

149461

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İLETİŞİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
HALKLA İLİŞKİLER BİLİM DALI

**SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNE SAĞLIK İLETİŞİMİ
YÖNTEMLERİ OLARAK SOSYAL PAZARLAMA, MEDYADA
SAVUNUCULUK ve HALKLA İLİŞKİLERİN ETKİSİ**

Doktora Tezi

İnci ÇINARLI

Danışman: PROF.DR.FİLİZ BALTA PELTEKOĞLU

İstanbul, 2004

ÖNSÖZ

“Sağlığın Geliştirilmesine Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi” başlıklı bu çalışmada çok disiplinli bir alan olan sağlık iletişimi disiplininin, sağlığın geliştirilmesindeki rolü kuramsal bir çerçevede ele alınmıştır. Küresel düzende “kamu sağlığı”nın ve “kamu yararı”nın egemen medyanın da etkisiyle gördüğü zararı “sağlık bilinci” ve “medya bilinci”ni geliştirmeye katkıda bulunarak bir ölçü de olsa azaltmayı amaçlayan bu çalışma; bu yeni alanda daha pek çok araştırmanın çıkış noktası olmayı hedeflemektedir.

Bu çalışmamdaki değerli katkılarından ve desteğinden dolayı başta değerli hocam Sayın Prof.Dr.Filiz BALTA PELTEKOĞLU’na, GSÜ İletişim Fakültesi Dekanı Sayın Prof.Dr.Özden CANKAYA’ya, değerli akademisyenler ve aynı zamanda dostlarım Yard.Doç.Dr.Melike BATUR YAMANER ile Yard.Doç.Dr.Halime YÜCEL ALTINEL’e teşekkürlerimi sunuyorum. Sevgili aileme sabır ve emekleri için sonsuz şükranlarımla.

İstanbul, 2004

İnci ÇINARLI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tablo Listesi	IV
Şekil Listesi	V
Kısaltmalar	VI
GİRİŞ	1
1. SAĞLIĞA İLİŞKİN TEMEL YAKLAŞIMLAR VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	
1.1 İnsan Hakkı Olarak Sağlık	6
1.2 Sağlık Kavramının Tanımlanması	9
1.2.1 Sağlığı Tanımlamada Hastalık ve Rahatsızlık Kavramları	11
1.2.2 Sağlığın Negatif Tanımlamaları	13
1.2.3 Sağlığın Pozitif Tanımlamaları	15
1.2.4 Sağlığın Boyutları	17
1.3 Tıbbi Model ve Sağlığın Tıbbileştirilmesi	18
1.4 Sosyal Model ve Sağlığın Sosyalleştirilmesi	22
1.5 Sağlığın Geliştirilmesi	28
1.5.1 Hastalıkların Önlenmesi	28
1.5.2 Sağlığın Korunması	30
1.5.3 Sağlık Eğitimi	30
1.5.4 Sağlığın Geliştirilmesi ve Uluslararası Belgeler	41
2. SAĞLIK İLETİŞİMİ VE HALKLA İLİŞKİLERİN KAMU YARARINA YÖNELİK KULLANIMI	
2.1 Disiplinlerarası Etkileşim ve Çok Disiplini Bir Alan: Sağlık İletişimi	44
2.1.1 Sağlık İletişimi Disiplininin Tanımlanması ve Gelişimi	45
2.1.2 Sosyal İletişim	55
2.1.3 Risk İletişimi	56
2.2 Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler	61
2.2.1 Sosyal Pazarlama	61
2.2.2 Medyada Savunuculuk (Media Advocacy)	67
2.2.2.1 Gündem Yaratma ve Yaratıcı Epidemiyoloji	75
2.2.2.2 Çerçeveleme	79
2.2.3 Halkla İlişkiler	81
2.3 Halkla İlişkilerde Dört Model ve HIV/AIDS Örneği	84
2.3.1 Basın Ajansı ve Tanıtım Modeli	85
2.3.2 Kamunun Bilgilendirilmesi Modeli	85

2.3.3 İki Yönlü Asimetrik Model	86
2.3.4 İki Yönlü Simetrik Model	86
2.4 Halkla İlişkilere Yöneltilen Eleştiriler ve Halkla İlişkilerin Kamu Yararı Boyutu	87
2.4.1 Gelişmekte Olan Ülkelerde Halkla İlişkiler ve Kamu Sağlığı	90
3. KAMU SAĞLIĞI ENFORMASYONU VE MEDYA	
3.1 Kitle İletişiminde Bilimsel Enformasyon, Dezenformasyon ve Mezenformasyon	93
3.2 Kamu Sağlığı Enformasyonunun Kaynakları	105
3.2.1 Görsel-İşitsel Medya	109
3.2.2 Yazılı Medya	112
3.2.3 Elektronik Medya	113
3.3 Kamu Sağlığı Enformasyonunda İletişim Engelleri	116
3.3.1 Kamu Sağlığı ve Medya: Önceliklerin Çatışması	120
3.4 Küreselleşme ve Kamu Sağlığı Enformasyonu Üzerindeki Etkileri	122
3.4.1 Bilgi Uçurumu Hipotezi: “Enformasyon Yoksulları” ve “Enformasyon Zenginleri”	124
3.4.1.1 Hedef Kitlenin Özellikleri	128
3.4.1.2 Mesajın Özellikleri	131
3.4.1.3 Sosyal Sistemin Özellikleri.....	132
3.5 Sağlık Bilinci ve Medya Bilinci	134
4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN KURAMLAR VE ÖRNEKLERLE SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARI	
4.1 Sağlıkla İlgili Davranışın Oluşumu	137
4.1.1 İnançlar ve Değerler	138
4.1.2 Tutumlar.....	139
4.2 Sağlık İletişiminde Kullanılan Davranışsal Kuramlar ve Modeller	139
4.2.1 McGuire’ın İkna Modeli	140
4.2.2 Sebep Eylem Kuramı	140
4.2.3 Sağlık İnanç Modeli ve “Tüberküloz Tarama Programı”	141
4.2.4 Sosyal Öğrenme Kuramı	143
4.2.5 PRECEDE-PROCEED Modeli	145
4.2.6 Transteorik Model ya da Değişimin Evreleri Modeli	147
4.2.7 Yeniliklerin Yayılması Kuramı ve “North Karelia Projesi”	148

4.3 Sağlık İletişiminde Kullanılan Kitle İletişim Araçlarının Etkileriyle İlgili Kuramlar.....	152
4.3.1 Hipodermik Şırınga ya da Sihirli Mermi Kuramı	153
4.3.2 İki Aşamalı Enformasyon Kuramı	154
4.3.3 Kullanışlar ve Doyumlar Kuramı.....	154
4.3.4 Kültivasyon Kuramı.....	155
4.4 Sağlık İletişimi Kampanyası Süreci	156
4.4.1 Araştırma Evresi	164
4.4.2 Planlama Evresi.....	165
4.4.2.1 Hedef Kitle Segmentasyonu ve Mesaj Stratejisi	166
4.4.3 Aksiyon ve İletişim Evresi	170
4.4.3.1 Güdü Çağrışımları.....	170
4.4.3.2 Farkındalık ve Bilgilendirme ile İknayı Arttırmak	185
4.4.3.3 Kaynağın Etkili Sözcüleri	187
4.4.3.4 İletişim Kanalları ve Formatlar	189
4.4.4 Değerlendirme Evresi	191
4.5. Türkiye’de Sağlık İletişimi Kampanyaları	194
4.5.1 Aile Planlaması	194
4.5.2 Kanser ve Sigarayı Bırakma	198
4.5.3 HIV/AIDS	201
5. SONUÇ	204
EKLER	211
KAYNAKÇA	253

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1 : Sağlıkın Tıbbi ve Sosyal Modellerinin Karşılaştırılması	24
Tablo 2 : Medyada Savunuculuk ve Kitle İletişimi Kampanyalarının Amaçları ve Süreçlerindeki Farklılıklar	74
Tablo 3 : Orwell ve Huxley: Enformasyonun Kontrolü	102
Tablo 4 : Kamu Sağlığı ile Medyanın Önceliklerinin Çatışması	121
Tablo 5 : PRECEDE Modeli	146

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1 : Sağlığın Boyutları	17
Şekil 2 : Bir Sağlık Modeli	26
Şekil 3 : Sağlık Eğitimi Modeli	37
Şekil 4 : Risk İletişiminin Organizasyonel Yapısı	57
Şekil 5 : Bireyi Çevreleyen Sağlıkla İlgili Ana Enformasyonel ve Etkisel Ağlar	106

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADHD	: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMA	: American Medical Association
BBC	: British Broadcasting Corporation
BSE / vCJD	: Bovine Spongiform Encephalopathy / variant of Creutzfeld-Jacob Disease
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CIS	: Cancer Information Service
CSRT	: Conseil Supérieur de la Recherche et de la Technologie
DC	: District of Columbia
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DNA	: dezoksiribonükleik asit
ESAM	: Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği
FDA	: Food and Drug Administration
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome
HRT	: Hormon Replacement Therapy
M.Ö.	: Milattan Önce
NCI	: National Cancer Institute
POP	: Point of Purchase

PR	: Public Relations
PRECEDE	: Predisposing, Reinforcing and Enabling Construct in Educational/Environmental Diagnosis and Evolution
PROCEED	: Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Enviromental Development
PSA	: Public Service Announcement
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
SES	: Sosyo-Ekonomik Statü
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
SWOT	: Strengths, Weakness, Opportunities, Threats
TB	: Tuberculosis
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TRT	: Türkiye Radyo Televizyon Kurumu
UNAIDS	: United Nations Programme on AIDS
UNFPA	: United Nations Population Fund
US	: United States
USPHS	: United States Public Health Service
WHO	: World Health Organization
bkz.	: bakınız
co.	: company
km	: kilometre
lt.	: litre
örn.	: örneğin

s.	: sayfa
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğlerleri
vs.	: vesaire
www	: world wide web
yy.	: yüzyıl



GİRİŞ

Sağlık sosyal bir hak olarak demokratik toplumun işleyişinde başlıca gereksinimdir. Toplumun önde gelen değerlerinden ve bireylerin en önemli gündem maddelerinden biri olan sağlığın bugüne kadar pek çok tanımı yapılmıştır. Her toplum kültürel mirası doğrultusunda sağlık ve hastalıkla ilgili konuları ele alır. Yalnızca biyolojik ve tıbbi parametrelere dayalı evrensel bir sağlık tanımının ortaya konulmasının yetersizliği, sağlığın kendine has özellikleri olan bir hizmet alanı olması, çevremizdeki bol ve düşük kaliteli sağlık enformasyonunun sağlık konularını bireylerin kişisel alışkanlıkları ve şahsi sorumlulukları üzerine yoğunlaşarak basite indirilmesi ve dolayısıyla sorunların kamu sağlığından uzağa çekilmesi, bireylerin sağlığının bulundukları ortamın sosyal ve ekonomik durumunun kötü olmasından kaynaklanması gibi sorunsallar; yaygın ve tek boyutlu medyanın yani “egemen medya”nın sağlığı metalaştırmaya hizmet eden “sağlık ritüelleri”yle de desteklenen anlayışı, tezin hipotezinin kurulmasında yol gösterici olmuştur.

Bu noktadan hareketle, tezin merkezi problematiğini, çok disiplinli bir alan “sağlık iletişimi”nin sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına nasıl katkıda bulunacağı ve “stratejik iletişim yönetimi” olarak nitelendirilen halkla ilişkilerin bu süreçte nasıl katılacağı oluşturmaktadır. Halkla ilişkilere özellikle de son yıllarda getirilen eleştiriler, halkla ilişkilerin “kamu yararı” işlevini gözardı etmekte ve “stratejik iletişim yönetimi” olarak kamu sağlığının geliştirilmesinde önemli bir güç olduğunu yadsımaktadır. Halkla ilişkilerin; “farkındalık yaratmak, anlayış oluşturmak, yanlış anlaşılmalardan üstesinden gelmek, bilgilendirmek, bilgileri arttırmak, ön yargıları ortadan kaldırmak, inancı güçlendirmek, bir algılamayı doğrulamak ya da altını çizmek ve belirli bir doğrultuda hareket etmek” amaçlarına yönelik kullanımı, aynı zamanda sağlık iletişiminin de amaçlarını oluşturmaktadır.

Sağlıkla ilgili sorunlarla mücadelede bireysel davranışların değiştirilmesinden, sosyal değişime geçilmesi gerekli hale gelmiştir. Ancak toplumda olumlu sağlık davranışına yönelik sosyal değişim çabalarının önünde engeller bulunmaktadır. Bu

engellerin başında da egemen medyanın kamu sağlığı enformasyonu ileten bir işlev görmekten çok *status quo*'yu koruyan bir anlayışla hareket etmesi gelmektedir. Hatta çoğu zaman olumsuz sağlık davranışlarına yönelten ya da çelişkili, ihtilafli mesajlar ileten, kimi zaman halka boş ümitler vaadeden, kimi zaman da halkı paniğe sevk eden medyanın kendisi de hastalıklara ve rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Medya bize kahve içmenin sağlığa iyi geldiğini söyler, bir süre sonra “kahve içmek sağlığa zararlıdır” mesajıyla karşılaşırsınız; önce HRT'nin (Hormon Replasman Tedavisi) menopozdaki kadınlara daha sağlıklı bir yaşam vaad ettiği haberleriyle, daha sonra da aynı tedavinin kansere neden olduğu haberlerine rastlarız veya lazerle göz ameliyatının araştırmaları sonuçlanmadan bu yeni yöntemi uygulayan hastanelerin “örtülü reklamları”na maruz kalırız. Ayrıca medyada sosyal değişime yönelik olarak sağlık politikaları gibi konuların ele alınmasından çok bireysel hikâyelere yer verilmektedir.

Eski çağların dinsel ritüelleri, günümüzde yerini “yaşam biçimi” söylemlerine yani; doğum kontrolü, diyet, egzersiz, depresyon ilaçları, estetik ameliyatlar, detoks vs. gibi medya destekli “sağlık endüstrisinin ritüelleri”ne bırakmıştır. Sağlığın bu şekilde “metalaştırılması”, kamu sağlığına en büyük tehdidi oluşturmaktadır.

21.yy. her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da bilimsel etkileşimlere sahne olmaktadır. Özellikle de postmodern gelişmelere paralel olarak son 20-30 yıl içinde sağlık bilimleri ve sosyal bilimler arasındaki alan daha da geçirgen hale gelmiştir. “Sağlığın Geliştirilmesine Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi” başlıklı tezde sağlık iletişiminin bir disiplin olarak hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlık eğitimi alanlarını ve genel olarak da sağlığın geliştirilmesi çabalarını içine alan geniş ve çok disiplinli kapsamı, kuramsal bir bazda, ayrıntılarıyla ele alınacaktır. Bu çok disiplinlilik bünyesinde halkla ilişkiler, antropoloji, sosyoloji, sosyal psikoloji gibi alanları barındırmaktadır. Sağlık iletişiminin Türkiye’de yalnızca sağlık eğitimi fakültelerinde okutulan bir ders olması ve kavramın, iletişim disiplininin bakış açısıyla daha önce ele alınmaması nedeniyle, kuramsal bir çalışma olan tezde özellikle İngilizce kaynaklardan yararlanılmıştır. Yine Türkiye’de

konuyla ilgili olarak ilk kez iletişim disiplinin bakış açısıyla bir çalışma yapılması nedeniyle; davranış bilimlerine ait kuram ve modeller, iletişim disiplinine ait kuramlar, kamu sağlığı, sağlığı geliştirme (*health promotion*), sağlık eğitimi alanlarını da kapsayan bir literatür taramasından ve doküman araştırmasından yararlanılmıştır. Kişilerarası ve kitle iletişimi düzeyinde ele alınabilen sağlık iletişimi, tezde kitle iletişimi boyutuyla sınırlandırılmıştır. Altı çizilmesi gereken bir diğer nokta da, sağlık hizmetleri pazarlaması (*health care management*) ile sağlık iletişiminin farklı alanlar olduğudur. Sağlık iletişiminde hastalar “müşteri” olarak tanımlanmazlar. Dolayısıyla özel hastanelerin halkla ilişkiler faaliyetleri de konumuzun dışındadır.

Tezin birinci bölümünde sağlığın felsefi boyutundan hareket edilerek, sağlığa ilişkin temel yaklaşımlar incelenecektir. Sağlığın temel bir insan hakkı olarak, diğer bazı hak ve özgürlüklerin (beslenme, barınma, işkenceye uğramama gibi) gerçekleşmesindeki önemi vurgulandıktan sonra, bu hakkın uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınması ve taraf devletlerin yükümlülükleri ele alınacaktır.

Sağlığın tanımlanmasına çalışılırken, sağlık algılamalarının çıkış noktasını oluşturan ve toplumların kültürel mirasları doğrultusunda şekillenen “hastalık” ve “rahatsızlık” kavramlarının ilkçağlardan günümüze kadar katettiği anlamsal süreç izlenecektir. Yine sağlığın tanımlanmasında, sağlığın negatif ve pozitif boyutlarının; “tıbbileştirilmiş” ya da “sosyalleştirilmiş” sağlık modellerinin oluşmasındaki rolleri ele alınacaktır. Bu modeller daha ilerki bölümlerde, günümüz medyasında sağlıkla ilgili enformasyonun nasıl iletildiğinin incelenmesinde bize yol gösterici olacaktır.

Sağlık tanımlamalarının ve bunlara ilişkin temel yaklaşımların ele alınmasının ardından hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme kavramları açıklanarak, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının kimlerin ve hangi sektörlerin sorumluluğunda olduğu uluslararası belgeler aracılığıyla ortaya konulacaktır.

