıklara daha sık başvurduğunu söylediğimiz uyanmış kamunun burada hekime ve tanıdıklara duyduğu güven dereceleri arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Aktif kamunun ise yukarıda hekime daha sık başvurduğu söylenmiştir, bu kamu türü de hekime daha çok güvenmesi noktasında diğer kamu türlerinden ayrılmamıştır.

Son olarak kadınların belirlenen beş mesaj stratejisinden etkilenme durumlarına bakılmıştır. Bu mesaj stratejileri korku, umut, nedensellik, yönlendirme, ve tıbbi terimdir. Öncelikle kanser teşhisi alan ve almayan kadınlar arasındaki farka bakılmıştır. Meme kanseri teşhisi almış kadınların yönlendirici mesajlardan ve tıbbi terim içeren mesajlardan etkilenme düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır. Bir kez kanser deneyimi yaşamış hastaların bu hastalıktan nasıl korunması gerektiğine dair olan içeriklerden etkilenme düzeyi arasında farklılık olması beklenen bir durumdur. Benzer şekilde yaşadıkları deneyimler tıbbi terimlere hakimiyetleri artırdığı için tıbbi terim içeren mesajlar bu kitlede anlam kazanır ve etki düzeylerinde fark yaratmaktadır. Birinci derece bir yakını meme kanseri teşhisi almış kadınların durumuna bakıldığında meme kanserine neden olabilecek ayrıntıları paylaşan mesajlar bu kitlede anlamlı farklılık yaratmaktadır. Aynı şekilde etraflarında meme kanseri teşhisi almış birilerinin olması tıbbi terim içeren mesajlardan etkilenme düzeylerini de değiştirmektedir.

Daha sonra yaş ve eğitimin bu mesajlardan etkilenme durumlarına bir fark yaratıp yaratmadığına bakılmıştır. Yaş değişkenine bakılmasının nedeni genç kadınların ile ileri yaştaki kadınların korku ya da umut stratejili mesajlardan etkilenme durumlarının yaklaşık olup olmadığının anlaşılmasıdır. Bulgulara göre 18-25 yaş aralığı 36-55 yaş aralığına giren kişilere kıyasla tıbbi terim içerikli mesajlardan daha fazla etkilenmektedir. Genç kadınların tıbbi terim stratejili mesajlardan daha çok etkilenmeleri bu mesaj türünü daha çok anladıkları anlamına da gelmektedir. Yaş aralığı itibarıyla Z kuşağını temsil eden bu grup interneti daha etkin kullanmalarına bağlı olarak sağlık bilgisine erişmede daha ehil olabilirler. Eğitime bakıldığında ise umut içeren mesajların etki düzeyinde anlamlı farklılık gözlenmiştir. İlkokul mezunu kadınlar ise üniversite ve lisansüstü eğitime sahip kadınlar umut içerikli mesajlarda aynı düzeyde etkilenmemektedir. Aynı zamanda lise mezunu kadınlar da üniversite mezunu kadınlar arasında da umut

içerikli mesajlardan etkilenme düzeyleri arasında da anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Kamu türlerine gelindiğindeyse nedensellik içeren mesajlar ve tıbbi terim içeren mesajların etki düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır. Uyanmış kamu türü hem nedensellik içeren hem de tıbbi terim içeren mesajlardan daha çok etkilenmektedir. Bu bulgu, kampanya hazırlayıcıları tarafında göz önünde bulundurulması gereken bilgi taşımaktadır. Halkla ilişkiler pratisyenleri ve sağlık iletişim kampanyası hazırlayıcıları, sağlık mesajlarını farklı kadınların özel ihtiyaçlarına ve yaşam tarzlarına daha iyi uyarlamak için elde edilen bu bulguları kullanabilirler.

Sağlık iletişim kampanyaları uyanmış kamuların kısıt algılarını tersine çevirmek için nelerin gerekli olduğu tespit edilmesi sonrasında daha etkin hazırlanabilir. Meme kanseri bağlamında kadınların yüksek sorun algısına sahip olduğu anlaşılmıştır, buna ek olarak kısıt algıları düşürülüp, ilgi dereceleri de artırılarak gizli kamu türünü ve uyanmış kamu türünü aktif kamuya çevirmek meme kanserini önleme amaçlı hazırlanacak stratejik iletişim içeriklerinin belirlenmesinde yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

Professional, Scholarly Editions.