HIV/AIDS, kanser, kalp ve damar hastalıkları, tüberküloz, uyuşturucu ve sigara bağımlılığı gibi günümüzün önemli kamu sağlığı problemleriyle tıp biliminin tek başına

mücadele etmesi beklenemez. Bu noktadan hareketle ikinci bölümde, sektörlerarası işbirliklerine ve özellikle de bilimsel etkileşimlere sahne olacak 21.yy.da, iletişimin sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde son derece önemli bir güç olarak karşımıza çıkması ve “sağlık iletişimi” adı verilen çok disiplinli alanın nasıl en önemli bileşeni olduğu incelenecektir. Anglo-Sakson kökenli çok disiplinli bir alan olan sağlık iletişimi disiplininin içinde “sosyal iletişim” ve “risk iletişimi” kavramlarına da yer verilecektir. Daha sonra da sağlık iletişiminde kullanılan yöntemler olan sosyal pazarlama, medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve halkla ilişkiler, örneklerle incelenecektir.

Üçüncü bölümde ise sağlık iletişiminin, sağlığın geliştirilmesinde kullanılmasının nasıl bir “iletişim ortamı”nda işlev kazanması gerektiği ele alınacaktır. Bu amaçla, kamu sağlığı enformasyonu ve medya arasındaki ilişki; enformasyon kaynağı, enformasyonun içeriği, kontrolü ve alıcısı bağlamında incelenecektir. Kamu sağlığı enformasyonunun iletilmesindeki en önemli kaynak olan medyanın; hem kamu sağlığını olumsuz yönde etkileyecek mesajların (alkol ve sigara tüketimine, hızlı araba kullanmaya, dengesiz beslenmeye vs. özendirici mesajlar), hem de bireyleri olumlu sağlık davranışına yöneltebilecek mesajların iletildiği bir ortam olması paradoksu irdelenecektir. Çevremizdeki bol ve düşük kaliteli sağlık enformasyonunun, sağlık konularını bireylerin kişisel alışkanlıkları ve şahsi sorumlulukları üzerine yoğunlaşarak basite indirgermesi, medyanın sağlık ve hastalıkla ilgili konuları aktarırken “bilgilendirme” işleviyle değil, “duygusallık” ve “sansasyonizm” boyutuyla hareket etmesi sağlık iletişiminin önündeki en önemli engeldir. Bilimsel enformasyonların iletilmesinde mizenformasyon ve dezenformasyonun kamu sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanısıra küreselleşmenin de özellikle “enformasyon yoksulları” ve “enformasyon zenginleri” arasındaki “bilgi uçurumu”nun açılmasındaki olumsuz katkıları da yine bu bölümde ele alınacaktır.

Sağlık iletişiminde kullanılan kuramların ve örneklerle sağlık iletişimi kampanyalarının ele alınacağı dördüncü bölümde ise; bireylerin olumlu sağlık davranışına yöneltilmesi için gerçekleştirilecek faaliyetlerin hedefine ulaşabilmesinde öncelikle bu davranışın oluşma süreci incelenecektir. Sağlık ve davranış arasındaki ilişki, sağlık

iletişiminin anahtarıdır. Bu amaçla, sağlık ile ilgili davranışsal kuram ve modeller ile arzu edilen davranışlara ulaşmada yararlanılan kitle iletişim araçlarının etkileri ile ilgili kuramlar örneklerle ele alınacaktır. Ayrıca sağlık iletişimi kampanyası süreci, evreleriyle ortaya konulacak ve örnek olarak Türkiye’den bazı sağlık iletişimi kampanyaları da örnek olarak ele alınacaktır.

Sonuç bölümünde ise sağlık iletişiminin, sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerine nasıl katkıda bulunduğu ve medyada yer alan sağlık enformasyonlarının sağlıkla ilgili davranışlar üzerindeki etkileri ile ilgili elde edilen sonuçlar aktarılacaktır.



1. SAĞLIĞA İLİŞKİN TEMEL YAKLAŞIMLAR VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Sağlık, toplumu oluşturan bireylerin en önemli gündem maddelerinden biri ve kamusal güçlerin eylem alanıdır. Sağlığın bugüne kadar evrensel bir tanıma ulaşamamıştır, ancak “temel insan hakkı” olması nedeniyle demokrasilerin ortak ve vazgeçilmez ögesidir. Sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanması, insanlığın ilkçağlardan günümüzün küresel ölçekli düzenine yaptığı yolculukta çeşitli evrelerden geçmiştir. Sağlığın baskın tanımlarında “tıbbi model”in kullanılması bugün hem yetersiz kalmakta hem de çeşitli sakıncalara neden olmaktadır. Sağlığı, tıbbileştirmeyi yadsımadan daha holistik (bütüncül) açıdan ele alan “sosyalleştirilmiş” modeller, sağlığın geliştirilmesi çabalarının da temelini oluşturmaktadır. Ayrıca 21.yy.da sağlık kavramının hastalık kavramının önüne geçtiği görülmekte, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde devletin yanı sıra özel sektöre de sorumluluğun paylaştırılması söz konusu olmaktadır.

1.1. İnsan Hakkı Olarak Sağlık

Temel bir insan hakkı olan sağlık, diğer insan haklarının uygulanabilmesi için gereklidir. Beslenme, barınma, çalışma, öğrenim, yaşama, ırk ayrımcılığına ve işkenceye uğramama, özel yaşama saygı, bilgi edinme, toplanma ve gösteri yürüyüşü hakları gibi hak ve özgürlüklerin gerçekleşmesi, sağlık hakkı ile yakından ilgilidir ve ona bağımlıdır¹.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin (1948) 3. maddesinde "Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır" denilmektedir. Birey, doğuştan gelen bu yaşam hakkının yanı sıra "sağlık" hakkına da sahiptir. Bildirinin 25. maddesinde "Herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık,

¹ "The Right to the Highest Attainable Standard of Health", General Comment: No.14, Committee on Economic, Cultural and Social Rights, 2000, <http://www.un.org>, (18.02.2004), s.1-2.

sakatlık dulluk, ihtiyarlık veya geçim olanaklarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır" denilmektedir².

"Sağlık hakkı" ekonomik, sosyal ve kültürel hakları kapsayan ikinci kuşak insan hakları arasındadır. Bu kuşaktaki haklar, birinci kuşak haklardan farklı olarak *"kişilerin tek başlarına gerçekleştirmeleri mümkün olmayan haklardandır ve Devletin olumlu bir edimde bulunarak, hakkın gerçekleştirilmesine aktif olarak katılma gerekliliği açısından medeni ve siyasal haklardan ayrılırlar"*³.

Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesinin (1966) 12. maddesinin 1. fıkrasında: "Bu sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkını tanır" ifadesi ile sağlık hakkının bir tanımlaması yapılmış ve sağlığın korunması hakkı sınırlandırılmamıştır. Yine aynı maddenin 2. fıkrasında ise "Bu sözleşmeye Taraf Devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler;

- a) Ölü doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi önlemler alınması;
- b) Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi;
- c) Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi, sağılması ve denetlenmesi;
- d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli şartları içerir"⁴ denilerek insanın sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için, sağlığı geliştirme çalışmaları kapsamında Taraf Devletlerin yükümlülükleri belirtilmiştir.

² "Universal Declaration of Human Rights", 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>, (15.02.2004).

³ Melike Batur Yamaner, "Uluslararası Hukukta Düşünceyi Açıklama ve Yayma Özgürlüğünün Sınırlandırılması Sorunu", İÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2001, s.5-6.

⁴ Burhan Kuzu, Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat, İstanbul: Filiz Kitabevi, 1997, s.742.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesini takviye eden ve Avrupa Konseyi ülkelerinde uygulanmakta olan Avrupa Sosyal Şartı (1961) ise madde 11 ile "Sağlık korunması hakkının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere, Akit Taraflar, ya doğrudan doğruya ya da kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde diğer tedbirlerin yanısıra:

1-sağlığın bozulmasına yol açacak nedenleri mümkün olduğu kadar ortadan kaldırmak;

2-sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında bireysel sorumluluğu teşvik etmek üzere danışmanlık ve eğitim kolaylıkları sağlamak;

3-salgın, bölgesel ve diğer hastalıklar ile kazaları mümkün ölçüde önlemek;

üzere tasarlanmış uygun tedbirler almayı taahhüt eder"⁵ denilerek sağlığın korunması ve geliştirilmesinde kamusal ve özel sektörün birlikte sorumluluk taşıması gerektiği kabul edilmiştir.

Yukarıda sayılan ve Türkiye Cumhuriyeti'nin de Akit Taraf olduğu uluslararası sözleşmelerin yanısıra, TC Anayasasının (1982) 17. maddesinde: "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir" ve yine Anayasanın 56. maddesinde de: "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir..." denilerek sağlığın bir anayasal hak olduğu ifade edilmektedir.

Görüldüğü gibi sağlık; uluslararası belgeler ve sözleşmelerle, anayasa metinleriyle temel insan hakkı olarak tanımlanmıştır. Sağlık hakkının, içinde yaşanılan ülkenin sosyo-ekonomik yapısına bağımlı olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca yine bu metinlerle, ikinci kuşak bir sosyal hak olması nedeniyle sağlığın korunması ve geliştirilmesinin de devletin sorumluluğunda olduğu ifade edilmiştir. Devlet, 21.yy.da küreselleşmenin bir sonucu olarak (veya küreselleşme nedeniyle) bu sorumluluğunu özel sektörle paylaşma durumundadır. Bu durum özellikle de sağlığın geliştirilmesi çabalarında ön plandadır.

⁵ Avrupa Sosyal Şartı, Çev. Bülent Çiçekli, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2001, s.161.

1.2. Sağlık Kavramının Tanımlanması

Sağlık kavramının sosyal bir hak olarak tanımlanmasının ardından, sağlık tanımlarını ve modellerini incelemeden önce kelimenin etimolojik yapısına bakacak olursak, kelimenin Türkçe'de "sağ olmak, "hayatta olmak" kökeninden geldiği görülmektedir⁶. İngilizcede ise sağlık (*health*) kelimesi, eski İngilizcedeki *heal* (*hael*) kökünden gelmektedir ve "whole" (bütün) anlamındadır. Sağlığın bir bütün olarak kişiyi ve onun sağlamlığını, sıhhatli oluşunu ya da iyilik halini işaret eder⁷. "Whole" kelimesine baktığımızda ise "hole" (dinç, zinde) kökünden geldiği görülmektedir ve bu kelime de kaynağını "holy" (kutsal) kavramından almaktadır. Kutsallık özellikle de Anglo-Sakson dillerinde sağlıkla aynı kökenden gelmektedir. Bu din-sağlık ilişkisi yüzyıllarca sürmüştür ve halen de bazı kültürlerde bu yakınlık devam etmektedir⁸.

Mathien'e göre sağlık kelimesi anlam bakımından oldukça zengindir: umut ve ideallerin yanısıra kaygı, korku ve hatta bireylerin beden ve ruhen kurbanı olabilecekleri saldırılar açısından bu anlamlar çeşitlenmektedir. Herkesin bu konuda söyleyecek birşeyleri vardır ve herkes kendi mutluluk algılamasına göre buna bir şeyler ekleyebilir. Aristocu mutluluğun da bir "koruma" ve "yaşam kalitesi" ideolojisine bağlı olduğunu burada hatırlayabiliriz. Günümüzün reklam ve halkla ilişkiler kampanyaları da Aristocu mutlulukta tarif edilen bu konseptleri giderek daha sofistike bir biçimde kullanmaktadırlar⁹.

Sağlık kavramı her ne kadar kültürden kültüre farklılık gösteriyorsa da, insan olmanın evrensel bağlamı nedeniyle sağlığın da evrensel tanımının yapılması gerekmektedir. Ancak bu gereklilik kendi içinde bazı zorlukları da beraberinde getirmektedir. Sağlıkla ilgili tanımlara baktığımızda sağlıklı olmanın ne demek olduğu, sağlığı korumanın kimin sorumluluğu olduğu, hastalık ve rahatsızlığın nasıl yorumlanması

⁶ Zuhâl Baltaş, *Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000, s.34.

⁷ Jennie Naidoo ve Jane Wills, *Health Promotion: Foundations for Practice*, London: Ballière Tindall, 2000, s.5-6.

⁸ Baltaş, s.34.

⁹ Michel Mathien, "La Santé Dans La Quête du Bonheur Dans La Cité", Michel Mathien (ed.), *Médias, Santé, Politique*, Paris: L'Harmattan, 1999, s.12-13.

gerektiğine dair karmaşık fikirler barındırdığı görülmektedir. Bu tanımlamalar, geniş bireysel, sosyal ve kültürel yorumlamaların öznesi durumundadır¹⁰. Ayrıca sağlığın evrensel tanımına ulaşmada ideal, ütöpik bazı kavramlaştırmalar da söz konusu olabilmektedir.

Her toplum kültürel mirası doğrultusunda sağlık ve hastalık kavramlarını ele alır. Örneğin Ashanti kabilesinde hastalıklar insani ya da doğaüstü kötücül etkilere kaynaklanır. Teşhis, kimin bunlardan etkilendiğini bulma meselesidir. Tedavide ise bu ruhları barındıranlar için tören yapılır. Geleneksel Çin tıbbı ise “Yin ve Yang” dikotomisi üzerine kurulmuştur; erkek ve kadın, sıcak ve soğuk gibi. Bunlar semptomlara, diyet ve tedavilere uygulanır. Örneğin akupunktur ve bitkisel Çin alternatif tedavisi bu dikotomiden kaynaklanır¹¹. Günümüzde farklı kültürlerde farklı hastalık tanımlamaları mevcuttur, hatta bir kültürdeki alt gruplar arasında, aynı evde yaşayan farklı kuşaklardan aile bireylerinin bile sağlık ve hastalığı tanımlamaları arasında çeşitlilikler söz konusu olabilmektedir¹².

Bu noktada sağlığın modern konseptleri ele alınırken iki farklı ama birbiriyle ilintili disiplinden yararlanıldığını belirtmek gereklidir: tıp ve kamu sağlığı. Tıp, bireylerin sağlığı üzerinde yoğunlaşırken, kamu sağlığı popülasyonların sağlığı üzerinde durur. “İnsanların sağlıklı olabilecekleri şartları sağlama” olarak tanımlanabilen kamu sağlığının; sağlığı geliştirme amacı vardır. Kamu sağlığı bakış açısıyla sağlığın temel şartlarından birini tıbbi ve diğer sağlık hizmetlerinin edinebilirliği oluştursa da, sağlık hizmetinin sağlık için gerekli olduğu ama yeterli olmadığının da altı çizilmelidir¹³.

Sağlık kavramının tanımlanmasında öncelikle sağlık algılamalarının çıkış noktasını oluşturan hastalık ve rahatsızlık kavramlarının günümüze kadar geçirdiği anlamsal süreç ele alınmalıdır.

¹⁰ L. Jones, “What is Health?”, *Promoting Health: Knowledge and Practice*, Jeanne Katz, Alyson Peberdy ve Jenny Douglas (ed.), UK: MacMillan / The Open University, 2000, s.23.

¹¹ Naidoo ve Wills, s.20.

¹² Zafer Cihirlioğlu, *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001, s.43.

¹³ Jonathan M. Mann ve Diğerleri, *Health and Human Rights*, London: Routledge, 1999, s.8.

1.2.1. Sağlığı Tanımlamada Hastalık ve Rahatsızlık Kavramları

İlkçağlarda kötü ruhlar, cinler ve kötü niyetli kişilerin bakışlarının (nazar) hastalıklara neden olduğu kabul ediliyordu. Salgın gibi durumlarda ayinler yapılıyor, büyücülerden yardım isteniyordu¹⁴. İlkçağların hastalık nedeni doğüstü güçlerin etkileriydi ve hastalığın tanımı günümüzdeki tanımından oldukça farklıydı.

Tarihte hastalık kavramının geçirdiği süreci araştıran Locker'a göre hastalık kavramı ilkçağlardan itibaren birkaç aşamadan geçtikten sonra günümüzdeki anlamına sahip olabilmıştır. M.Ö.5.yy.da Hipokratik yaklaşıma göre sağlık, insanın çevresindeki ısı, rüzgar, toprak, yiyecekler ile kendisine ait yeme-içme alışkanlıkları, cinsel yaşam, çalışma ortamı gibi bir dizi özel şartlar arasındaki dengeden oluşmaktadır. İnsanın çevresi ile etkileşimine bağlı olarak kurulan iç dengesi, dört sıvı ile (kan, balgam, sarı safra ve siyah safra: sırayla hava, su, ateş ve dünya ile ilişkilendirilmiştir) kendini göstermektedir. Yani kısaca hastalıkların doğal nedenlerden meydana geldiği ve mevsimler ya da elementler tarafından etkilenen bu dört sıvının arasındaki dengesizliğin sonucu olduğuna inanılıyordu. Benzer ilişkiye çok daha önceki dönemde doğuda gelişen geleneksel Çin tıbbında da rastlanmaktadır. Çin düşüncesine göre insan vücudu birbirini tamamlayan ve çevre ile dinamik denge içinde bulunan bir dizi sistemden oluşmaktadır. Kötü beslenme, yetersiz uyku, yetersiz hareket ve aile içi, toplum içi uyumsuzluklar dengeyi bozmakta, hastalıklara neden olmaktadır¹⁵.

Yine modern tıbbın ortaya çıkışına kadar hastalıklar; ruhsal ve mekanik güçlerin bir ürünü olarak düşünülmüştür. Hastalıklar ya yukarıda anlatıldığı gibi vücudu meydana getiren öğelerdeki dengesizlikten ya da kişilerin günahkâr davranışlarından ötürü Tanrı'nın kendilerine verdiği ceza şeklinde ele alınmıştır. Örneğin 14. ve 15.yy.larda Avrupa'da Kara

¹⁴ Nusret Fişek, "Sağlık Nedir?", <http://www.hipokrat.org/menu/saglik/saglikgenel/sagnedir.html>, (30.07.2003), s.2.