AKIM, F.: 2010

“Sağlık Alanında Gerçekleştirilen Sosyal Sorumluluk Kampanyalarının Bireylerde Farkındalık ve Davranış Değişikliği Yaratma Etkisi: Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası Üzerine Bir Değerlendirme”. **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Hakemli Dergisi**, s. 38, s. 5-20. (Çevrimiçi)
<http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuifd/article/viewFile/1019000011/pdf>

ALDOORY, L.: 2001

“Making health communications meaningful for women: Factors that influence involvement.” **Journal of Public Relations Research**, 13(2), s.163-185. (Çevrimiçi)
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S1532754XJPRR1302_3

ALDOORY, L., SHA, B. : 2009

The Situational theory of publics: Practical Applications, Methodological Challenges and Theoretical Horizons in Toth, E. L. (Ed.). (2009). **The future of excellence in public relations and communication management: Challenges for the next generation.** Routledge, Taylor&Francis e-Library s.339-355. (Çevrimiçi)
https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=lang_en%7Cclang_tr&id=TkyOAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA339&dq=situational+theory+of+publics&ots=B1Rj9ArMgg&sig=M3M9Thog9cTx_kRHi_JdrLBB4c&redir_esc=y#v=onepage&q=situational%20theory%20of%20publics&f=false

ALPAR, R.: 2017

Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler, Detay Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara.

ALSUGHAYIR, A., ALBARQ, A. N.: 2013

“Examining a theory of reasoned action (TRA) in internet banking using SEM among Saudi

- consumer”. **International Journal of Marketing Practices**, 1(1), s.16-30. (Çevrimiçi)
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2270448
- AMERICAN CANCER SOCIETY How Common Is Breast Cancer? (Çevrimiçi)
<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html>
- ATKIN, C.K.: 1979 “Research evidence on mass mediated health communication campaigns”. **Annals of the International Communication Association**, 3(1), s.655-668. (Çevrimiçi)
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23808985.1979.11923788>
- BEN-NUN, L.: (2015) Verbal Communication Skills. **B. N. Publication House**, Israel. (Çevrimiçi)
https://www.researchgate.net/profile/Liubov_Ben-Noun_nun/publication/281784451_VERBAL_COMMUNICATION_SKILLS/links/55f86fb208ae07629dd55c20/VERBAL-COMMUNICATION-SKILLS.pdf
- BERTRAND, J. T., “The Impact of Health Communication Programs”, **The Handbook of Global Health Communication**, Ed by BABALOLA S., Obregon, R., Waisbord, S., John Wiley & Sons. (Çevrimiçi)
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118241868>
- BLUMER, H.: 1966 **The Mass, The Public, and Public Opinion**, Reader in Public Opinion and Communication, New York City.
- BLUMLER, J. G., **The crisis of public communication**. London/New York: Routledge.
- GUREVITCH, M.: 1995
- BRAVO, V. :2015 “Applying the Situational Theory of Publics to the first

- external voting process for Costa Ricans abroad: Lessons for international public relations and public diplomacy.” **Revista Internacional De Relaciones Públicas**, 10, Vol. s.125-140 (Çevrimiçi)
<https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11109/8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- BULDUKLU, Y.: 2010 “Televizyonda Yayinlanan Saglik Programlari ve Izleyicileri*/Health Programs on Televisions and Its Audiences”. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, (24), 75. (Çevrimiçi)
<http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/viewFile/213/197>
- CHARLES, C., GAFNI, A., WHELAN, T. :1997 “Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango)”. **Social science & medicine**, 44(5), s.681-692. (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032835>
- CHO, H., SALMON, C. T. :2007 “Unintended effects of health communication campaigns”. **Journal of communication**, 57(2), 293-317. (Çevrimiçi) <http://scihub.cc/http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-2466.2007.00344.x/full> doi:10.1111/j.1460-2466.2007.00344.x
- CHUNG, W: 2016 “Public’s online responses to a public health crisis: an empirical application of situational theory of publics and attribution theory in the case of the Middle East Respiratory Syndrome (MERS) outbreak in Korea” **Asian Journal of Information and Communications**, Vol. 8, No. 2, s.37-544. (Çevrimiçi)
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ll6t7ya92DEJ:journal-ajic.org/download.jsp%3Fpath%3D/upload/contents/%2>

- 6cno%3D196%26vf%3D(3)%2520Wonjun%2520Chun
g.pdf%26af%3D%25283%2529%2BWonjun%2BChun
g.pdf+&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr
- CORNER, J.: 1991 “Meaning, genre and context: the problematics of ‘public knowledge’ in the new audience studies.” In J. Curran & M. Gurevitch (Eds.), **Mass Media and Society**. London: Methuen.
- DAYAN, D: 2005 **Audiences and publics: When cultural engagement matters for the public sphere** (Vol. 2). Ed. S. Livingstone, Intellect Books. (Çevrimiçi) <http://www.lse.ac.uk/media@lse/WhosWho/AcademicStaff/SoniaLivingstone/pdf/SoniaLivingstone-audience-ebook.pdf>
- DEVITO, J.A.: 2007 **Interpersonal Communication Book**, The, 13/E. New York, NY: Pearson International. (Çevrimiçi) https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://blog.narotama.ac.id/wp-content/uploads/2014/11/Interpersonal-Communication-Book-The-13E.pdf&hl=tr&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&ei=6RDRWqKNBIWpmAG565KYDQ&scisig=AAGBfm1rBB6HTzfB2BdRcJJWPb51OR-SSQ
- DEWEY, J. :1927 **The public and its problems**, Chicago, Swallow. (Çevrimiçi) <https://www.amazon.com/Public-Its-Problems-John-Dewey/dp/0804002541>
- DURMUŞ, B., **Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi**, 6. Basım, YURTKORU, E. S., Beta yay, İstanbul.
- ÇİNKO, M.: 2016
- DUTTA-BERGMAN, M. “Theory and practice in health communication campaigns: A critical interrogation”. **Health**
- J.: 2005

- communication**, 18(2), s.103-122. (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16083406>
- EMANUEL, E. J., "Four models of the physician-patient relationship." **Jama** 267.16 2221-2226 (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556799>
- FERLAY, J., "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012". **International Journal Of Cancer**, 136(5). (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>
- SOERJOMATARA, I., DIKSHIT, R., ESER, S., MATHERS, C., REBELO, M., BRAY, F.: 2015
- FISHBEIN, M., AJZEN, I.:1975 **Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Reading, MA: Addison-Wesley (Çevrimiçi)
https://www.researchgate.net/publication/233897090_Belief_attitude_intention_and_behaviour_An_introduction_to_theory_and_research
- FISHBEIN, M.,: 1979 "A Theory of Reasoned Action: Some Applications and Implications", **Nebraska Symposium on Motivation**, s.65-116 (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7242751>
- FREIMUTH, V. S.: 1990 "The chronically uninformed: Closing the knowledge gap in health." Ed. Eileen Berlin Ray, Lewis Donohew, **Communication and health: Systems and applications**, s. 171-186. (Çevrimiçi)
https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=lang_en%7Clang_tr&id=UrmlGHw8gEwC&oi=fnd&pg=PA171&dq=freimuth+the+chronically+uninformed&ots=SQdwsgxA-

[s&sig=7TT0rRv07VJNLAkC4igT4YZ7KrM&redir_esc=y#v=onepage&q=freimuth%20the%20chronically%20uninformed&f=false](#)

- GALLANT, A. :2014 Communication Behavior Study of Support in the Arts Using the Situational Theory of Publics and the Theory of Reasoned Action, Basılmamış master tezi, **South Florida Üniveristesi.**
- GLANZ, K., RIMER, B.K., VISWANATH, K.: 2008 **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4TH).** San Francisco, CA: Jossey-Bass (Çevrimiçi)
https://books.google.com.tr/books/about/Health_Behavior_and_Health_Education.html?id=lxuGErZCfbsC&redir_esc=y
- GRUNIG, J. E.: 1979 “A New Measure of Public Opinion on Corporate Social Responsibility”. **Academy of Management Journal**, 22(4), s.738-764. (Çevrimiçi)
<https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/255812?journalCode=amj>
- GRUNIG, J. E.,: 1974 “A Case study of organisational information seeking and consumer information needs”. **Assosiation for Education in Journalism and Mass Communication**, San Diago.
- GRUNIG, J. E.: 1985 “A Structural Reconceptualization of the Organizational Communication Audit, with Application to a State Department of Education.” (Çevrimiçi)
<https://catalogue.nla.gov.au/Record/5460219>
- GRUNIG, J. E.: 1978 “Defining publics in public relations: The case of a suburban hospital.” **Journalism Quarterly**, 55(1), s.109-124. (Çevrimiçi)
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107769907>

805500115

- GRUNIG, J. E.: 1989 “Publics, Audiences, And Market Segments: Segmentation Principles For Campaigns. Information Campaigns” **Balancing Social Values And Social Change**, s. 199-228. (Çevrimiçi)
https://www.researchgate.net/publication/323322868_Publics_Audiences_and_Market_Segments_Segmentation_Principles_for_Campaigns
- GRUNIG, J. E., CHILDERS, L.: 1988 “Reconstruction of a Situational Theory of Communication: Internal and External Concepts as Identifiers of Publics for AIDS. (Çevrimiçi) <https://eric.ed.gov/?id=ED296387>
- GRUNIG, J. E.: 1989a “Sierra Club study shows who become activists”. **Public Relations Review**, 15(3), s.3-24. (Çevrimiçi)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0363811189800013>
- GRUNIG, J. E.: 1975 “Some consistent types of employee publics”. **Public Relations Review**, 1(3), s.17-36. (Çevrimiçi)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0363811175800038>
- GRUNIG, J. E., IPES, D. A. : 1983 “The anatomy of a campaign against drunk driving”. **Public Relations Review**, 9(2), s.36-52. (Çevrimiçi)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0363811183800046>
- GRUNIG, J. E.: 1983 “Washington reporter publics of corporate public affairs programs”. **Journalism Quarterly**, 60(4), s.603-614. (Çevrimiçi)
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/107769908306000404>