¹⁵ Kath Woodward ve Stuart Watt, "Science and Society: Knowledge in Medicine", An Introduction to the Social Science: Understanding Social Change, David Goldblatt (ed.), London: Routledge/Open University, 2000, s.11-12. ve Osman Hayran ve Haydar Sur, Hastane Yöneticiliği, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1998, s.3-6.

Ölüm olarak adlandırılan ve 25 milyon kişinin ölümüne neden olan veba salgını; günahların bedeli veya bundan 5 yüzyıl sonra; 19.yy.ın ikinci yarısında yaygınlaşan kolera salgını ise zayıf ahlâktan ve çevrede bulunan çürüyen organizmaların havayı kötüleştirmesinin bir sonucu olarak açıklanmaktaydı.

Aydınlanma ve bilimsel buluşlar hastalık kavramının açıklanmasında dini değil, rasyonaliteyi referans alacaktır. Locker, hastalığın kavranmasında kartezyen düşüncenin çok önemli bir rol oynadığını belirtir. Bu düşünceye göre vücut ve ruh birbirinden bağımsızdır. Bu dönemde mikroskop gibi aletlerin bulunmasıyla birlikte (1696) hastalıkların mikrobiyolojik kökenlerinin incelenmesi için uygun bir ortam sağlanmıştır. Yani 17.yy.ın ikinci yarısında mikropların hastalıkların nedeni olduğu keşfedilebilmiştir. Sonuç olarak vücut artık kendi içinde işleyen ve kendi kuralları olan bir bütün olarak düşünülmeye başlanmıştır ve özellikle de büyük salgınların nedenleri ve kontrolü hakkında pek çok bilgi edinilmiştir. 18.yy. ile birlikte tıp bilimi ilk kez organize bir şekilde hastalığın sosyal nedenleriyle ilgilenmeye başlamıştır (Royal College-Londra). 19.yy.a gelindiğinde ise hastalık nedenlerinde değişiklikler görülmeye başlanmış ve özellikle de Endüstri Devrimi'ni tamamlamış ülkelerde yeni kamu sağlığı problemleri (akciğer kanseri, trafiğe bağlı yaralanmalar, duygusal rahatsızlıklar vs.) ortaya çıkmıştır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise halen pek çok enfeksiyon hastalığına çare bulunamamaktadır. 20.yy. ile birlikte özellikle beslenme ve hastalıklar arasındaki ilişkiler ağırlık kazanmaya başlamıştır. Vitaminlerin artan önemi, beslenme ile kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, gastrointestinal kanser arasındaki ilişkiler gibi konuların ortaya konulması söz konusu olmuştur. Ayrıca davranışın hastalık üzerindeki rolü araştırılmış ve en önemlisi de sağlık kavramı artık hastalık kavramının önüne geçmiştir¹⁶. Lucien Sfez'in ifade ettiği gibi; beden hakkında düşünmemizdeki, onu tedavi etmemizdeki eski yöntemler, hastalıkla ve ölümle şimdiye kadar karşı karşıya geldiğimizde yaptıklarımız ve bu konularla ilgilenen meslekler artık yeni paradigmalara cevap verememektedir¹⁷. Bir diğer önemli nokta da 11 Eylül

¹⁶ Cihniioğlu s.25 ve John M. Last, *Public Health and Human Ecology*, New Jersey: Prentice-Hall, 1987, s.2-3.

¹⁷ Lucien Sfez, *La Santé Parfaite*, Paris: Edition du Seuil, 1995, s.45.

2001'de ABD'de İkiz Kulelere yapılan saldırıdan itibaren sağlığın tanımlanmasında yiyecek, barınma ve tıbbi bakım sağlanması gibi bileşenlerin yanısıra terörizme ve biyokimyasal savaşa karşı "güvenliğin" de eklenmiş olmasıdır¹⁸. Tabii ki aynı "güvenlik" kavramı, savaşlarda sivil halkın sağlığı için de geçerli olmak zorundadır.

1.2.2. Sağlığın Negatif Tanımlamaları

Hastalığın tanımlanmasının, sağlık kavramının günümüze kadar kazandığı anlamı ortaya koymadaki önemini daha iyi anlayabilmek için sağlığın günlük kullanımda negatif ve pozitif olmak üzere iki anlamı üzerinde durmak gereklidir. Sağlığın negatif tanımlanmasında, rahatsızlık ya da hastalığın olmaması kastedilmektedir¹⁹. Yani en basit ifade ile hasta değilsek, sağlıklıyızdır.

Dominant tanımlama olarak kabul edilen sağlığın negatif tanımlanmasında hastalık, sakatlık, rahatsızlık ve özürlü olmaktan sözedilebilir. Ayrıca uzun ya da kısa süre için bunlardan biri ya da bir kaçının bir arada olması söz konusudur. Kişi, teşhisi konulan bir rahatsızlık nedeniyle kendisini hasta hissedebilir ya da rahatsızlık hissetmeden hasta olabilir. Örneğin kişinin derisinde yalnızca bir leke olarak duran, aslında presemptomatik bir kanser olabilir. Bir diğer kişi rahatsızlığı ya da hastalığı olmadan kendini hasta hissedebilir ya da hasta görülebilir, durumsal olarak depresyonda olabilir.

İngilizce'de *disease* (hastalık) "*desaise*" kelimesinden gelmektedir. Rahatsız olma, huzursuzluk anlamındadır. *Illness* (rahatsızlık) ise zarar ya da ağrıya neden olan durumu ifade eder. *Ill-health* (nesnel hastalık) ise örneğin mikroskobik analiz gibi kabul edilmiş yöntemlerle hücre yapısındaki değişikliklerin kanıtının ortaya konulduğu durumdur ki bu da kanser teşhisinin ortaya konulması ile sonuçlanır. *Ill-health* (nesnel hastalık), rahatsızlık ve hastalığı içermektedir. Hastalık, sağlığın kaybedilmesinin öznel deneyimidir²⁰. Başka bir deyişle bu iki terim hastalıkların "organik" kökenleri ile "psiko-sosyal kökenleri"

¹⁸ Patricia Geist-Martin, Eileen Berlin Ray ve Barbara F. Sharf, *Communicating Health: Personal, Cultural and Political Complexities*, California: Wadsworth Publishing, 2002, s.8.

¹⁹ Naidoo ve Wills, s.6.

²⁰ Naidoo ve Wills, s.7.

arasındaki farkı ayırdetmede kullanılmaktadır²¹. Hastalık, belirti ile gelen nesnel patoloji, rahatsızlık ise semptomla gelen öznel patoloji olarak tanımlanabilir. Cassell de rahatsızlığı “doktora gittiğine hastanın ne hissettiği”, hastalığı ise “doktordan dönerken neyi olduğu” şeklinde ele almaktadır²². Türkçede hastalık ve rahatsızlık kavramları günlük dilde belirgin bir ayrım dikkate alınmadan kullanılmaktadır.

Rahatsızlık (*illness*) hastalıktan (*disease*) daha az teknik bir kavramdır. Rahatsız olmak ve rahatsız hissetmek arasındaki fark, nesnel ve öznel olan arasındaki farktır. Kimi zaman geçici ve kalıcı ve kimi zaman da zihinsel ve fiziksel olan arasındaki farktır. Herhangi bir organik neden olmadan da ağrı duyulabilir. Ağrının kendisi rahatsızlık oluşturabilir. İstenmeyen bir durumdan söz etmek mümkündür.

Normal ve anormal olarak kabul edilen durumlar da görecelidir. Yaşlanmanın etkilerini diyet ve egzersizle ya da hormon terapisiyle azaltmak, yaşlılarda görülen eklem rahatsızlığı ile gençlerde görülene doktorlar aynı çabayı göstermezler çünkü yaşlılardan çok fazla hareket etmeleri beklenmemelidir, bu durum yaşlılarda normal kabul edilir.

Bazı deformasyonlar, örneğin kalpte delik olması sağlığın kötü olması demektir. Ancak doğuştan sağır doğan çocuğa sağlıksız diyemeyiz. Hasta olmak aslında durağan bir durum değildir, iyiye ya da kötüye gidebilir. Sağır çocuğun durumu ise sabit bir özürdür. Ancak deformasyonu olan biri sağlıksız olarak görülüyorsa bu, doktorların estetik cerrahi ile durumu düzeltmeye çalışamayacakları anlamına gelmez. Deformasyona uygulanabilen bazı noktalar yaralanmalara da uygulanabilir. Bazen kötü bir şekilde sakatlanan biri hasta olarak tanımlanabilir. Bu durumda diğer hastalıklardaki aynı çeşit yetersizliklerden çekiyordur; güçsüzlük, bilincini yitirme vs. Ancak kapasite yoksunluğu sakatlığın asıl nedeniyse kişinin sağlığı iyi olarak da tanımlanır. Ayağını kırmış kayakçı yürüyemeyebilir ama sağlıklı olabilir. Doktor, sağlığın restorasyonu ile değil, bütünlüğün restorasyonu ile ilgilenir.

²¹ Cırhinlioğlu, s.28.

²² Belma Akşit, “*Tophum, Kültür ve Sağlık*”, *Yeni Türkiye*, S.39, Mayıs-Haziran 2001, s.19.

Fiziksel anormal şartların (hastalık ya da deformasyon gibi) ve/veya istenmeyen şartlar (deride kızarıklık gibi) ve/veya yoksun bırakan şartlar (kalçadaki sakatlıklar gibi). Bunların herbirini zihinsel ve sosyal sahalara taşımak da mümkündür. Sağlığın negatif tanımlarında fiziksel, zihinsel ve sosyal görünümün birbirine bağlıdır: ciddi bir fiziksel rahatsızlık, zihinsel rahatsızlığa neden olabilir. Aynı şekilde zihinsel bir rahatsızlık da fiziksel bir rahatsızlığa (örn. başarısız bir intihar girişimiyle sakatlanma) ya da sosyal bir engele neden olabilir. Buna benzer şekilde sağlığın negatif boyutunun belirleyicileri olarak kabul edilen fiziksel, zihinsel ve sosyal faktörler; sağlığın diğer durumlarını bozabilir. Sözgelimi düşük SES (sosyo-ekonomik statü), geniş ölçüde fiziksel ve zihinsel sağlık problemleriyle bağlantılıdır²³. Sağlığın negatif tanımlamaları, sağlığın tıbbi ölçütlerle değerlendirilmesi ile sonuçlanmaktadır.

1.2.3. Sağlığın Pozitif Tanımlamaları

Sağlığın pozitif tanımlamasından kasıt “iyi olma hali”dir. WHO'nun (World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü) 1948 yılında kabul edilen Anayasasının “Giriş” (Preamble) bölümünde “sağlık, yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halidir”²⁴ denilerek, sağlık tanımına “hasta olmayan insan sağlıklıdır” ifadesinin ötesinde dışsal, yani toplumsal, ekonomik, hatta politik etkenler de katılmıştır. Burada sağlığın negatif tanımlamalarından ayrılan en önemli özellik, sağlığın negatif tanımlarında önceleri hep tıbbi ve biyolojik parametreler kullanılırken pozitif tanımlamalarda fiziksel, zihinsel, ve sosyal unsurlar birarada kullanılmaktadır. Böylelikle bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileşimleri söz konusu olmaktadır²⁵.

James S. Larson'ın sağlığa ilişkin temel yaklaşımlarını ele aldığı dört model olan; Tıbbi (medikal ya da biyomedikal) Model, WHO Modeli (biyo-psikososyal model), İyilik

²³ R. S. Downie, Carol Tannahill ve Andrew Tannahill, *Health Promotion: Models and Values*, 2. Baskı, Oxford: Oxford University Press, 1996, s.10-17.

²⁴ WHO Constitution, Geneva, 1948, <http://www.who.int/governance/en>, (12.11.2002).

²⁵ İlker Belek, Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik, İstanbul: Der Yayınları, 1993, s.26.

Hali (*wellness*) Modeli ve Çevresel Uyumlanma (*environmental adaptation*) Modellerine kısaca bir gözatalım:

Tıbbi Model: Sağlıklı yapının normal işleyişi fiziksel, genetik, kimyasal gibi iç ve dış etkenler nedeniyle bozulur, kişi hasta olarak kabul edilir. Yaklaşımın temelinde “normal” kavramı yer almaktadır ve dolayısıyla da hastalıklar “normal” durumdan sapmayı yani “anormal” durumu ifade etmektedir. Doktor da bu “anormal” duruma teşhisi koyar ve uygun tedaviyi, müdahaleyi yapar.

WHO Modeli: WHO’nun yukarıdaki sağlık tanımından hareket eder. Biyo-psikososyal model olarak da adlandırılır. İyilik halinden kastedilen kişinin öznel algılamasına da yer veren “rahatsızlığın olmayışı”dır. Bu model fazla idealistik olduğu için eleştirilmektedir. Ancak farklı sağlık boyutlarını ve farklı disiplinleri biraraya getirmesi önemlidir.

İyilik Hali Modeli: WHO’nun tanımlamasındaki iyilik halinden farklı olarak bu modelde sağlık, zihinsel ve bedensel olarak hastalıklarla başetme kapasitesidir. Öznel algılama, gayret, dini inançlar, telkin, zihinle beden arasındaki ilişki bu modelde önem kazanmaktadır.

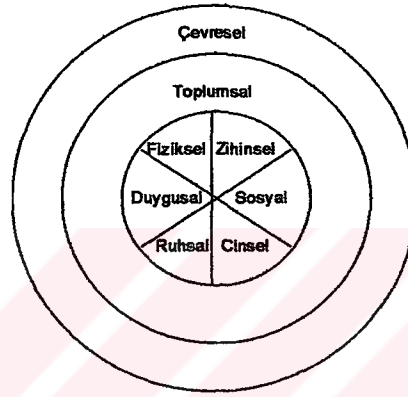
Çevresel Uyumlanma Modeli: Tıbbi model içinde de ele alınabilir. Bu modele göre sağlık, bireyin içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevreye uyumlanma kapasitesi ile ilgilidir. Örneğin birey, fiziksel ve duygusal streslerle karşılaştığında uyum sağlayamıyorsa hastalanmaktadır.

Sağlıkla ilgili modeller yukarıda ayrıntılarıyla ele alınan hastalık ve rahatsızlık kavramlarının ve dolayısıyla da sağlığın negatif ve pozitif tanımlamalarının ışığında, sağlığın tıbbi ve sosyal modelleri olarak iki başlık altında birleştirilebilir²⁶. Bu da bizi sağlığın tıbbileştirilmesi ve sağlığın sosyalleştirilmesi kavramlarına götürecektir. Ancak öncelikle sağlığın hangi boyutlarda ele alınabileceğini ana hatlarıyla ortaya koymak gereklidir.

²⁶ Sağlık modelleri ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Tuğrul Erbaydar, “Sağlık Kimin İçin?”, *Toplumbilim Dergisi* (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı), S: 13, Temmuz 2001, s.50-54.

1.2.4. Sağlığın Boyutları

Sağlığın hangi boyutlarda ele alınabileceğini belirlemek, günümüzde kavramın kazandığı son derece geniş anlamı ortaya koymak açısından faydalı olacaktır. Naidoo ve Wills, sağlığın bireysel, toplumsal ve çevresel boyutlarını ele alarak bunu bir diyagramla ortaya koymaktadırlar (bkz. şekil.1).



şekil 1. Sağlığın Boyutları

Kaynak: Naidoo ve Wills, s.6.

İçteki daire sağlığın bireysel boyutlarını ifade eder ve 6 düzeyde ele alınabilir.

-Fiziksel sağlık: vücutla ilgilidir (rn.fitness-zindelik, hasta olmama).

-Zihinsel sağlık: olumlu düşünce yapısı ve kişinin kendi değerine inancı (rn: kendini iyi hissetme, sorunlarla başa çıkabilme)

-Duygusal sağlık: duyguları ifade etme yeteneği ve ilişki kurup, sürdürebilme yeteneği (rn. sevildiğini hissetme)

-Sosyal sağlık: aile ve arkadaşlardan destek görme duygusu (rn: konuşacak arkadaşların olması, diğer insanlarla aktivitede bulunmak)

-Ruhsal sağlık: ahlâki ve dini prensipleri ya da inançları uygulamaya koyma ve kabul etme yetisi

-Cinsel sağlık: kişinin cinselliğini tatmin edici biçimde ifade etmesini başarma yetisi ve bunu kabul etmesi.

Toplumsal sağlık ise sağlık ile bir toplumun nasıl yapılandığı arasındaki bağdır ve barınma, barış, yiyecek, gelir gibi basit alt yapıları ve toplum içindeki bütünleşme veya bölünmenin derecelerini içerir. Çevresel sağlık ise insanların yaşadığı fiziksel çevreyi ifade eder ve ev, ulaşım, hijyen, saf su imkânı ve kirliliği içerir. Bu diyagram, sağlığı holistik (bütüncül) açıdan ele almaktadır ve günümüzün sağlığı geliştirme çabalarında yol gösterici olmaktadır.