- GRUNIG, J. VE REPPER, F. : 2005 Stratejik yönetim, Kamular ve Gündemler, In J. Grunig, (Ed.) **Halkla İlişkiler ve İletişim Yönetiminde Mükemmellik**, s. 129-169, Rota Yayınları, İstanbul,
- GÖK-DEMİR, Z.: 2016 Stratejik Halkla İlişkilerde Kamu Segmentasyonu: Kamuların Durumsal Kuramının Toplumsal Kültür Bağlamında Türkiye’de Analizi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, **Akdeniz Üniversitesi**
- GUILKEY, D. K., HUTCHINSON, P., PETER LANCE: 2006 "Cost-effectiveness analysis for health communication programs." **Journal of health communication** 11.S2, s.47-67. (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148099>
- GÜNAY-AKTAŞ, S: 2014 “Türkiye’de Kadınlarda Meme Kanseri Nedeniyle Ölüm: Mekânsal Dağılım Ve Şehirlerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi İle İlişkisi”. **Journal Of International Social Research**, 7(29). (Çevrimiçi)
http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt7/sayi29pdf/gunay_semrax.pdf
- HALLAHAN, K.: 2000 “Inactive publics: the forgotten publics in public relations”. **Public Relations Review**, 26(4), s.499-515. (Çevrimiçi)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0363811100000618>
- HAMILTON, P. K.: 1992 “Grunig's situational theory: A replication, application, and extension”. **Journal of Public Relations Research**, 4(3), s.123-149 (Çevrimiçi)
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s1532754xjpr0403_01
- HARRIS, J. J., MCCOMBS, M. E.: 1972 “The interpersonal/mass communication interface among church leaders”. **Journal of Communication**, 22(3), s.257-262. (Çevrimiçi)
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460->

- HARTLEY, P.: 2002 **Interpersonal communication.** Routledge. (Çevrimiçi) https://books.google.com.tr/books/about/Interpersonal_Communication.html?id=HxQkmzOv3JQC&redir_esc=y
- HICKS, N.J.: 2016 "The growth of health communications—A story of consumer power and medical innovation." **Health Industry Communication.** (Çevrimiçi) http://samples.jbpub.com/9780763778927/78927_CH01_SEC.pdf
- HWANG, Y.: 2010 "Selective exposure and selective perception of anti-tobacco campaign messages: The impacts of campaign exposure on selective perception." **Health communication**, 25.2, s. 182-190. (Çevrimiçi) <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410230903474027>
- KARAGÖZ, Y.: 2016 **SPSS ve AMOS Uygulamalı İstatistiksel Analizler**, Güncellenmiş 2. Basım, Nobel Yayınevi, Ankara.
- KARAKAYA-ŞATIR, Ç., ERENDAĞ-SÜMER, F., GÖK-DEMİR Z.:2017 **Stratejik Halkla İlişkiler Uygulamaları, Strateji Düzeyinde Halkla İlişkiler**, Nobel kitap, İstanbul.
- KARAKAYA ŞATIR, Ç VE GÖK DEMİR, Z.: 2013 "The Power Of Publics In Strategic Public Relations: The Effect Of Social Media On Formation Of Publics", **Researching the Changing Profession of Public Relations** içinde, Okay, Aydemir, Carayol Valerie ve Tench Ralph (eds.), Peter Lang Publishing, SA.
- KEYTON, J.: 2011 **Communication and organizational culture: A key to understanding work experience.** Thousand Oaks, CA: Sage (Çevrimiçi) <https://us.sagepub.com/en-us/nam/communication-and-organizational-culture/book234496>

- KIERNAN, E.: 2013 "The power of nonverbal communication.", Pearson Australia, Sydney, Australia, E-print (Çevrimiçi)
<https://eprints.usq.edu.au/21958/>
- KIM, J. N.: 2011 "Public segmentation using situational theory of problem solving: Illustrating summation method and testing segmented public profiles." **PRism**, 8(2), 1-12. (Çevrimiçi)
https://www.researchgate.net/publication/273458937_Public_segmentation_using_situational_theory_of_problem_solving_Illustrating_summation_method_and_testing_segmented_public_profiles
- KIM, J. N., NI, L., SHA, B. L.: 2008 "Breaking down the stakeholder environment: Explicating approaches to the segmentation of publics for public relations research.", **Journalism & Mass Communication Quarterly**, 85(4), s. 751-768.
- KREPS, G.L., BONAGURO, E.W., QUERRY, J.L.JR. : 1998 "The History And Development Of The Field Of Health Communication", **Russian Journal of Communication**, Ed by. Jackson L.D., Duffy,B.K, Westport, CT: Greenwood Press, pp. 1-15. (Çevrimiçi)
http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/k/kreps.shtml
24 Aralık 2016
- KUMBASAR, B.: 2011 Sağlık İletişiminde Mesaj Tasarlama Kültürel Faktörlerin Rolü, Basılmamış Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi**
- LAI, C., : 2014 "Public broadcast of health communication: Extending public relations through social capital in Taiwan." **Public Relations Review**, 40(3), s.506-508. (Çevrimiçi)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0363811114000411>
- LIVINGSTONE, S. M.: **Audiences and publics: When cultural engagement**