1.3. Tıbbi Model ve Sağlığın Tıbbileştirilmesi

Batı'nın bilimsel, tıbbi modeli içindeki anlamı sağlığın negatif tanımından hareket eder. Batının bu modeli Avrupa'da Aydınlanma ile birlikte rasyonellik ve bilimin, bilginin biçimleri olarak yükselmesi ile birlikte ortaya çıkar. Aydınlanma ile birlikte dinin yerini bilim almış, mikroskop gibi aletlerin bulunmasıyla birlikte daha önceleri görünmez olan bir "dünya" ortaya çıkarılmış ve gözlemler yapılmıştır. Gözlemlenebilen, ölçülebilen ve sınıflandırılabilen nesnel ve evrensel anlamda "gerçek" olarak tanımlanmıştır²⁷. Kimi görüşlere göre Batı kültüründeki laikleşme süreci gözönünde bulundurulduğunda zaman içinde din olgusu toplumsal işlevini, gücünü kaybetmeye başlamış, tıp da bundan doğan boşluğu doldurmuştur. Turner'a göre, rasyonelleşme medikalizasyonu (tıbbileştirmeyi) da beraberinde getirmiştir. Tıp bu dönemde dinin üstlendiği ahlâki değerin taşıyıcısı olma işlevini yüklenmiştir. Üstelik tıbbın bütün bu etkinlikleri yasallaşmış ve bilimsel bir kisveye bürünmüştür²⁸.

18. ve 19.yy.da bilimsel tıbbi bilgi gelişir ve sağlıkla ilgili eski düşünce biçimleriyle mücadeleyle başlar, aynı zamanda da tıbbi güç büyümeye devam eder (Foucoult 1973).

²⁷ Naidoo ve Wills, s.6-9.

²⁸ Cirhinlioğlu, s.51-52.

Doktorlar insan vücudu üzerinde uyguladıkları kontrolü artırırlar. Sağlıklı insan "normal" işlevleri olan ve patolojik herhangi bir bozukluğu olmayan kişi haline gelir. 20.yy.ın başlarıyla birlikte tıp gücünü sağlık alanında paylaşmaya başlar, diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını etkileyecek hale gelir. Böylelikle tıbbi kavramlar ve uygulamalar genelleşir ve normalleşir. Foucault bunu bir "söylem" olarak tanımlamaktadır.

Sağlığı çok dar bir biçimde tanımlayan tıbbi modelde bireylerin hastalıklarını tedavi etmek asıl aktivitedir. Tıbbi model bireysel olarak hastaya yoğunlaşır, onun tedavisine, hastalığın iyileştirilmesine çalışır²⁹. Bu modelde sağlık sorunları hastalık kategorisinde ele alınır. Bu nedenle endüstri toplumlarında insan bedeni bozulabilen ve tamir edilmesi gereken bir makina gibi algılanır³⁰. Sağlık, tıbbi model bağlamında hastalığın aynada yansıyan görüntüsüdür³¹. Sağlığın tıbbi görüşü kendi içinde da daha ayrıntılı biçimde şu şekilde karakterize edilebilir:

-Biomedikal görüş: sağlık, biyolojik varlıkların bir malı olarak varsayılır.

-Redüksiyonist görüş: sağlık ve hastalık, biyolojik vücudun çok küçük bileşenlerine indirgenebilir.

-Mekanistik görüş: vücudu bir makinaymış gibi kavramlaştırır ve bu yönde davranır.

-Alopatik görüş: karşıtlıklar sistemi gibi çalışır. Vücutta herhangi bir sorun varsa tedavi, hastalığı tedavi etmek için karşıt bir güç kullanmayı içerir.

-Patojenik görüş: yalnızca insanların niçin hastalandıklarıyla ilgilenir³².

Tıbbi modele pek çok eleştiri getirilmiştir. Örneğin Ivan Illich "*Sağlığın Gasprı*" adlı eserinde sağlık kavramının bütünüyle tıbbi bir kavram haline gelişini "sağlığın tıbbileştirilmesi" olarak tanımlamaktadır. Sağlığın tıbbileştirilmesinin son noktasında

²⁹ Jones, "What is Health?", s.29.

³⁰ Erbaydar, s.50.

³¹ Alison Dines ve Alan Cribb, *Health Promotion: Concepts and Practice*, Oxford: Blackwell Science, 1993, s.6.

³² Naidoo ve Wills, s.8-9.

sağlıkla ilgili süreçler bütünüyle tıbbi terimlerle algılanmaya başlanır. Sağlıklı olmak, yalnızca test sonuçlarının normal sınırlarda çıkıp çıkmamasıyla açıklanır. Aslında burada tıbbileştirilen yaşamdır. Yani tıbbi kararların ve tekniklerin; yaşam döngüsünün doğum ve ölüm gibi sıradan evrelerinin çok ötesine geçmesi söz konusudur. Doktorlar herhangi özel bir ahlâki eğitimden geçmedikleri halde, yaşam ve ölüm kararları veren kişiler olarak görülürler. Illich'e göre sağlık otonomi anlamındadır ve bu otonomi ya da sağlık, yaşamın tıbbileştirilmesi ile alt üst edilmiştir. Illich sağlığı yadsıyan tıp kurumunu sağlık için büyük bir tehlike olarak görür ve bu yeni salgına "*Iatrogenesis*" der (Klasik Yunancada *iatros* "hekim", *genesis* ise "köken" anlamındadır). Tıptaki ve ilaç sektöründeki ilerleme yeni hastalıklara yol açmaktadır. Modern tıba karşı güven bunalımı söz konusudur ve Illich, bu epidemiyi durduracak olan etkili gücün de hekim olmayanlarda var olduğu savını ileri sürer. Sonuç olarak sağlık hizmeti standart bir mala dönüşmüş ve tüm acılar da "hastanelik" olmuştur³³. Unutmamak gerekir ki "tıp ne kadar kendi profesyonelliğini ve dokunulmazlığını ilan etmiş olursa olsun, sonuç olarak kendisine hastalar başvurduğu ölçüde inanılabilirliğini ve güvenilirliğini koruyabilecektir"³⁴.

Tıp mesleğinin gücü onun sosyal ve kültürel otoritesinde yatmaktadır. Örneğin doktor teşhis ettiği hastalıkla ilgili olarak hastasının ne yapması gerektiğini söyleyerek davranışı kontrol eder, böylelikle sosyal otorite uygularlar. Tarihe bakıldığında sosyal otorite farklı kaynaklardan gelmektedir: doktorun prestiji ve büyük sosyal statüsünden, "bilimin halesi"nden yani kamunun bilime ve teknolojik ilerlemeye artan saygısından, medyanın bu statüye doktorları konu alan filmlerle, dizilerle vs. katkıda bulunmasından. Bunlara doktorların içinde bulundukları ve hemşirelere, teknisyenlere ve altlarında çalışan diğer personele ne yapmaları gerektiğini söyledikleri tıbbi hiyerarşiden de kaynaklanmaktadır. Sosyal otoritenin yanısıra kültürel otorite de söz konusudur. Bir hasta doktora başvurduğunda, doktor hastanın durumunu teşhis, tedavi edecek, yorumlayacak kişidir. İletişim sayesinde doktor hastanın gerçekliğini tanımlar ve hem kültürel hem de sosyal otorite uygular. Ayrıca tıbbi model, tarih içinde tıp uzmanlarının özellikle de

³³ Ivan Illich, *Sağlığın Gaspi*, Çev. Süha Sertabipoğlu, İstanbul: Ayrıntı Yayınları: 1993, s.11-17.

³⁴ Cirhinlioğlu, s.51.

Latinceyi kullanmalarının ve kendilerine özgü bir üst-dil oluşturmalarıyla bir hegemonya kurmalarına neden olmuştur. Bu hegemonya günümüzde diğer disiplinler tarafından büyük ölçüde kırılmıştır³⁵.

Özellikle günümüz Amerikan kültüründe sağlık ile ilgili konular genellikle hastalıkla ilgili modellerle çerçevelenir. Tıbbi patoloji ile günlük yaşamın sorunlarını ayıran sınırlar gittikçe bulanıklaşmaktadır. Topluma yerleşmiş tıbbi bakış açısı nedeniyle günlük yaşamda kullanılan metaforlar sağlıkla ilgili olmayan alanların istilası ile karşı karşıyadır. Susan Sontag (1978) tıbbi figürlerin popüler uygulamasının konuşmayı nasıl etkilediğini ele alır. Sontag, bilgisayarların “bulaşıcı virüslerle enfekte olduğunu” ve böylelikle de içlerindeki enformasyon için öldürücü olabildiğini, Nixon yönetimindeki Watergate skandalının Amerikan başkanlık sistemindeki bir kanser olarak ele alındığını (tıpkı Clinton’ın Kongre’deki savunması gibi) belirterek, bu tür negatif, figüratif bir dilin kullanılmasının AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) ya da kanser gibi ölümcül hastalıklara yakalanmış kişiler üzerindeki olumsuz etkilerinin önemine değinmektedir.

Tıbbileştirme sonucunda, insan gelişmesinin sıradan ve yaşamsal durumları (menopoz, kısırlık gibi) doktorların ve diğer sağlık profesyonellerinin uzmanlık konusu haline gelmiştir. Örneğin menopoz gibi doğal bir yaşamsal durumda hormon replasman tedavisi (Hormon Replacement Therapy-HRT) bugün tartışılan bir konudur. HRT kimi doktorlarca gereksiz bulunmakta, kimi araştırmalar sonucunda da meme kanserine neden olduğu ortaya konulmaktadır. HRT ile ilgili olarak farklı kaynaklardan gelen farklı enformasyonlar söz konusudur: bilimsel çalışmalar, kitle iletişimi mesajları, profesyonel öğütler ve kişisel enformasyonlar³⁶.

Pek çok batı toplumunda sağlık hizmeti uygulamalarındaki dominant profesyonel görüş olan tıbbi model son derece etkilidir. Medya da sağlık konularıyla ilgili belgesellerde, haberlerde, hastane dramalarında vs. genellikle bu görüşü yansıtır. Kısaca tıp, medya

³⁵ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.104.

³⁶ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.11. ve HRT ile ilgili son araştırmalar ile ilgili bkz. The Guardian, “Another Cancer Blow to HRT”, 3 February 2004, s.3. ve s.290-291.

tarafından sosyal ve ideolojik bir güç olarak büyütülmektedir. Böylelikle de tıbbi model toplumun geniş kesimlerinde de kabul edilen görüş haline gelir³⁷. Karpf (1988) da “*Doctoring the Media*” adlı eserinde tıbbın, medya tarafından sosyal ve ideolojik olarak güçlendirildiğini ve büyütüldüğünü aktarmaktadır.

1.2.4. Sosyal Model ve Sağlığın Sosyalleştirilmesi

Sağlığın sosyal modelini tanımlamadan önce, tıbbi model ile sosyal model arasında arasında bir geçiş görevi gören *salutogenesis* (sağlığın kökenini arama) kavramı üzerinde durmak gereklidir. Bu kavram bir köprüye benzetilebilir. Antonovsky’nin 1993’de yaptığı araştırmada insanları neyin hasta ettiği değil (tıbbi modelde olduğu gibi), insanı neyin sağlıklı kıldığı incelenir. *Salutogenic* paradigma, bazı insanların nasıl sağlıklı kaldıkları, stres gibi etkenlerin hayatın kaçınılmaz durumları olduğu üzerinde durur. Yani merkezi nokta davranışsal immünolojidir³⁸.

Sosyal model sağlığın çok nedenli teorilerinin mantığını benimser ve sağlığın biyolojik faktörler kadar politik, ekonomik, sosyal, psikolojik, kültürel ve çevresel faktörlerce etkilendiğini ortaya koyar. Eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve eşitliği sağlamak sosyal modelde önemlidir. Sosyal model tıbbi modeli dışlamaz, ancak sağlık ve hastalığın içinde olduğu sosyal ve çevresel yapıyı tanımlamak ve geliştirmek için tıbbi modele büyük katkıda bulunur. Kelly ve Charlton gibi sosyologlarca (1995) sosyal modele getirilen eleştirilerde şöyle denilmektedir: “*Tıbbi modelde patojenler; mikroplar, virüsler ya da hücresel yeniden üretimin hatalı çalışmasıdır. Sosyal modelde ise kötü barınma, yoksulluk, işsizlik ve güç yoksunluğudur. Söylem farklı olabilir, ancak epistemiyoloji aynıdır. Sosyal model bizim görüşümüze göre itibarı sarsılmış tıbbi modele alternatif değildir, suç ortağıdır*”.

Sosyal tıbbın kurucularından Rudolph Virchow’a göre sağlığın toplumla doğrudan ilişkisi vardır: sosyal ve ekonomik şartların sağlık üzerinde önemli etkileri vardır, bu

³⁷ Naidoo ve Wills, s.9

³⁸ Jones, “*What is Health?*”, s.31.

nedenle de bir hastalıkla mücadelede atılacak adımlar tıbbi olduğu kadar sosyal de olmalıdır³⁹. Cırhinlioğlu da insan sağlığını etkileyen faktörlerin araştırılmasında sosyolojik bakış açısını gerekli görmektedir. Hastalıkların tedavisinde, önlenmesinde kullanılacak verilerin sosyoloji alanında üretildiğini belirten Cırhinlioğlu, sigara bağımlılığı konusunda kişiyi sigara içmeye iten etkenlerin, dolayısıyla da sağlığını tehlikeye atmasının nedenlerinin (ailesel sorunlar, taklit, büyüklere özenme vs.) araştırılmasının tedavi için en önemli enformasyonu oluşturduğunu ifade etmektedir⁴⁰. Tıbbi model tek başına burada yetersiz kalmaktadır.

Sosyal modelin pozitif sağlık ve sağlığı geliştirmede; yaygın yapısal ve stratejik müdahalelerde büyük etkisi vardır. Sağlık otoritelerine, hükümet kuruluşlarına, gönüllü ve ticari organizasyonlara ihtiyaç üzerinde durur. Sağlığın sosyal modeli, sosyal ve politik değişime açık taahhütte bulunur ve sağlığı etkileyen sosyo-ekonomik faktörlere yoğunlaşır. Sağlığın tıbbi ve sosyal modeli arasında hastalıkların önlenmesi, risk ve sağlık hedefleri açısından paylaşılan çıkarlar vardır⁴¹. Eğer insanlar sağlığın sosyal bir konu olmasındansa, öncelikli olarak kişisel bir konu olduğuna inanırlarsa, kamu politikasına yönelik eğilimler sınırlı olacaktır. Sonuç olarak bireylerin sorumluluklarını güçlendirmeye yönelik yaklaşımlar üzerinde durulacaktır. Bu noktadaki seçim politik açıdan önemlidir çünkü politikaya yönelik yaklaşım, sorumluluğu; hükümet, iş dünyası ve birey arasında eşit olarak paylaşılmış görür⁴². Sağlığın sosyal belirleyicileri olan sosyo-ekonomik durum (gelir, eğitim, barınma koşulları, sosyal değerler), kültür (medya, gelenekler, dinsel inançlar, değerler, sosyal kurumlar, politik sistem), sosyal ağ (okul, iş, aile, dinsel kurumlar, sosyal kulüpler) ve aile yapısı (çekirdek ya da geniş aile, boşanma, ayrı yaşama)⁴³ sosyal modelin yapı taşlarıdır. Bu değerlendirmelerin ışığında; aşağıda yer alan Tablo 1’de tıbbi model ile sosyal modelin bir karşılaştırılması yer almaktadır. Sağlık durumunun iki model tarafından

³⁹ Lawrence Wallack ve Diğerleri, *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention*, California: Sage Publications, 1993, s.4.

⁴⁰ Cırhinlioğlu, s.31-32.

⁴¹ Jones, s.31-35.

⁴² Lawrence Wallack, *“Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches”*, Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts, Charles Atkin ve Lawrence Wallack (ed.), Newbury Park: Sage Publications, 1990, s.150.

⁴³ Last, s.213.

ortaya konulma biçimi, hastalığa neden olan faktörler ve nedenler ve tıbbi bilginin hegemonyası ya da sosyal modelin paylaşımcılığı bu tabloda net bir şekilde görülmektedir.

Tablo 1

Sağlığın Tıbbi ve Sosyal Modellerinin Karşılaştırılması

Tıbbi Model	Sosyal Model
Sağlık durumu biyolojik bir olgudur: -değişmez, gerçek, bağımsızdır	Sağlık durumu sosyal olarak yapılanmıştır: -değişik, kesin olmayan, çeşitli
Hastalığa biyolojik etkenler neden olur: -vücuda girenler (örn. virüsler, mikroplar) -travma	Hastalığa sosyal faktörler neden olur: -biyolojinin arkasında toplum yatar -kök nedenler sosyal nedenlerdir
Nedenler şöyle tanımlanır: -işaretler ve semptomlar -"teşhis" süreci -tıbbi olarak "normal" olandan sapma	Nedenler şöyle tanımlanır: -inançlar (değişkendirler, öznel ve toplum / topluluk bazlıdır) -yorumlama (âdetler ve sosyal zorlamalarla oluşmuştur)
Tıbbi bilgi dışlayıcıdır -uzmanın işidir -olgular üst üste birikir ve bunun üzerine inşa edilir -alternatif bakış açıları geçersiz ve aşağı görülür	Bilgi dışlayıcı değildir: -tarihi, kültürel ve sosyal bir bağlamı vardır -ilgili insanlarca şekillendirilir
Bio-tıp karmaşık olayları basite indirger, hastalık yönlendirmelidir ve patoloji ile ilgilidir	Sosyal model holistiktir (bütünselci) ve bağlamla ilgilidir.

Kaynak: Graham Moon ve Rosemary Gillespie (ed.), *Society and Health: An Introduction to Social Science for Health Professionals*, London: Routledge, 1995, s.83.

Tezde sađlđđın sosyal modelinin, “sađlđđın sosyalizasyonu” yani “sađlđđın sosyalleştirilmesi” olarak ele alınması sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi (sosyalizasyonu) anlamında kullanılmadığının da belirtilmesinde yarar vardır.

WHO’nun sağlık tanımı ile Seedhouse (1986) gibi filozofların tanımlamalarından yapılan bir diğer sağlık tanımlamaları sentezi de şu sonuçları ortaya koymaktadır:

- a) İdeal bir durum olarak sağlık: sađlđđın holistik (bütüncül) ve pozitif tanımlamasıdır. Sađlđđın farklı boyutları arasındaki ilişkileri gösterir. Hastalđđın tıbbi teşhisi ile kişisel hastalık ve kendini iyi hissetmeme hali aynı olmayabilir. Aynı zamanda da kendini iyi hissetmeyen biri yalnız, izole olmuş biri olabilir. Bu tanımlama çok idealistik ve belirsiz olduğu için eleştirilir.
- b) Zihinsel ve bedensel olarak sağlık: Talcott Parsons (1951) tarafından geliştirilen bir perspektiftir. İnsanlar kendilerinden beklenen günlük işleri ve rolleri yerine getirebiliyorlarsa sağlıklıdır.
- c) Ticari mal olarak sağlık: sađlđđın satın alınabilecek bir şey olarak gerçekçi beklentilerine götürür. Sağlık hizmetine yüksek bedel ödenerek garanti edilemez.
- d) Kişisel güç olarak sağlık: İnsan psikolojisinden türeyen bir görüştür ve insanın kendini gerçekleştirmesi (*self-actualization*) ve keşfetmesi ile sağlıklı olabileceğini öne sürer. (Maslow 1970). Ancak bu görüş sosyal çevreye başvuramaz.

Seedhouse bu dört görüşün bir sağlık teorisi altında birleştirilebileceğini belirtir. Öyleyse bu görüşe göre sağlık için çalışmak demek aşağdaki şartların yerine getirilmesi demektir:

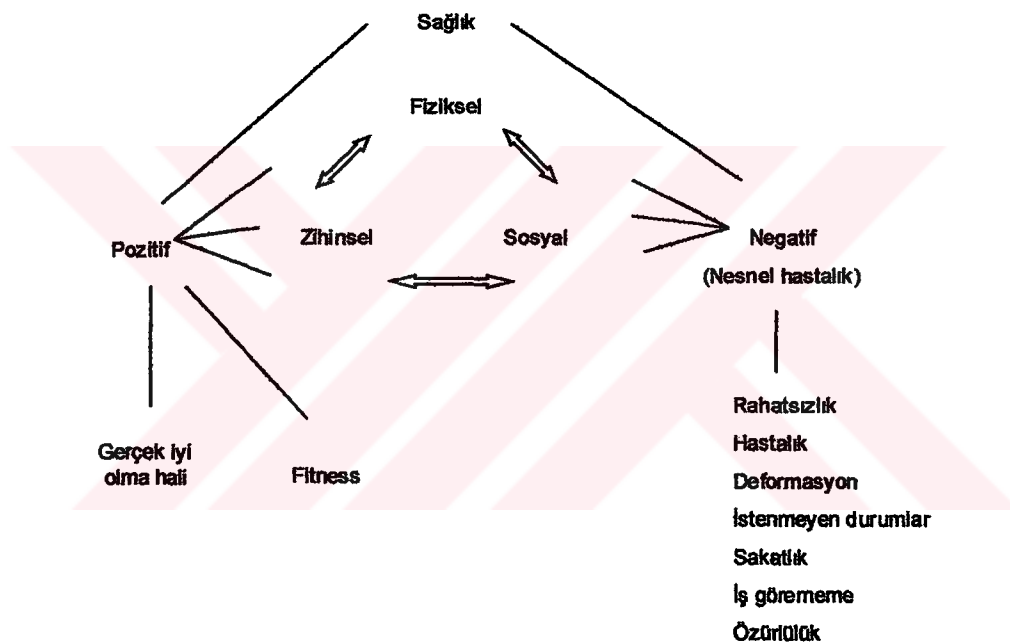
-gıda, ićecek, barınma, ısınma gibi temel ihtiyaçlar

-sađlđđı etkileyen faktörler hakkında enformasyona ulaşım

-bu enformasyonu kullanmak için beceri ve güven⁴⁴.

Seedhouse'un bu teorisi Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı'nın (1986) da çıkış noktasını oluşturmaktadır ve sağlığı geliştirme konusunda bu konuya ayrıntılarıyla yer verilecektir.

Yukarıda ele alınan sağlığın negatif ve pozitif sağlık tanımlamalarının her ikisi de fiziksel, zihinsel ve sosyal öğelerle bağlantı halindedir. Bu durum bir modelle (Şekil 2) ortaya konulmuştur.



Sekil 2. Bir Sağlık Modeli

Kaynak: Downie, Tannahill ve Tannahill, s.24.

Sağlığı tanımlama çabalarının sonucunda sağlığın evrensel tanımına ait herhangi bir görüş birliği yoktur. Ortaya konulan farklı tanımlamalardan kaynaklanan farklı modeller bize yalnızca değişik bakış açıları sunmaktadır.

⁴⁴ Naidoo ve Wills, s. 23.

Turner'a göre (1992) postmodern dönemle birlikte beden, daha önceki dönemlerle karşılaştırıldığında, çok daha fazla toplumsal çevresi içerisinde ele alınmaya başlamıştır. Buna karşın, beden bu dönemde çok daha parçalanmış, bir çok kimlik edinmiş ve de artık ne güvenlikle korunabilmekte ne de sabit bir toplumsal konuma sahip olabilmektedir. Parçalanmış bir toplum, parçalanmış bir beden üretmektedir. Günümüzde sağlık kavramı ve tüketim, hastalık kavramından daha ön plana çıkmıştır. Sanayi toplumlarında emeğin gücünün özel bir yeri olmasına rağmen, çağdaş toplumlarda bunun yerini yavaş yavaş kamuoyunun ya da tüketicilerin tutumu almaya başlamıştır. Çünkü çağdaş toplumlar artık ürettikleriyle değil tükettikleriyle değerlendirilmektedir. Hekimler, hastaları üzerinde otorite kuracakları varlıklar olmaktan çok, bilgilerini pazarlayacakları tüketiciler olarak görmeye başlamışlardır. Medyada tıp konusunun öneminin artması da bu durumu güçlendirmektedir⁴⁵.

Günümüzde sağlığın tıbbileştirilmesi ve beraberinde getirdiği tıbbi otoriteye karşı artan güvensizlik, biyo-medikal tıbbın halen bazı hastalıklarda çaresiz kalması sonucunda "alternatif tıp" (*alternative medicine*) güç kazanmaktadır. Hümanistik ve teknolojik bilginin kutuplaşması, doktor ve hastanın bilgilerinin ve bakış açılarının farklılığıdır. Hümanistik bilgiye ve geleneksel ilaçlara dönüş, "alternatif tıp" ile gündeme gelmiştir. Akupunktur, bio-feedback, chiropraktik tıp, bitkisel terapi, masaj terapisi (shiatsu gibi), homeopathy, aromaterapi ve refleksoloji; 21.yy.da sıklıkla kullanılmaya başlayan alternatif tıp unsurlarıdır. ABD'de ve kimi Avrupa ülkelerinde bazı klinikler ve hastaneler alternatif tıp ile ilgili bölümlere sahiptirler. Başağrıları ve bel ağrıları, kronik yorgunluk vs. alternatif tıpla tedavi edilmeye çalışılmaktadır⁴⁶. Doğu felsefesinin öğretilerinin ağırlıkla kullanıldığı alternatif tıp, yine bu ülkelerde tıp fakültelerinin kürsülerinde de yer almaktadır. Biyo-medikal tıp yadsınmadan, uzman kişilerin kontrolünde yapılan uygulamalar; hümanistik ve teknolojik bilginin diyalektiğini ortaya koyacaktır. Ancak, alternatif tıbbın suistimale açık bırakılmasına izin verilmesi durumunda, uzman olmayan "şarlatan"ların bireylerin sağlığını riske atmaları söz konusu olabilmektedir.

⁴⁵ Cihirlioğlu, s.97 ve s.102.

⁴⁶ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.86.

1.5. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık tanımlamalarının ve bunlara ilişkin temel yaklaşımlarının ele alınmasının ardından hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme kavramları açıklanarak, sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının neden “çok disiplinli” bir alan olması gerektiği araştırılacaktır.

İnsan sağlığı; hastalığın tedavi edilmesiyle, hastalığı meydana getiren durumun minimize edilmesi, önlenmesi veya tamamen ortadan kaldırılmasıyla ve de zaten makul ölçülerde sağlıklı olanların (örn.yaşlılar) sağlıklarının daha iyi hale getirilmesiyle geliştirilebilir⁴⁷. “Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımında toplum bireylerinin; sağlıklı beslenen, fizyolojik kapasiteleriyle orantılı günlük egzersiz yapan, uyumlu, sosyal, başkalarına yardım eden, dinlenmeye ve rahatlamaya zaman ayıran bireyler olmaları amaçlanmaktadır”⁴⁸. Tannahill’in kimi noktalarda birbiriyle kesişen sağlığı geliştirme modelinde üç öge vardır: hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlık eğitimi⁴⁹. Öncelikle sağlığı geliştirmenin bu bileşenlerinin her birini ayrı ayrı ele alalım.

1.5.1. Hastalıkların Önlenmesi

Downie vd.’ne göre “hastalıkların önlenmesi (*prevention*) kavramının merkezinde bir hastalık sürecinin, rahatsızlığın, sakatlığın, özrürlülüğün ve diğer başka istenmeyen olay ya da durumların oluşma riskini azaltmak yer almaktadır”.

-Riski azaltma yoluyla bir hastalık sürecinin ilk kez ortaya çıkmasının önlenmesi: koroner kalp hastalığını örnek verirse, kandaki yüksek kolesterol seviyesinden kaçınmak, sigarayı bırakmak, kan basıncının uygun ölçülerde düşük tutulması riski minimize edebilecektir.

⁴⁷ L. Jones, “*Promoting Health: Everybody’s Business?*”, *Promoting Health: Knowledge and Practice*, s.9.

⁴⁸ Çağatay Güler ve Songül Vaizoğlu, “*Toplum Sağlığı Eğitimi: Sağlık İçin Eğitim*”, *Yeni Türkiye*, S.39, Mayıs-Haziran 2001, s.797.

⁴⁹ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.58. ve ayrıca sağlığın geliştirilmesine yöneltilen eleştirilerle ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. s.141-151.

-Erken teşhis ile bir hastalık sürecinin ya da istenmeyen başka bir durumun gelişiminin önlenmesi: Örneğin rahim ağzı kanseri ile ilgili olarak Pap-Smear testi ile prekanseröz hücrelerin tümör haline gelmeden teşhisi veya hamilelik esnasında fetustaki anormal durumun saptanarak gebeliğe son verilmesi de burada örnek olarak verilebilir.

-Geriye dönüşü mümkün olmayan hastalık ya da diğer istenmeyen durumların kaçınılması mümkün komplikasyonlarının önlenmesi: Diyabet hastalığında kandaki glükoz seviyesinin kontrolü ile hastalığın bacağına kesilmesine kadar varabilecek sonucu önlenebilir.

-Bir hastalığın ya da olayın tekrarlanmasının önlenmesi: İkinci bir kalp krizinin ya da istenmeyen ikinci bir gebeliğin önlenmesi gibi⁵⁰.

Terimin daha kapsamlı tanımında “birincil” (primer), “ikincil” (sekonder) ve “tersiyer” (üçüncül) önleme düzeyleri ele alınabilir.

-Birincil Önleme: Sağlığı geliştirme amacıyla aşılama, dengeli beslenme, güvenli bir çevrenin oluşturulması, fiziksel ve duygusal açıdan iyilik halinin gerçekleşebilmesi için gerekli önlemlerin bireysel ve toplumsal düzeyde ele alınması ile ilgilidir.

-İkincil Önleme: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken teşhis ve tedavi önlemlerinin gerek bireysel, gerekse toplumsal düzeyde ele alınmasını içerir. (örn. meme kanserinin erken teşhisi için mamografi çekilmesi).

-Tersiyer Önleme: Hastalık sonucu ortaya çıkabilecek sakatlık veya kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma adaptasyonunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için gereken önlemlerin alınmasını içerir⁵¹. (Hayran ve Sur her üç düzeyi de “koruma” kapsamında ele almaktadırlar, Downie vd. ile Last ise bu düzeylerin “önleme” olduklarını ifade etmektedir ve bu üç düzeyin standart bir tanımlaması olmadığını belirtmektedirler. Tezde de bu üç düzey “önleme” olarak ele alınmıştır).

⁵⁰ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.50-51.

⁵¹ Hayran ve Sur, Hastane Yöneticiliği, s.17-18.

1.5.2. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi bazı kaynaklarda aynı başlık altında incelenmektedir. Sağlığın korunması “yasal ya da mali kontrolleri, diğer düzenlemeleri ve politikaları, gönüllü uygulamaları içermekte ve pozitif sağlığın artırılmasını ve nesnel hastalığın (*ill-health*) önlenmesini amaçlamaktadır”⁵². Yasal kontroller; arabada emniyet kemeri takılması, alkol ve tütün mamüllerinin küçük yaşta kilerde satılmaması, alkollü araba kullanılmaması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve iş yerinde güvenlik için vs. yasal düzenlemeleri içermektedir. Mali kontrolden kasıt ise alkol ve tütün mamülleri gibi sağlığa zararlı ürünlerin devlet tarafından vergilendirilmesidir. Barınma, öğrenim, çalışma, ulaşım gibi konulardaki düzenlemeler de sağlığın korunmasında ele alınan konulardır⁵³.

Sağlığın korunması yaklaşımında, kendileri için kötü olanı yapmayı sürdüren kişilerin bu uygulamalarına rağmen korumanın mümkün olmadığı hesaba katılmalıdır.

1.5.3. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi “bireyin sağlıklı olma koşullarını hazırlayan, sağlıklı olmayı mümkün kılan ve güçlendiren; ya da buna yönelik kolektif bir davranış için aynı etkileri yapan öğrenme yaşantılarının herhangi bir bileşenidir”⁵⁴. Green de “sağlık eğitimi bireylerin kendi sağlık deneyimlerini belirlemeleri için gönüllü katılımlarıdır” diyerek edilgen olmayan bir sağlık eğitimi tanımlaması yapar. Green bu bağlamda sağlık eğitiminin profesyonel bir alan olarak gelişimini “enformasyon tranferi” dediği pedagojik modeliyle açıklar. Bu modelde davranış ve buna bağlı koşullu şartlar üzerinde duran Green, bireylerin sağlık davranışlarını ve tedavi, erken teşhis ve rehabilitasyon konularında karar verme süreçlerini açıklar, bunu yaparken de sosyal ve bireysel farklılık değişkenlerinden yararlanır⁵⁵.

⁵² Downie, Tannahill ve Tannahill, s.52.

⁵³ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.54.

⁵⁴ Güler ve Vaizoğlu, s.796.

⁵⁵ John R. Finnegan Jr. ve K. Viswanath, “*Health and Communication: Medical and Public Health Influences on the Research Agenda*”, *Communication and Health: Systems and Applications*, Eileen Berlin Ray ve Lewis Donohew (ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1990, s.18.

Smith'in (1979) sağlık eğitimi tanımı ise şoyledir:

*Sağlık eğitimi en geniş anlamıyla, bireylerin ve toplulukların sağlıklarının geliştirilmesi, korunması ve restorasyonu ile ilgili bilgi, inanç ve davranışları müşterek olarak belirleyen tüm etkilerin toplamıdır. Bu etkiler aile içindeki formel ve informal eğitimi, okuldaki ve aynı zamanda da sağlık hizmeti aktivitelerinin özel bağlamı içinde geniş olarak toplumdaki eğitimi kapsar*⁵⁶.

Bu tanımdan hareketle Downie vd. sağlık eğitiminin pozitif sağlığı geliştirmek, bireylerin ve grupların nesnel hastalık durumlarının önlenmesi veya azaltılmasını amaçlayan iletişim aktivitesi olarak ele almaktadırlar. Bu iletişim aktivitesi de inançların, tutumların ve davranışların etkilenmesiyle yapılmaktadır. Bu noktada toplumda gücü elinde bulunduranlara referans yapılmaktadır; yani politikacılara, sanayicilere ve diğer iş adamlarına, sağlık hizmetinin dışındaki diğer profesyoneller kastedilmektedir. İki yönlü iletişim esastır, iletişim sürecinin her iki tarafındakilerin birbirlerinden öğrenecekleri vardır⁵⁷.

Sağlığı korumanın en önemli amaçlarından biri, sağlıkla ilgili riskleri azaltmak ve sağlığın korunmasının etkilerini arttırmak için bu bilgileri en iyi şekilde kullanabilecek kişilere ilgili ve etkili sağlık enformasyonunu yaymaktır. Bu enformasyon yayma / ikna etme süreci genellikle sağlık eğitimi olarak adlandırılır. Sağlığın korunmasında hem tüketiciler hem de sağlığın korunmasını sağlayacak olanlar sağlık eğitimi için önemli hedef kitlelerdir. Tüketiciler sağlık risklerini tanımak ve karşı koyabilmek için sağlık enformasyonuna ihtiyaç duyar, aynı zamanda da sağlık sorunlarına uygun tedaviler bulmak için sağlığı sağlayıcılar ise sağlığın korunması ile ilgili en son bilimsel ve klinik bulgulara ulaşmak için ihtiyaç duyarlar, böylelikle hastalarının farklı sağlık sorunlarını teşhis ve tedavi edebilmelerine olanak verir⁵⁸.

Sağlık eğitimi bireylere; kendi bilgilerine, tecrübelerine ve uzmanların bilgilerine dayanarak, bunların bir karşılaştırması sonucunda bir "bilgi" oluşturmalarına yardımcı

⁵⁶ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.28.

⁵⁷ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.28-29.