- 2005 **matters for the public sphere** (Vol. 2). Ed. S. Livingstone, Intellect Books. (Çevrimiçi)
<http://www.lse.ac.uk/media@lse/WhosWho/AcademicStaff/SoniaLivingstone/pdf/SoniaLivingstone-audience-ebook.pdf>
- ILLIA, L., LURATI, F., "Situational theory of publics: Exploring a cultural ethnocentric bias". **Journal of Public Relations Research**, 25(2), s.93-122. (Çevrimiçi)
CASALAZ, R.: 2013 <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1062726X.2013.758581?journalCode=hpr20>
- LUNENBURG, F. C.: "Communication: The process, barriers, and improving effectiveness." **Schooling** 1.1 s.1-11. (Çevrimiçi)
2010 https://www.mcgill.ca/engage/files/engage/communication_lunenburg_2010.pdf
- MCMILLAN, S.J.: 1999 "Health communication and the Internet: Relations between interactive characteristics of the medium and site creators, content, and purpose." **Health Communication** ,11.4, s.375-390. (Çevrimiçi)
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327027HC1104_4?journalCode=hth20
- MICHAEL, M. C. C. J. B. Health communication on the Internet: an effective channel for health behavior change?. **Journal of health communication**, 3. Jg., Nr. 1, s.71-79. (Çevrimiçi)
C., CHEUVRONT, C. C. J. B. : 1998 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10947375>
- NEWBOLD, P.: 2008. **İşletme ve iktisat için istatistik**.Çev. Ümit Şenesen, Literatür Yay., İstanbul
- NOAR, S. M.: 2006 "A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here?." **Journal of health communication** 11.1, s.21-42. (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546917>

- NOAR, S. M.: 2009 "Challenges in evaluating health communication campaigns: Defining the issues." **Communication Methods and Measures**, 3.1-2, s.1-11. (Çevrimiçi) <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19312450902809367>
- OBREGÓN, R., CHITNIS, K., MORRY, C., FEEK, W., BATES, J., GALWAY, M., OGDEN, E.: 2009 Achieving polio eradication: a review of health communication evidence and lessons learned in India and Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(8), s.624-630. (Çevrimiçi) <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-060863/en/>
- OKAY, A: 2014 **Sağlık İletişimi**, 2. Basım, Derin Yayınları, İstanbul.
- OKAY, A. :2012 **Halkla İlişkiler; Kavram, strateji ve uygulamaları**. 5. Basım, Der Yayınevi.
- ÖZDAMAR, K.: 2015 **Paket programlar ve istatistiksel veri analizi (çok değişkenli analizler)**, Cilt 1, 10. Baskı. Nisan Kitabevi Yayınları, Ankara
- ÖZDAMAR, K.: 2013 **Paket programlar ve istatistiksel veri analizi (çok değişkenli analizler)**, Cilt 2, 10. Baskı. Nisan Kitabevi Yayınları, Ankara
- ROBINSON, T. N., PATRICK, K., ENG, T. R., GUSTAFSON, D.: 1998 "An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age." **Jama**, 280(14), s.1264-1269. (Çevrimiçi) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9786378>
- RODMAN, G. R., ADLER, R. B.: 2003 **Understanding human communication**. Oxford University Press, New York. (Çevrimiçi) <https://global.oup.com/ushe/product/understanding-human-communication-9780190297084?cc=tr&lang=en&>

ROSENGREN, K. E.: **Communication: an introduction**. Sage, 1999.
(Çevrimiçi):

https://books.google.com.tr/books?hl=de&lr=&id=YIU1zxjsnykC&oi=fnd&pg=PP1&dq=rosengren+2000+communication+an+introduction&ots=QBVgcTY2YG&sig=fpFNSG9iZtAcH05j144dQ_jXtx0&redir_esc=y#v=onepage&q=rosengren%202000%20communication%20an%20introduction&f=false

----:2014

“Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım”,
(Çevrimiçi)

http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/04/cevre_saglik/Bilesen12.pdf

SAĞLIĞIN

(Çevrimiçi)

GELİŞTİRLMESİ

[http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3962/tamamlanan-](http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3962/tamamlanan-kampanyalar.html)

GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

[kampanyalar.html](http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3962/tamamlanan-kampanyalar.html)

SAĞLIK

(Çevrimiçi)

MUHABİRLERİ

<http://smd.org.tr/Belediyemiz/Uyelerimiz.html>

DERNEĞİ

SALKIND, N. J.: 2010

Encyclopedia Of Research Design CA: SAGE Publications. (Çevrimiçi) <https://us.sagepub.com/en-us/nam/change-location/0>

SCHIAVO, R.: 2013.