⁵⁸ Gary L.Kreps ve Barbara C. Thornton, *Health Communication Theory and Practice*, 2. Baskı, Illinois: Waveland Press, 1992, s.121-122.

olur⁵⁹. Sağlık eğitimi; sağlık enformasyonunun sağlıkla ilgili riskleri azaltmak ve sağlık hizmetinin etkinliğini arttırmak için bu verileri en iyi kullanabilecek bireylere yayılmasında önemli bir iletişim sürecidir. Bu sürecin karmaşık ve farklı yönleri vardır. Sağlık hizmeti sağlayanlar, biyo-medikal ve davranışsal araştırma yapanlar, eğitimciler ve öğrenciler (ilkokuldan doktora düzeyine kadar, ayrıca meslek okulları), sağlık hizmetini tüketenler, hükümet çalışanları, medya temsilcileri ve onların hedef kitleleri gibi geniş çaplı katılımcıları vardır. Sağlık eğitimcileri, ilgili sağlık enformasyonunun etkili bir şekilde iletilmesi ve kullanılması için çok farklı sağlık iletişim stratejileri ve çok farklı iletişim kanalları kullanırlar.

Sağlık eğitimi mesajları hem formel, hem de informal iletişim bağlamında yayılırlar. Formel iletişim bağlamında sağlık hizmeti sağlayan / kullanıcı (tüketici) etkileşimi, sınıf eğitimi, kitle iletişimi programları ile sağlık eğitimi sayabiliriz. Sağlık enformasyonu informal olarak da günlük temaslarla; yani aileyle, arkadaşlarla, çalışma arkadaşlarıyla ve popüler kitle iletişimi yoluyla dolaylı olarak hatta kimi zaman da ima yoluyla yayılır. Formel ve informal sağlık eğitimi kanallarının birleşimi ile çok geniş sayıda birey, sağlık enformasyonunun sağlanması ve tüketilmesine katılır. Formel sağlık eğitimi, sağlık hizmeti ve sağlık bilimi uzmanlarının ilgili sağlık enformasyonunu bu tür enformasyona ihtiyacı olanlara iletmesi esnasında oluşur (genellikle sağlık hizmetini tüketenlere ama aynı zamanda da sağlık hizmetini sağlayanlara ve öğrencilere). Formel sağlık eğitimi tüketicilere hasta eğitimi çabaları esnasında farklı sağlık uzmanları ve uygulamacılar tarafından (doktorlar, hemşireler, eczacılar, dişçiler ve terapistlerce) sağlanır, bu profesyoneller de ilgili enformasyonu tüketicileriyle paylaşırlar. Hasta eğitimine yönelik mesajlar kullanıcılara çalışma ortamlarında veya sınıf ziyaretleri sırasında iletilir. Sağlık hizmeti sağlayanlar sağlık enformasyonunu medyaya sağlık konularıyla ilgili kitaplar, makaleler, broşürler yoluyla sunarlar, aynı zamanda da sağlık ve sağlık hizmeti hakkında kamuya ve kitle iletişim araçlarına yönelik sunumlar yaparken de mesajlarını iletirler.

⁵⁹ Bernard Pissarro, "La Communication Publique Peut-Elle Réduire Les Inégalités?", CFES-Du Bon Usage de la Communication en Education Pour la Santé, Séminaire International, Essonne, 16-17 Décembre 1996, s.52-53.

Kamu sağlığı kampanyaları tüketiciler gruplarına belirli sağlık enformasyonunu sağlamak için kullanılır (bkz. 4. Bölüm). Sağlık enformasyonunun yayılmasında sağlık hizmeti sağlayanlar, yöneticiler ve eğitimciler de önemli formel kitlelerdir. Formel sağlık enformasyonu; klinik araştırma bulguları, epidemiyolojik araştırma trendleri, hükümetin sağlık politikaları gelişmeleri ve sağlık hizmeti sağlama stratejileri gibi güncel sağlık konularıyla ilgili geniş çaplı enformasyonları içerir. Farklı iletişim araçlarının kullanımının yanı sıra, sağlık eğitimi mesajları aynı zamanda formel ve informal bağlamda iletilir. Formel sağlık eğitimi, sağlık uzmanlarınca yürütülür ve özellikle de sağlıkla ilgili inançları, tutumları ve davranışları etkilemek üzere oluşturulur. Örneğin sağlığın korunması ile ilgili konularda yapılan prezantasyonlar, ofis ziyaretlerinde sağlık uzmanı / tüketici interaksyonu, sınıflarda bu konularla ilgili sağlık enformasyonunun iletilmesi formel olarak yapılır⁶⁰.

Cassata (1978) sağlık enformasyonunun yayılmasında iletişim uzmanlarının sağlık hizmeti sağlayanlarla kullanıcılar arasındaki iletişimi yöneterek, kolaylaştırarak ve tercüme ederek önemli rol oynadığını belirtir. Evans ve Clarke (1986) da interaktif video-disklerin ilgili sağlık enformasyonu için kanser hastalarına yardımcı olduğunu belirtir. Freimuth ve Stein (1987) CIS'in (Cancer Information Service-Kanser Enformasyon Servisi) kanserle ilgili enformasyon iletmek için parasız telefon hattı kurduğunu, Hawkins, Day, Gustafson, Chewing ve Bostworth (1986) interaktif bilgisayar programıyla yetişkinlere doğum kontrolü ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi verildiğini anlatmaktadır⁶¹.

İnformel sağlık eğitimi formel olandan daha spontanedir. Aile, arkadaş çevresi ve iş arkadaşları ile günlük iletişim, sağlık konularının tartışılması için informal fırsatlardır. Popüler kitle iletişiminde, ki özellikle sağlık eğitimi amacıyla tasarlanmamıştır, sağlık enformasyonu ima yoluyla vs. verilir. İnformel sağlık eğitimi doğrudan ya da dolaylı olabilir. Doğrudan informal sağlık eğitimi kişilerin günlük konuşmaları esnasında belirir, bu kişilerin uzmanlaştıkları bir sağlık eğitimi ya da profesyonel bilgileri yoktur, sağlığın

⁶⁰ Kreps ve Thornton, s.123-125.

⁶¹ Kreps, s.190.

korunması ile ilgili öneriler sunarlar. Örneğin arkadaşlar ve akrabalar, sağlık sorunları için ev yapımı ilaçlar önerebilirler. Dolaylı informal sağlık eğitimi özel olarak sağlığa ya da sağlığın korunmasına referans vermez, ancak hedef kitleyi etkileyebilecek sağlık enformasyonu başka bir şeyin “içinde” verilir. Popüler dergiler, televizyon showları veya filmler sağlıkla ilgili davranışlara yer verir ya da insanların sağlık ve hastalıkla ilgili konuştukları hikayelere yer verir. Kültürel kaynaklı sağlık inançları ve folklorik ilaçlar, kültürel grup üyelerinin sağlık davranışlarına yön veren sağlık inançlarının “indoktrinasyonu” için temel teşkil eder (“günde bir elma doktoru evden uzak tutar” gibi). Informel sağlık eğitimi kültürel olarak onaylanmış sağlık inançları ve uygulamalarının oluşturulması ve korunması için önemli bir rol oynar. Çoğunlukla meta-iletişimsel olarak kültürel sosyalizasyon biçimi olarak sunulur. Informel iletişim ağları kolaylıkla erişilebilir olmayı iyi kullandığından ve pek çok kişi için kişisel katılım olduğundan bu yana sağlık enformasyonunun son derece güçlü kaynakları olmuştur. Ancak informal enformasyon kaynaklarından elde edilen sağlık enformasyonunun içeriği pek çok kez formel enformasyon kaynağından yayılan en yeni ve en çok belgelenen bilgilerle çelişir. Sağlık ve sağlığın korunması ile ilgili popüler bilgiler kabul edilmiş bilimsel bilgilerle çatışanlar, kısa süre için etkili olabilir, ancak uzun sürede kişileri sağlıksız bir duruma getirebilir ve formel sağlık sistemine inançlarını azaltabilir. Örneğin AIDS için test edilmemiş “yeraltı” ilaçlarının ve ev ilaçlarının genellikle olumsuz etkileri olmaktadır ve tedavi için hastaların daha kurumsal çevreler aramasını engeller⁶².

Informel sağlık eğitimi genellikle iki farklı yolla gelişir:

a)Yönlendirilmiş informal sağlık eğitimi: sağlık enformasyonu mesajlarının kişilere normal sohbetleri sırasında sağlık hizmeti konusunda uzmanlaşmamış veya profesyonel bilgi sahibi olmayan tanıdıklarca sunulur, birbirlerine sağlık sorunlarıyla ilgili çözümler sunan arkadaşlar gibi.

⁶² Kreps ve Thornton, s.123-125.

b)Yönlendirilmemiş informal sağlık eğitimi: sağlık ya da sağlık hizmetleriyle özellikle ilgili olmayan, ancak mesajı alanları etkileyebilecek sağlık enformasyonu içerebilir. Romanlar, televizyon ve radyo eğlence programları, dergi ve gazete makaleleri; kişileri ve onların sağlık davranışlarını tanıtırlar. Bu arada da kültürel grup üyelerinin sağlık inançlarının indoktrinasyonunu da etkilemek gerekir.

İnformel sağlık eğitimi kültürel olarak onay görmüş sağlık inançlarının ve uygulamalarının oluşturulmasında ve devam ettirilmesinde önemli rol oynar ve sıklıkla kültürel sosyalizasyonun bir formu olarak meta-iletişimsel olarak sunulur. İnfomel iletişim ağları çok güçlü sağlık kaynaklarıdır, çünkü bu ağlara kolaylıkla ulaşılabilir ve pek çok kişi tarafından kişisel olarak kullanılabilir. Ne yazık ki informal enformasyon kaynaklarınca sağlanan sağlık enformasyonunun içeriği, formel enformasyon kaynaklarınca sağlanan güncel sağlık hizmeti bilgisi ile ters düşer. Sağlık ve sağlık hizmeti hakkındaki popüler bilgi, kabul edilmiş bilimsel bilgi ile çatışır, örneğin karmaşık sağlık sorunlarına çok basit halk ilaçlarının kullanılmasında olduğu gibi, kişi üzerinde kısa vadede etkili olsa da uzun vadede daha sağlıksız bir duruma getirebilir.

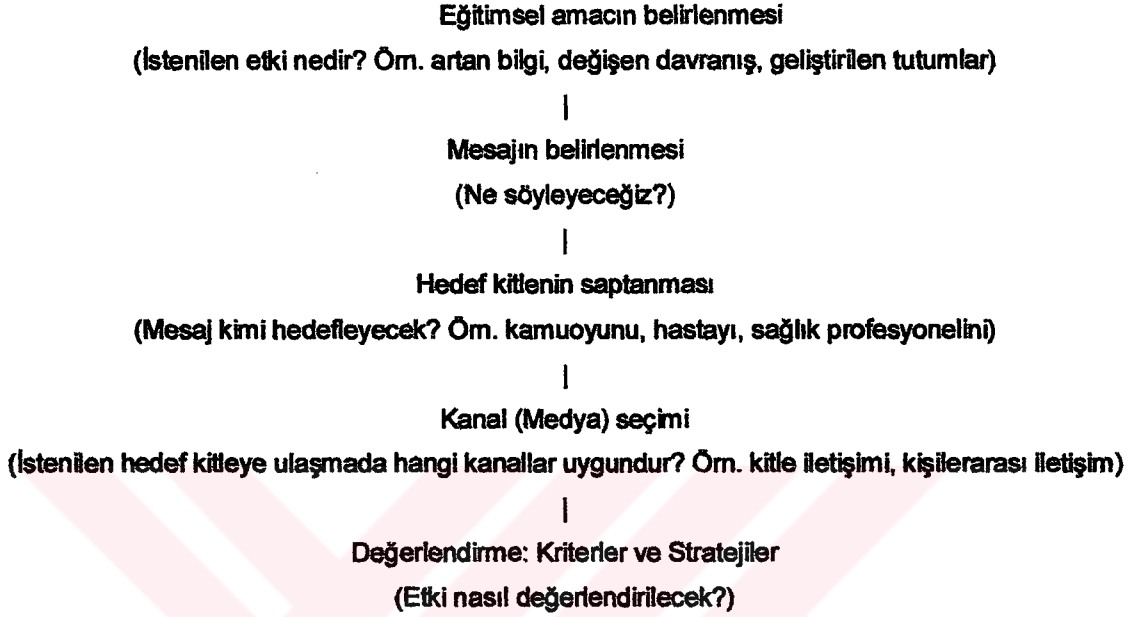
Formel ve informal sağlık eğitimi, sağlık enformasyonunun hem içerik hem de ilişki durumu ile iletişim içindedir. İçerik enformasyonu; sağlık ve sağlık hizmetiyle ilgili tanımlayıcı veri içerir, ilişkisel enformasyon ve ilgi, duygusallık ve güç gibi sağlık eğitimcisinin hedef kitlesine karşı hissettikleridir. İçerik ve ilişki enformasyonu sağlık enformasyonunun bağımsız ögeleridir, bu ögeler sağlık eğitiminin başarılı olabilmesi için birbirlerini desteklemelidir. İnfomel sağlık eğitimi sıklıkla doğruluğu kanıtlanmamış ve hatalı sağlık enformasyonu içerir. Bununla birlikte insanlar informal sağlık eğitime açıktırlar çünkü enformasyon kaynakları ile genellikle yakın ilişki içindedirler, rahattırlar. Freimuth ve Stein (1987) bu sorunu açıkça anlatmışlardır, “halk, sağlık enformasyonu için kişilerarası kaynakları kullanarak bir ikilemle karşılaşır. Bu kişiler, daha çok yetkili enformasyona sahip olanlar ve daha az ulaşılabilir olanlardır. Buna karşılık daha az yetkili ama daha çok ulaşılabilir kişilerarası kaynaklar daha çok kullanılmaktadır”. Sağlık enformasyonunun kişilerarası yayılmasının daha etkin olabilmesi için formel sağlık eğitimi

kaynakları etkisini arttırmalıdır (ilişkisel enformasyonda), oysa informel sağlık eğitimi kaynakları becerilerini doğru ve zamanlı içerik enformasyonu sağlayarak arttırmalıdır.

Sağlık enformasyonu kamu sağlığının hastalıkların önlenmesi yaklaşımında da son derece önemli bir ögedir, çünkü bireyler ilgili sağlık enformasyonu ile kendi sağlıklarını güçlendirirler. Medikal tedavi ücretlerindeki artış ve diğer faktörler geçen yıllarda sağlık hizmetinde erken teşhis ve kendi hastalığını idareyi (*self management*) önemli kılmıştır. Sağlık enformasyonu, sağlık risklerini önlemede önemli bir malzemedir, çünkü sağlık hizmeti sağlayıcılarını ve kamuyu potansiyel sağlık risklerini teşhis ve tedavi teknikleri, ayrıca sağlık risklerini minimize etmenin en iyi stratejileri konusunda eğitmek için gereklidir.

Kreps vd. (1985) sağlık enformasyonu, sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme ve sağlık risklerine karşı önlem alma arasındaki birbirine bağımlı ilişkileri, sağlık eğitimi yönlendirilmiş iletişim süreci olarak ele alır. Bireylerin sağlıklarını geliştirmek ve sağlık risklerinden korunmak için sağlık enformasyonu sağlayan bir süreç olarak tanımlar. Sağlık eğitiminin bu sistematik bakış açısıyla, sağlık enformasyonu sistemin girdisi olarak görülür ve sağlık eğitimi de sistem girdilerini, istenilen sağlığı geliştirme ve sağlık riskini önleme sistem çıktılarına çevirerek işleyen bir sistem sürecidir. İnsan iletişimi, sağlık eğitimi besleyen ana sistem sürecidir.

Martin vd., sağlık eğitimi çabalarının beş büyük adımla yönetildiğini belirtmektedir. İlk adım açık sağlık eğitimi amacının belirlenmesidir. Örneğin sağlık eğitimi çabasının arzu edilen etkisinin ne olduğu gibi. Şekil 3 bir sağlık eğitim modeli sunarken, aslında iletişim modellerinden yararlanmaktadır.



Sekil 3. Sağlık Eğitimi Modeli

Kaynak: Gary L. Kreps, “*Communication and Health Education*”, , *Communication and Health: Systems and Applications*, Eileen Berlin Ray ve Lewis Donohew (ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1990, s.195.

Sağlık hizmeti sağlayanlar; sağlık hizmetinin etkinliğini birincil sağlık hizmeti sağlayan doktorlar gibi tüketicileri tehlikeler ve kendini değerlendirme yöntemleri hakkında, ayrıca sağlık hizmeti servislerini nerede ve nasıl arayacaklarını ve sağlıklarını nasıl geliştireceklerini bilgilendirerek arttırabilirler⁶³.