Health communication: From theory to practice. John Wiley & Sons, (Çevrimiçi)
https://books.google.com.tr/books/about/Health_Communication.html?id=MJKcl26umKYC&redir_esc=y

SCHMIDT, K., IYER, M.: 2015

“Online Behaviour of Social Media Participants’ and Perception of Trust Comparing Social Media Brand Community Groups and Associated Organized Marketing Strategies”, **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 177, 432-439
(Çevrimiçi)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815017437> Erişim Tarihi: 03.03.2018

- SEITEL, F. P.: 2017 **Practice of Public Relations**. Pearson Education. (Çevrimiçi)
<http://lib.hpu.edu.vn/handle/123456789/29244>
- SLATER, M. D. :1996 “Theory and method in health audience segmentation”. **Journal of Health Communication**, 1, s.267–284. (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10947364>
- SMITH, R.A. :2017 **Audience Segmentation Techniques**, Oxford Research Encyclopedia of Communication, (Çevrimiçi)
<http://communication.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-321>
- SNYDER, L. B., “A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States”. **Journal of health communication**, 9(S1), s.71-96. (Çevrimiçi)
HAMILTON, M. A.,
MITCHELL, E. W.,
KIWANUKA-TONDO, J., FLEMING-MİLİCİ, F.,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14960405>
- PROCTOR, D. :2004
- SNYDER, L. B.: 2007 "Health communication campaigns and their impact on behavior." **Journal Of Nutrition Education And Behavior** 39(2), s.32-40. (Çevrimiçi)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336803>
- SNYDER, L. B., “A Meta-Analysis Of U.S. Health Campaign Effects On Behavior: Emphasize Enforcement, Exposure, And New Information, And Beware The Secular Trend”. In R. C. Hornik (Ed.), **Public health communication: Evidence for behavior change**, s. 357–384 (Çevrimiçi)
<https://www.healthevidence.org/view-article.aspx?a=meta-analysis-health-campaign-effects-behavior-emphasize-enforcement-exposure-15699>

- STEVENS, S.S.: 1950 “Introduction: A definition of communication”. **The Journal of the Acoustical Society of America**, 22., Nr. 6, 689-690. (Çevrimiçi)
<https://asa.scitation.org/doi/10.1121/1.1906670>
- THE COMMUNITY GUIDE “Health Communication and Health Information Technology” (Çevrimiçi)
<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Health-Communication-Health-Information-Technology.pdf>
- TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU: Türkiye Kanser İstatistikleri (Çevrimiçi)
http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-2017RAPOR._uzun.pdf
- WHALEY, B. B.: 2014 “Research methods in health communication: Principles and application”. **Routledge**. (Çevrimiçi)
https://books.google.com.tr/books/about/Research_Methods_in_Health_Communication.html?id=2d0ABAAAQBAJ&redir_esc=y
- VOSS, J. : 2009 An empirical analysis of public perception of reclaimed water applying the situational theory of publics, Basılmamış master tezi, **South Florida Üniveristesi**
- YILDIRIM BECERİKLİ, S.: 2012 “Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları Ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği”, **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, 43, s.163-177 (Çevrimiçi)
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/iuifd/article/viewFile/1019020143/1019019017>
- YÜKSEL, E., P, ÖĞÜT., A., KAYA. : 2012 “Radyo Ve Televizyonlardaki Sağlık Konulu Yayınlarla Yönelik Rük'e Yöneltilen Bildirimler Üzerine Bir İçerik Analizi Çalışması”. **Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi**, 7(2), s.32-43.