Sağlığı geliştirme modelinin üç ögesinin ele alınmasının ardından sağlığı geliştirme çalışmalarının geniş kapsamı üzerinde durmak yararlı olacaktır. Öncelikle sağlığı geliştirmenin çıkış noktası WHO’nun 1948’deki sağlık tanımıdır ve bizi sağlığı geliştirmenin bileşenleri ve parametreleri hakkında düşündürmeye sevk eder. Daha pozitif ve holistik bir sağlık anlayışı “daha iyi sağlığa ulaşmak için ne yapılmalıdır?” sorusuna

⁶³ Kreps, s.187-196.

cevap aranmasını gerekli kılmaktadır⁶⁴. Yaşam biçimlerinin ve sağlık davranışının, kamu sağlığı ve klinik tıbbın konuları haline gelmesi, hastaların kendi hastalıklarının teşhis ve tedavisinin içine çekilmeleri, sağlık hizmetlerinin yalnızca tüketicileri değil, aynı zamanda da kendi sağlık durumlarının yarı üreticisi durumuna gelmeleri; yeni bir kamu sağlığı yaklaşımını ortaya çıkarmıştır. Sağlığı geliştirme (*health promotion*) ilk olarak bir terim ve konsept olarak 1974 yılında Kanada Ulusal Sağlık ve Refah Bakanı Marc Lalonde'nin "*A New Perspective on the Health of Canadians*" (*Kanadalıların Sağlığı Hakkında Yeni Bir Bakış Açısı*) adlı kitabında kullanılmıştır. Lalonde, zamansız ölüm ve hastalıkların farkedilir şekilde azaltılmasında çevresel faktörlerin ve davranışın önemli olduğunu belirtmiştir⁶⁵. Dennis vd. (1982) "sağlığı geliştirme, bireylerin ve toplulukların sağlık durumlarını arttırmayı amaçlayan aktivitelerin tüm durumlarını kapsar" diyerek bu alandaki ilk tanımlamayı ortaya koymuşlardır. Green, "sağlıkla ilgili davranış değişikliği için sağlık eğitimi ile ilgili organizasyonel, ekonomik ve çevresel destekler" olarak tanımladığı sağlığı geliştirme çalışmalarının bireylerin riskli davranışlarını oluşturan önceki sosyal ve kültürel şartlarla ilgilendiğini ifade eder⁶⁶. Hastalıkların önlenmesinde hafif bir negatif anlamlandırma söz konusuken; yani insanları kendileri için kötü olan şeyleri yapmalarını durdurmayı amaçlamaktayken, sağlığı geliştirme daha pozitif bir yaklaşımdır; insanları sağlıklı davranmaya, sağlıklı beslenmeye, fizyolojik kapasiteleri ölçüsünde egzersiz yapmalarını teşvik eder, onların sosyal, diğer insanlara yardımcı, neşeli, düzenli dinlenen ve gevşeyen biri olmasına çalışır. Aynı zamanda da kişilerin kendi sağlıklarının sorumluluklarını sağlık profesyonelleri ile ortaklaşa yüklenmelerini amaçlar⁶⁷.

Nutbeam (1986) ise sağlığı geliştirme ile hastalıkların önlenmesi arasındaki farkı ortaya şu tanımlamasıyla koymaktadır:

Hastalıkların önlenmesi esasen tıbbi alanda bireylerle, özellikle de risk altındaki belirlenmiş gruplarla iş yapan bir aktivitedir ve sağlığın korunmasını amaçlar. Sağlığı

⁶⁴ Jones, "What is Health?", s.3.

⁶⁵ Gordon Macdonald ve Robin Bunton, "Health Promotion: Discipline or Disciplines?", *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, Robin Bunton ve Gordon MacDonald (ed.), London: Routledge, 1992, s.8-9.

⁶⁶ Finnegan Jr. ve Viswanath, s.18-19.

⁶⁷ Last, s.5-6.

daha ileriye götüren pozitif bir algılamayı temsil etmez, ama status quo'yu korumakla ilgilenir. Sağlığı geliştirme ise seçilmiş bireyler ya da gruplarla değil, günlük yaşamlarının bağlamında tüm popülasyonla başlangıç yapar⁶⁸.

Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlığı geliştirme ve hastalıkların önlenmesi birbirlerini tamamlayan iki aktivitedir.

US Department of Health Education and Welfare (ABD Sağlık Eğitimi ve Refah Departmanı) ise daha kesin bir ayrım yapmıştır:

Hastalığın önlenmesi sağlığa-bir hastalığa ya da çevresel bir tehlikeye-bir tehdit ile başlar ve bu tehdidin zararlı etkilerinden mümkün olduğunca çok kişiyi korumayı amaçlar. Sağlığı geliştirme temelde sağlıklı olan kişilerle başlar ve iyi olma hallerini koruyabilecekleri ve geliştirebilecekleri yaşam biçimleri geliştirmelerine yardım edebilecek toplumsal ve bireysel önlemler geliştirmeyi amaçlar (1949).

Bu mantıksal analizde hastalığın önlenmesi, sağlığı geliştirmenin bir parçası olarak ele alınmıştır. Kimi yazarlar ise bu ikisi arasında bir ayrım yapmazlar. Yine Downie vd. (1990): “Sağlığı geliştirme pozitif sağlığı geliştirme çabalarını içerir ve nesnel hastalığı (*ill-health*) önler, bunu da sağlık eğitimi, hastalıkları önleme ve sağlığı korumanın alanlarını aşarak yapar” diyerek sağlığı geliştirmenin geniş kapsamını ifade eder. Bu yazarlar, tanımlarından iyileştirici yüksek teknolojiyi ve uygun sağlık hizmetlerini dışlamışlardır. WHO da “sağlığı geliştirme temel olarak sağlık alanında ve sosyal alanda bir aktivitedir, tıbbi bir hizmet değildir” sınırlandırmasını getirmiştir⁶⁹. Buna göre WHO (1986) sağlığı geliştirme ilkelerini şöyle sıralamıştır:

- sağlığı geliştirme popülasyonu bir bütün olarak ele alır
- sağlığın belirleyicileri veya nedenlerine yöneliktir
- farklı ama bütünüleyici yöntemleri ve yaklaşımları biraraya getirir
- özellikle etkili ve somut kamu katılımını amaçlar

⁶⁸ Dines ve Cribb, s.24-25.

⁶⁹ Dines ve Cribb, s.25-27.

- sağlık profesyonellerinin sağlığı geliştirmeyi besleyen ve kolaylaştıran 6nemli bir rol6 vardır.

Sağlığı geliştirme, hastalığın 6nlenmesi, kendi sağlığını idare etme (*self-management*); kamunun yeterli sağlık enformasyonu d6zeyine sahip olduğunu ve bu enformasyonun kendi sağlığı i6in etkin kullanımı i6in gerekli tutum ve yetilere de sahip olduğunu varsaymaktadır⁷⁰. Sağlığı geliştirme, sağlığı pozitif şekilde g6rmektedir. İnsanlar sosyal, ekonomik ve fiziksel 6evreleriyle etkileşimdedirler. Hastalıklar erken evrelerinde 6nlenerek sağlığı geliştirme ger6ekleştirilebilir. Bu 6alışmalarda t6m pop6lasyon ya da gruplar 6zerinde yoğunlaşılır. Bu nedenle sağlığı geliştirme, tıbbi model ile en az ilgili olan alandır⁷¹. Sağlığı geliştirmede ama6, sağlığın nicelliğinin pozitif sağlığı geliştirerek ve negatif sağlığı azaltarak ya da her ikisini birden yaparak arttırmaktır. Sağlık g6receli olduğu i6in sağlığı geliştirme de insanları belirlenmiş bir sağlık d6zeyine ulaştırmaktan 6ok daha iyi sağlığa kavuşması i6in yardım eder⁷². Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve 6evre şartlarının insan sağlığı 6zerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplum 6yelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi y6ntemlerin uygulanması ile sađlanabilir⁷³. Sağlığı geliştirme, alanın sınırlarını ortaya koymadığı i6in eleştirilmektedir, hatta sınırların aşırı genişlemesi nedeniyle sağlığı geliştirme; sağlık faşizmi, sağlık emperyalizmi olarak adlandırılabilir⁷⁴.

Sağlığı geliştirme 6abalarının geniş kapsamını kısaca 6zetlemek gerekirse; sağlığı geliştirmenin birincil amacı insanları ciddi sağlık riskleri konusunda bilgilendirmek, gerekli olduğu takdirde de uygun tedavileri aramalarına yardımcı olmaktır. Modern tıp, toplumdaki farklı grupların hayatlarını tehdit eden kanser, kalp hastalıkları, AIDS gibi fakt6rler

⁷⁰ Berlin Ray ve Donohew, s.

⁷¹ Dines ve Cribb, s.29.

⁷² Downie, Tannahill ve Tannahill, s.24-25.

⁷³ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Y6netimi, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998. s.18.

⁷⁴ Sağlığı geliştirilmesine getirilen eleştirilerle ilgili ayrıntılı bilgi i6in bkz. Downie, Tannahill ve Tannahill, s.141-151.

belirlemiştir. Sağlığı geliştirme uzmanları, stratejik sağlık iletişimi kampanyaları ve programları düzenleyerek kamuyu geniş çaplı ciddi sağlık tehditleri hakkında eğitirler ve sağlıklı davranışlara uyum sağlamalarını teşvik ederler⁷⁵. Sağlık iletişiminin bir disiplin olarak hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlık eğitimi alanlarını ve genel olarak da sağlığın geliştirilmesi çabalarını içine alan geniş kapsamı ikinci bölümde ayrıntılarıyla ele alınacaktır.

1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi ve Uluslararası Belgeler

Bu noktada sağlığı korumanın ve sağlığı geliştirmenin kimlerin ya da hangi sektörlerin sorumluluğunda olduğu sorusuna cevap aranmalıdır. Tıp biliminin ve sağlık sektörünün, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde artık tek başına hareket etmesi beklenmemelidir. Bu konuda öncelikle Birleşmiş Milletler bünyesinde WHO tarafından gerçekleştirilen üç uluslararası konferans ve bunların sonucunda kabul edilen belgeler (Alma-Ata Bildirisi, Ottawa Şartı ve Jakarta Deklarasyonu) ele alınmalıdır. Bu belgeler öncelikle sağlığın temel insan hakkı olduğunun ve ayrıca sosyal ve ekonomik gelişme için önemli olduğunun altını çizmektedirler. (Bu belgelerle ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. EK-1, EK-2 ve EK-3).

WHO tarafından 1978 yılında düzenlenen konferansta kabul edilen Alma-Ata Bildirisi'nde sağlığın geliştirilmesi ve korunması, ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli görülerek, daha iyi bir yaşam seviyesi ve dünya barışının elde edilmesinde katkısı olduğu ifade edilmektedir. Bildiride, sağlığın en iyi seviyede tutulması amacının çeşitli sosyal ve ekonomik sektörlerin işbirliğiyle sağlanabileceği belirtilmiştir. Bildirinin Temel Sağlık Hizmeti başlıklı IV. Bölümünde bu çok sektörlü sağlık anlayışı şöyle ifade edilmektedir:

Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında, özellikle tarım, hayvan bakımı (veterinerlik alanları), gıda, endüstri eğitimi, konut, kamu işleri ve iletişim de dahil

⁷⁵ Kreps ve Thornton, s.198.

*olmak üzere, tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş gayretlerine ihtiyaç gösterir*⁷⁶.

Kısaca, Alma-Ata Bildirisi'nde sağlık; gerçekleşmesi sağlık sektörünün yanısıra pek çok sosyal ve ekonomik sektörlerin eyleminin gerçekleşmesine ihtiyaç gösteren sosyal bir amaç olarak tanımlanmıştır⁷⁷.

1986 Ottawa Şartı'nda (1986) da sağlığı geliştirme son derece geniş, sağlık eğitimine, kamu politikalarında değişime, çevreciliğe ağırlık veren bir kapsam içine konulmuştur⁷⁸. Sağlığı geliştirme “insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma süreci” olarak tanımlanmaktadır. Barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve adalet; sağlık için temel koşullar olarak sıralanmıştır. Katılımcılar, sağlığı geliştirme amacıyla, sağlık hizmetleri ve kaynaklarını, yeniden uyumlandırmak ve gücü diğer sektörlerle, diğer disiplinlerle paylaşma taahhüdünde bulunmaktadır. Şartın “Uzlaştırma” başlıklı bölümünde bu çok sektörlü gerekliliğe vurgu yapılarak “[...] sağlığı geliştirme, tüm ilgililer; hükümetler, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörler, hükümet dışı organizasyonlar ve gönüllü organizasyonlar, yerel yönetimler, endüstri ve medya tarafından koordine edilen eylemleri gerektirmektedir [...]” denilmektedir⁷⁹. Ottawa Şartı sağlık üzerindeki çevresel etkileri ortaya koyması açısından da önemlidir.

1997 tarihli Jakarta Deklarasyonu'nda da sağlığı geliştirme anahtar bir yatırım olarak tanımlanmış ve sağlığı geliştirmenin “[...] insanlar için en büyük sağlık kazanımlarını yaratmak, sağlıkta adaletsizlikleri azaltmaya belirgin oranda katkıda bulunmak, insan haklarını daha ileri düzeye taşımak ve sosyal sermayeyi oluşturmak amacıyla, yatırım ve eylem aracılığıyla” sağlığı belirleyiciler üzerinde önemli bir etki sağladığı ifade edilmektedir. 21.yy.a doğru sağlık belirleyicilerinde görülen değişimler ya da tehditler (sosyal güvenlik, insan hakları, sivil ve içsel şiddet gibi) belirtilmiş ve bunlara

⁷⁶ Alma-Ata Bildirisi, 1948, <http://www.un.org.tr/who/ALMAATA.HTM>, (25.09.2002).

⁷⁷ Mann ve diğerleri, s.8.

⁷⁸ Jones, “What is Health?”, s.6.

⁷⁹ Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı, 1986, <http://www.un.org.tr/who/>, (25.09.2002).

karşı yeni eylem türlerine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir. Deklarasyonda “hükümet sektörleri içinde, hükümet ve hükümet dışı organizasyonlarda ve kamu ve özel sektörler arasındaki geleneksel bağları yıkmak için gözle görülür bir ihtiyaç vardır, dolayısıyla işbirliği yapılmalıdır” denilmektedir⁸⁰.

Yukarıda ana hatlarıyla incelenen uluslararası belgelerin ortak noktası sağlığı geliştirme konusundaki sorumlulukların kamu, özel sektör ve STK’lar (sivil toplum kuruluşları) arasında paylaşılması gerekliliğidir. Her üç bildiri de aslında küreselleşmenin etkilerini ortaya koymaktadır.

⁸⁰ Jakarta Deklarasyonu, 1997, <http://www.un.org.tr/who>, (25.09.2002).

2. SAĞLIK İLETİŞİMİ VE HALKLA İLİŞKİLERİN KAMU YARARINA YÖNELİK KULLANIMI

21.yy.ın en önemli sağlık sorunlarıyla (kalp ve damar hastalıkları, HIV/AIDS, uyuşturucu, tüberküloz, sıtma, zihinsel hastalıklar vs.) tıp biliminin tek başına mücadele etmesi beklenemez. Bir disiplinlerarası etkileşim örneği olan “sağlık iletişimi” bu noktada sağlığın geliştirilmesine sosyal pazarlama, medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve halkla ilişkiler yöntemlerini kullanarak önemli katkılar sağlayabilir. Özellikle de “stratejik iletişim yönetimi” olarak tanımlanan halkla ilişkiler, sağlık iletişiminde kullanılan bir yöntem olarak elindeki gücü “kamu yararı”na yönelik kullanabilmektedir.

2.1. Disiplinlerarası Etkileşim ve Sağlık İletişimi

İçinde bulunduğumuz 21.yy. her alanda etkileşimlere, sektörlerarası işbirliklerine ve özellikle de bilimsel anlamda etkileşimlere sahne olacaktır. Birinci bölümde ele alınan sağlıkla ve sağlığı geliştirilmesi ile ilgili tanımlamalar, sağlığı profesyonel uzmanların belirleyici olduğu alandan çıkaran ve onu bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileştikleri daha dinamik ve kapsamlı bir düzeye yöneltilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır⁸¹. Enformasyonu elde etme yeterliliği, ilerleyen iletişim teknikleri, elektronik enformasyon sistemlerindeki gelişmeler; sosyal ve kurumsal organizasyonun doğasını değiştirmiştir⁸². Özellikle de postmodern gelişmelere paralel olarak son 20-30 yıl içinde sağlık bilimleri ve sosyal bilimler arasındaki alan daha da geçirgen hale gelmiştir. Bunun sonucu olarak da sağlık bilimcileri ile sosyal bilimciler birbirleriyle daha fazla diyalog içine girmişlerdir⁸³.

İletişim, sağlık alanında genel olarak sağlık hizmeti tüketicilerinin, sağlık riskleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili enformasyon elde etme sürecidir. Sağlık hizmeti sağlayanlar tarafından iletişim, birincil araç olarak teşhise dayalı enformasyon sağlamada ve tedavi

⁸¹ Belek, s.26.

⁸² Macdonald ve Bunton, s.12.

⁸³ Akile Gürsoy, “Sağlık ve Sosyal Antropoloji: Çocuk Sağlığının Kültürel Boyutları”, *Toplumbilim Dergisi* (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı), S: 13, Temmuz 2001, s.11.

enformasyonu sağlamada kullanılır. İletişim, sağlık kuruluşlarına kamu eğitimi kampanyaları esnasında etkili enformasyon sağlamada birincil mekanizmadır. Ayrıca biyotetik konuları değerlendirmede ve karmaşık sağlık hizmeti kararları vermede sonuçları tartmak için kullanılan bir süreçtir. Bu sosyal süreç ile amaçlarına ulaşmak için enformasyona ihtiyaç duyan başlıca hedef kitlelere (tüketiciler, araştırmacılar, politika yapanlar vs.) ilgili sağlık enformasyonu iletebilmektedir⁸⁴.

Sağlık iletişimi disiplininin tanımlanması ve gelişimine geçmeden önce, bu disiplinin sağlıkla ilgili diğer alanlardan ayrılan tarafları ortaya konulmalıdır. Örneğin hastanelerin halkla ilişkiler faaliyetleri ve sağlık hizmetleri pazarlaması (*health care management*) ile sağlık iletişimi sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır. Sağlık hizmetleri pazarlaması “sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaları bu hizmetlere kullanmaya teşvik etmek” şeklinde tanımlanmaktadır⁸⁵. Sağlık hizmetleri pazarlaması, öncelikle sağlık kuruluşunun pazarlanmasıdır ve hastalar “müşteri” olarak ele alınmaktadırlar. Bu noktada üzerinde durulması gereken nokta, sağlığın kendine has özellikleri olan bir hizmet alanı olduğudur. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez hizmetlerdir. Sağlık, fiyatı biçilemeyen dolayısıyla da iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmet⁸⁶ olarak ele alınmalıdır.