(Çevrimiçi) <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/177780>

ZIMICKI, S., HORNIK, R. C., VERZOSA, C. C., HERNÁNDEZ, J. R., DE GUZMAN, E., DAYRIT, M., ABAD, M.: 1994 “Improving vaccination coverage in urban areas through a health communication campaign: the 1990 Philippine experience.” **Bulletin of the World Health Organization**, 72(3), s.409. (Çevrimiçi) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8062399>

WIRTZ, V., CRIBB, A., BARBER, N.:2006 “Patient–Doctor Decision-Making About Treatment Within The Consultation—A Critical Analysis Of Models”. **Social Science & Medicine**, 62(1), s.116-124. (Çevrimiçi) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992980>

EKLER

ANKET FOMU

Bu araştırma; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Ayla Okay danışmanlığında yürütülmekte olan Esra BOZKANAT'a ait "SAĞLIK İLETİŞİMİNDE HEDEF KİTLE SEGMENTASYONU" konulu doktora tezine yönelik bir araştırmadır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Prof. Dr. Ayla OKAY
&
Esra BOZKANAT

A. Birinci derece yakınlarınızdan biri (anne- kardeş- çocuk vb) meme kanseri tedavisi gördü mü ya da görüyor mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

B. Kendiniz meme kanseri tedavisi gördünüz mü ya da görüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Aşağıdaki tabloda her satır için size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1-Hiç katılmıyorum
katılmıyorum

2-Katılmıyorum
4-Katılıyorum

3-Ne katılıyorum ne
5-Tamamen katılıyorum

İFADELER	1	2	3	4	5
1. Her kadının meme kanserine yakalanma riski vardır.					
2. Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser türüdür.					
3. Kendim de meme kanserine yakalanabilirim.					
4. Kendimi risk grubunda görürüm.					
5. Düzenli kontrol yaptırmak maliyetli ve zaman alıcıdır.					
6. Ultrason ya da Mamografi çekimi sırasında alınan radyasyon beni korkutur.					
7. Ultrason ya da Mamografi çekimi için ileri tarihli randevu verilmesi, bu konuda adım atmama engel olmaktadır.					
8. Düzenli kontrol yaptırmak için gideceğim yol mesafesi benim için caydırıcı bir unsurdur.					
9. Kontrol sonrası yaşam biçimimin ve düzenimin değişme olasılığı kontrol yaptırmama engel oluşturur.					
10. Kontrol sonrası zararlı alışkanlıklarımdan vazgeçmek zorunda olma ihtimalim kontrol yaptırmama engel oluşturur.					
15. Meme kanseri ile ilgili verilen eğitim ya da seminerlere ilgim vardır.					
16. Medyada yer alan meme kanseri ile ilgili içeriklere ilgim vardır.					
17. Meme kanseri hakkında hekimlerden bilgi almaya duyarlıyım.					

18. Meme kanseri ile ilgili hazırlanmış kamu spotları ilgimi çeker.					
---	--	--	--	--	--

Meme kanseri ile ilgili bilgi ararken hangi kaynağa daha sık başvurduğunuzu derecelendiriniz.

1.Hiç 2. Bazen 3. Sık sık 4. Çoğu zaman 5.Her zaman

<u>BAŞVURULAN KAYNAKLAR</u>	1	2	3	4	5
19. Hekim					
20. Eczacı					
21. Tanıdıklar					
22. Daha önce bu hastalığı geçirmiş olan kişiler					
23. Televizyon					
24. İnternet					
25. Radyo					
26. Gazete/Dergi					
27. Sağlık içerikli kitaplar					
28. Sağlık Bakanlığına ait web sitesi					
29. Ne sıklıkta meme kanseri ile ilgili bilgi arayışında bulunursunuz?					
30. Ne sıklıkta başkalarıyla meme kanseri konusunda bilgi paylaşımında bulunursunuz?					

Aşağıdaki ifadeleri lütfen derecelendiriniz.

1-Hiç katılmıyorum 2-Katılmıyorum 3-Ne katılıyorum ne katılmıyorum
4-Katılıyorum 5-Tamamen katılıyorum

	1	2	3	4	5
31. Meme kanserine ait bazı bilgilerimin kaynağı medyadır.					
32. Medya, meme kanserine dair algımı etkilemektedir.					
33. Medyadaki meme kanseri içerikleri dikkatimi çeker.					

Sağlık bilgisine ulaşırken güvenilir bulduğunuz kaynakları güven seviyesine göre derecelendiriniz.

1. Güvenilmez
4. Güvenilir

2. Az güvenilir
5. Çok güvenilir

3. Ne güvenilir ne güvenilmez

BAŞVURULAN KAYNAKLAR	1	2	3	4	5
34. Hekim					
35. Eczacı					
36. Tanıdıklar					
37. Daha önce bu hastalığı geçirmiş olan kişiler					
38. TV					
39. Radyo					
40. Gazete/Dergi					
41. İnternet					
42. Sağlık içerikli kitaplar					
43. Kamu spotları					
44. Sağlık Bakanlığına ait web sitesi					

Meme kanserinde “kendini elle muayene etme”ye yönelik tutumunuzu (düşüncenizi) belirtiniz. 1 en olumsuz 5 en olumlu düşünceyi ifade eder. Örneğin kendini elle muayene etmenin ne pozitif ne de negatif olduğunu düşünüyorsanız 3 rakamını seçiniz. İyi/pozitif/faydalı/sağlıklı olduğunu düşünüyorsanız 4 ya da 5’i, kötü/negatif/faydasız/sağlıksız olduğunu düşünüyorsanız da 1 ya da 2’yi işaretleyebilirsiniz. Lütfen tüm soruları yanıtladığınızdan ve her soru için tek bir rakam seçtiğinizden emin olunuz.

45. Negatif: 1() 2() 3() 4() 5() : Pozitif
46. Kötü: 1() 2() 3() 4() 5() : İyi
47. Faydasız: 1() 2() 3() 4() 5() : Faydalı
48. Sağlıksız: 1() 2() 3() 4() 5() : Sağlıklı

Aşağıdaki tabloda her satır için size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum
katılmıyorum

2-Katılmıyorum
4-Katılıyorum

3-Ne katılıyorum ne
5-Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5
49. Kontrol amaçlı meme muayenesine giden tanıdıklarım vardır.					
50. Yakınlarımla meme ultrasonu yaptırmam beni de teşvik eder.					
51. Yakın zamanda kontrol amaçlı meme muayenesine gitmeyi planlıyorum.					
52. Daha önce hiç kontrol amaçlı meme muayenesine gitmedim.					
53. Daha önce kontrol amaçlı kendimi elle muayene etmedim.					

Aşağıdaki tabloda verilen mesajların sizi etkileme derecelerini işaretleyiniz.

1-Çok düşük 2-Ortanın biraz altında 3-Orta
4-Ortanın biraz üstünde 5-Çok yüksek

	1	2	3	4	5
54. "Her yıl 400 bin kadın meme kanseri yüzünden hayatını kaybediyor"					
55. "Kadınlarda kansere bağlı ölümlerde meme kanseri ilk sırada"					
56. "Meme kanserinde ürküten artış"					
57. "Meme kanserinin yüzde 5'i genetik yapıdan kaynaklanıyor"					
58. "Yağlı beslenme hem annede, hem bebekte meme kanseri riskini artırıyor"					
59. "Sokak lambaları meme kanseri riskini artmasının nedenlerinden"					
60. "Meme kanserinde kadınlar için yeni umut"					
61. "Meme kanseri riski azaltılacak!"					
62. "Kanserle ilgili umut veren açıklamalar: Kemoterapi ihtiyacı giderek azalıyor"					
63. "Meme kanserinden korunmak için hareket edin"					
64. "Meme kanserinde erken tanı için her ay ayna karşısında 5 dakika"					
65. "İyi beslenme meme kanseri riskini azaltıyor"					
66. "Mastektomi ameliyatlarında beş yıl içinde lenfödem görülme sıklığı yüzde 48'dir"					
67. "Meme kanserinin görünmeyen yüzü: Metastatik meme kanseri"					
68. "Fibrokistik meme, kansere dönüşür mü?"					

69. Yaşınız:

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-64 ☐ 65 yaş ve üstü

70. Eğitim durumunuz:

☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Lise | ☐ Lisans/Üniversite |
| ☐ Önlisans | ☐ Yüksek lisans/Doktora |
71. Medeni durumunuz:
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Bekar | ☐ Dul |
| ☐ Evli | ☐ Boşanmış |
72. Mesleğiniz:
- ☐ Öğrenci
- ☐ İşçi
- ☐ Memur
- ☐ Esnaf
- ☐ Serbest meslek
- ☐ Ev hanımı
- ☐ Diğer _____
73. Doğum yeriniz:
- ☐ Köy
- ☐ Kasaba
- ☐ İl Merkezi
- ☐ İlçe
- ☐ Büyükşehir
74. Yaşamınızı daha uzun süre hangi yerleşim biriminde geçirdiniz?:
- ☐ Köy
- ☐ Kasaba
- ☐ İl Merkezi
- ☐ İlçe
- ☐ Büyükşehir

ÖZGEÇMİŞ

2005-2009 yılları arasında Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesinde lisans eğitimini tamamladı. 2009-2013 yılları arasında Gazi Üniversitesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalında “Gündem Kurma Perspektifinden Algı Yönlendirme: Alkol Düzenlemesi Yasası Örneği” isimli tezi ile yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2004 yılında İstanbul Üniversitesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalında doktora eğitimine başladı.

Çalışma alanları sağlık iletişimi, siyasal iletişim ve yeni medya araştırmalarıdır. Bu konularda yazılmış 2 ulusal, 5 uluslararası bildirisi, 1 kitap bölümü ve 1 makalesi bulunmaktadır. 2016 yılında bir dönem boyunca Viyana Üniversitesi’nde eğitim görmüştür. 2012 yılının Şubat ayından beri üniversitede öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.