2.1.1. Sağlık İletişimi Disiplininin Tanımlanması ve Gelişimi

Sosyal bilimlerin ve insan bilimlerinin sağlık alanında kullanılması 20-30 yıl öncesine dayanmaktadır. İlk kullanıma morbidite ve mortalite (hastalık düzeyi ve ölüm düzeyi) istatistiklerinde ve daha sonra da ortalama yaşam süresi beklentilerinde rastlanmaktadır. Buradaki veriler tıp ekonomisi, medikal sosyoloji ve medikal psikolojinin

⁸⁴ Gary L. Kreps, “*Opportunities for Health Communication Scholarship to Shape Public Health Policy and Practice: Examples From the National Cancer Institute*”, *Handbook of Health Communication*, Teresa Thompson ve Diğerleri (ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003, s.611.

⁸⁵ Robinson ve Whittington’dan aktaran Mehmet Karafakıoğlu, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul: Dönence Basım ve Yayın, 1998, s.2.

⁸⁶ Kurtulmuş, s.58-61.

gelişiminde etkili olmuşlardır. Elde edilen bilgiler tıbbi bir disiplin olan epidemiyolojide toplanmıştır⁸⁷.

Sağlık iletişimi (*health communication*) disiplini ABD’de ortaya çıkmıştır ve halen bu alandaki araştırmalarda başı çeken ülke durumundadır. Bu konuda öncü kurum, çalışmalarını 1971’deki Ulusal Kanser Sözleşmesi’nin (National Cancer Act) başlamasına dayandıran ABD Kanser Enstitüsü’ne bağlı CIS’dir (Cancer Information Service-Kanser Enformasyon Servisi). CIS’in kanser hastalığının nedenlerinin ortaya çıkarılması, hastalığın önlenmesi ve tedavisi için ABD’nin en uzun süre devam eden sağlık iletişimi programlarından biri olan Ulusal Kanser Sözleşmesini kullanarak, iletişim bilimi aracılığıyla sırasıyla toplumu, bilim adamlarını, doktorları ve diğer sağlık personelinin bilgilendirmeyi hedeflemiştir. Uzun yıllar devam eden çalışmalar CIS’i öyle bir noktaya getirmiştir ki 2010 yılı hedef alınarak hazırlanan “US Healthy People 2010” programının vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Bu öncü kurum da kendi içinde yeniden yapılanmaya gitmiş ve 1980’lerin sonunda Ulusal Kanser Enstitüsü Kanser Enformasyon Bürosu kullanılarak 1971’de başlatılan çalışmalar, günümüzde bu uzmanlık bürosu aracılığıyla sürdürülmektedir⁸⁸.

Yine ABD’de ilk kez International Communication Association’a (Uluslararası İletişim Derneği) bağlı olarak bir Sağlık İletişimi Bölümü 1975 yılında kurulmuştur. National Communication Association’a (Ulusal İletişim Derneği) bağlı olarak aynı isimle bir başka bölüm de 1985’de kurulmuştur. Sağlık iletişimi çalışmaları 1975’den önce düzenli olmayan bir şekilde başlamıştır. Bunun istisnası Barbara Korsch ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalardır. Yapılan ilk araştırmalar tıp, hemşirelik ya da diğer sosyal bilim alanlarından gelenlerce değil, asıl ilgi alanları iletişim olan kişilerce yapılmıştır. Castello’nun sağlık iletişimiyle ilgili beş makalesi, iletişimle ilgili yayınlarda yer alır. Bunlardan üçü sağlık iletişiminden çok terapötik iletişime yöneliktir. Cassata da onu izleyerek, var olan az sayıda araştırmanın iletişim alanında çalışanlarca yapıldığını belirtir.

⁸⁷ Alphonse d’Houtoud, *Sociologie de la Santé*, Paris: L’Harmattan, 1998, s.185.

⁸⁸ Scott C.Ratzen, “Preface”, *Journal of Health Communication*, Supplemental Issue, Vol. 1998, s.3.

1989'da Lawrence Erlbaum Associates, *Health Communication* ismiyle alanla ilgili ilk hakemli dergiyi çıkarır, ardından da 1996'da *Journal of Health Communication* adlı hakemli dergi yayınlanır.

Castello'nun (1977) makalesi sağlık hizmetleri (*health care*) alanında iletişimin yalnızca dört işlevi üzerinde durmaktaydı: teşhis, işbirliği, öğüt ve eğitim⁸⁹. Castello, sağlık alanında iletişimin önemine şöyle değinmiştir:

Sağlık ve hastalıkla ilgili iletişim, insan deneyiminin en yaşamsal deneyimlerini oluşturur. Başka hiç bir insani olgu sağlık ve hastalık kadar asal değildir, insan yaşamıyla da bu kadar doğrudan ilgili değildir, bizi isteklerimize bu denli bağlayamaz ve bizi sınırlarımızla bu kadar açıkça karşı karşıya getiremez. Üstelik insan yaşamıyla doğrudan ilgili tecrübelerin dinamikleri ve özellikle bunların insan vücudu, ruhu ve toplumun üzerindeki etkilerini ele aldığımızda sağlık iletişimi, akademik araştırma sahaları içinde topluma en faydalı olan, yapılması en zor olan ve en karmaşık akademik daldır⁹⁰.

Sağlık iletişimi, aşağıda sıralanan birbiriyle ilişkili gelişmelerin biraraya gelmesiyle güç kazanmıştır:

- iletişim çalışmalarının bir disiplin haline gelmesi
- insan davranışı ve ilişkileri hakkındaki araştırmaların gelişmesi
- global olarak sağlık ve insani hizmetlerin eylem araştırmalarının gelişmesi
- üniversitelerde kamu sağlığı bölümlerinin çoğalması
- gündem yaratma ve hastalıkları önleme programlarının kâr amacı gütmeyen kuruluşlarca ele alınması
- hedefe yönelik sağlığı geliştirme kampanyalarındaki büyük artış⁹¹.

⁸⁹ Teresa L. Thompson, "Introduction", *Handbook of Health Communication*, s.2.

⁹⁰ Austin S. Babrow ve Marifran Mattson, "Theorizing About Health Communication", *Handbook of Health Communication*, s.39.

⁹¹ Snehendu B. Kar, Rina Alcalay ve Shana Alex, "The Evolution of Health Communication in the United States", Snehendu B. Kar, Rina Alcalay ve Shana Alex, (ed.) *Health Communication: A Multicultural Perspective*, s.45-46.

Sağlık iletişiminin tek bir tanımı yoktur. ABD'nin ve dünyanın önde gelen sağlık kuruluşlarından CDC (Centers for Disease Control and Prevention-Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezleri) ise sağlık iletişimini "sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı" olarak tanımlamaktadır. CDC bir broşürün, bir PSA'nın (Public Service Announcement-Kamu Hizmetine Yönelik Duyuru), geniş kapsamlı bir kampanyanın ya da çoklu stratejileri kullanan sağlığı geliştirme programının iletişim bileşeninin sağlık iletişiminde kullanılabildiğini belirtmektedir. CDC, sağlık iletişiminin kamu sağlığını geliştirmede bir araç olduğunun altını çizer ve bugün bu disiplinin sıklıkla, çeşitli hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde kullanılan stratejiler için kullanıldığını belirtir. CDC aynı zamanda da yeni iletişim teknolojilerine ulaşmada eşitsizlik, enformasyonunu doğruluğu ve bunların nasıl daha etkili olarak kullanılacağı hakkında da sorunlara değinmektedir⁹².

Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanmasıdır. Mesajı gönderen bir kişi, bir organizasyon ve bir kitle iletişim aracı olabilir. Yorumlayan ise bir kişi, bir grup ya da ayırım yapılmamış kitle olabilir⁹³. Tabak, sağlık iletişimine "bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır" şeklinde sınırlı bir tanımlama getirerek, sağlık hizmetlerinin tanınmasını, doğru sağlık bilgilerinin yayılmasını, sağlıkla ilgili tutumların değişmesini ve sağlık davranışının değiştirilmesini de bu sürecin temeline oturtmuştur⁹⁴. Sağlık iletişimi sağlığın ve hastalığın bireyler ve toplum tarafından anlaşıldığı, biçimlendiği ve uyulduğu sembolik süreç olarak da tanımlanabilmektedir. ABD Sağlık Bakanlığının Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığı Geliştirme Bürosu (Office of Disease Prevention and Health Promotion) tarafından geliştirilen *Healthy People 2010* programında "sağlığın geliştirilmesi için

⁹² Centers for Disease Control and Prevention, Office of Communication, <http://www.cdc.gov/od/oc/hcomm>, (11.12.2003).

⁹³ Lewis Donohew and Eileen Berlin Ray, "Introduction: Systems Perspectives on Health Communication", *Communication and Health: Systems and Applications*, s.4.

⁹⁴ Ruhi Selçuk Tabak, *Sağlık İletişimi*, İstanbul: Literatür Yayınları, s.29.

iletişim stratejilerinin, bireylerin ve toplumun kararlarında bilgilendirilmesinde ve etkilenmesinde kullanılması ve incelenmesi” olarak tanımlanmaktadır⁹⁵.

Sağlık iletişimi, iletişim ve sağlık alanlarını birbirlerine bağlar, kişisel ve kamu sağlığını geliştirme çalışmalarının gerekli bir ögesi olarak gittikçe daha çok tanınmaktadır. Sağlık iletişimi, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi konularına her yönden katkıda bulunur ve şu farklı bağlamlarda ele alınmaktadır:

-sağlık personeli / hasta ilişkileri ve sağlık personelinin kendi arasındaki iletişimi (sağlık hizmetinde kişilerarası interaksiyon)

-kişilerin sağlık enformasyonunu aramaları ve kullanmaları

-kişilerin klinik tavsiyeleri yerine getirmeleri

-kamu sağlığı mesajlarının oluşturulması (rn. yaşam biçimi ile ilgili kampanyalar: iletişimin koruyucu tıp mantığıyla sağlığın geliştirilmesinde kullanımı ya da belli krler / tedaviler hakkında halkı aydınlatamak için kullanılması)

-kişisel ve toplumsal sağlık riski ile ilgili enformasyonun yayılması (risk iletişimi)

-kitle iletişiminde sağlık mesajları (geniş anlamda kültür)

-tüketicilerin ve sağlık personelinin kamu sağlığı ve sağlığın korunması sistemlerine nasıl ulaşacağı eğitimi (iletişim bilgilerinin arttırılması)

-sağlık enformasyon sistemleri : İletişim teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler sonucunda gelişmiş ülkelerde sağlık iletişimi alanında kullanılmaya başlanan yenilikler; tele-sağlık (telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojilerinin kamu sağlığı ve tıp bilimine uygulanması), interaktif sağlık iletişimi (bir bireyin-tüketicisi, hasta, sağlık profesyoneli-sağlık enformasyonuna ulaşmak, iletmek ya da sağlıkla ilgili bir konuda rehberlik elde

⁹⁵ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.3

etmek için elektronik bir aletle ya da iletişim teknolojisiyle interaksyonu ve tele-tıp (telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojilerinin özellikle klinik hizmetlerde kullanılması).

Yine *Healthy People 2010* programına göre, 21.yy.ın ilk yarısında sağlık iletişiminin kişisel sağlığı ve toplum sağlığını geliştirme konusunda sağlık profesyonellerinin, araştırmacıların, hükümet görevlilerinin ve halkın çeşitli faaliyetlerde bir arada çalışmaları gerekmektedir. Bu faaliyetler;

- herkesin eşit olarak yararlanabileceği bir sağlık enformasyonu sisteminin kurulması
- yüksek kaliteli ve hedef kitleye uygun enformasyonu ve destek hizmetlerinin belirli sağlık sorunları ve sağlıkla ilgili kararların nüfusun her katmanına; özellikle de yetersiz hizmet sağlanan kişiler için geliştirilmesi
- iletişim biliminde sağlık profesyonellerinin eğitilmeleri ve iletişim teknolojilerinin kullanımı
- etkili sağlık iletişimi uygulaması ve eleştirel anlayışın promosyonu olarak belirlenmiştir⁹⁶.

Sağlık iletişiminin ilgi alanı; toplum içinde bireylerin sağlığından ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinden, ulusal ve evrensel sağlık programlarının hazırlanmasına, sağlık politikalarının düzenlenmesine kadar oldukça geniştir. Kişilerarası iletişim düzeyinde ele alındığı gibi kitle iletişimi düzeyinde de ele alınan sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerinin tanınması, sağlıkla ilgili doğru bilgilerin yayılması, sağlık davranışlarının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili tutumların değiştirilmesi gibi hedefleri içermektedir⁹⁷.

⁹⁶ "Healthy People 2010", <http://www.health.gov/HealthyPeople/Document/HTML/volume1/11HealthCom.htm>, s.2, (30.09.2002), David Miller ve Greg Philo, "Communicating Change in the NHS: A Review of Health Communication Campaigns, Media Coverage of Health Care Issues and the Process of Public Opinion and Belief Formation", August 1995, s.2, <http://staf.stir.ac.uk/david.miller/publications/communicatinghealth.html>, (10 Eylül 2002), s.4 ve "What is Health Communication?", <http://www.hehd.clemson.edu/PublicHealth/PHEPH/HealthComm/define.htm>, (11.01.2001), s.2.

⁹⁷ Tabak, s.29-30.

Kişiler için etkili sağlık iletişimi, sağlık riskleri ve çözümleri konusunda farkındalığı artırır, bu riskleri azaltmak için motivasyon ve yetiler sağlar, benzer durumlarda başka kişilerden yardım bulmaya katkıda bulunur, tutumları etkiler ya da güçlendirir. Sağlık iletişimi aynı zamanda uygun sağlık hizmetlerine talebi artırır ve uygun olmayan sağlık hizmetlerine de talebi azaltır. Toplum için sağlık iletişimi, sağlık gündemini etkilemek için, politika ve programları savunucular için sosyo-ekonomik ve fiziksel çevrede olumlu değişiklikler sağlamak için, kamu sağlığının ve sağlığın korunması hizmetlerinin yayılmasını geliştirmek için, sağlık ve yaşam kalitesine yararı olan sosyal normları desteklemek için kullanılır.

Bu uygulamalardan biri, klinik durumlarda kişilerarası ve grup etkileşimlerinin geliştirilmesidir (örneğin hizmet sağlayan-hasta, hizmet sağlayan-hizmet sağlayan ve sağlığın korunması ekibinin üyeleri arasında) bu da sağlık profesyonellerine ve hastalara etkili iletişim yetileri öğretilerek yapılır. Sosyal iklimi değiştirerek sağlıklı davranışa yönleltmeyi, farkındalık yaratmayı, tutumları değiştirmeyi ve kişileri tavsiye edilen davranışlara uymaya motive etmeyi amaçlayan kamu eğitim kampanyaları ile sağlık mesajlarının yayılması da başka bir alandır⁹⁸.

Kreps ve Thomson da (1984) sağlık iletişimini “sağlık hizmetleri üzerinde insan etkileşimi” olarak tanımlar ve sağlık hizmetlerinde hasta/tüketici ihtiyaçları üzerinde durur, aynı zamanda da iletişimin hangi düzeyde süregeldiği ve etkilerinin ne olduğunun da incelenebileceğini belirtir (kişilerarası, kişisel, grup içi, kurumsal, kamu ve kitle iletişimi). Kreps 1988’deki çalışmasında sağlıkla ilgili enformasyon üzerinde durur; yayılmış, her yerde olan ve de insan etkileşimlerinin farklı düzeylerinde nasıl arandığı, süreçten geçtiği ve paylaşıldığını araştırır. Reardon ise (1988); iletişimin nasıl ve hangi şartlarda insanları daha sağlıklı yaşam biçimlerine ve davranışlarına yönleltmek için ikna ve motive edeceğini bir sağlığı geliştirme ve hastalığın önlenmesi sorunu olarak alanın rolünü inceler. Pettegrew (1988) sağlıkla ilgili iletişimin bağlamının önemini tartışır, alanın “teorik

⁹⁸ “Healthy People 2010”, s.2.

çoğulculuğu”ndan bahseder ve sağlık iletişimi dinamiklerinin sadece “iknaya karşı enformasyon” perspektifleriyle yeterince temsil edilmediği üzerinde durur⁹⁹.

“Sağlık iletişimi, geniş popülasyonların sağlık uygulamalarını pozitif yönde etkilemek için sistematik girişimdir. Sağlık iletişiminin birincil amacı sağlıkla ilgili uygulamalarda ve bunun sonucunda da sağlık durumunda ilerleme kaydetmektir.¹⁰⁰ Sağlık iletişimi, kamu sağlığının koruyucu anlayışı içinde çok önemlidir. İkna etmeye yönelik sağlık enformasyonu kişilerin sağlıklarını korumaya yönelik davranışlarını düzenleyen birincil sosyal süreçtir¹⁰¹. Castello’ya göre (1977) sağlık iletişimi; bireylerin sağlıkla ilgili sonuç verilerini elde edip, anlamlı ve tüketilebilir enformasyona çevirmesi sürecini inceler. Cassata (1980) ise alanı “sağlık durumlarına, bağlamlarına uygulanan iletişim parametreleri (düzeyleri, işlevleri ve yöntemleri)” olarak tanımlamıştır. Reardon (1988) da iletişimin nasıl ve hangi şartlarda insanları daha sağlıklı yaşam biçimlerine ve davranışlarına yönlendirmek için ikna ve motive edeceğini bir sağlığı geliştirme ve hastalığın önlenmesi sorunu olarak ele alan bu disiplinin rolünü inceler. Pettgrew (1988) sağlıkla ilgili iletişimin bağlamının önemini tartışır, alanın “teorik çoğulculuğundan” bahseder ve sağlık iletişimi dinamiklerinin sadece “iknaya karşı enformasyon” perspektifleriyle yeterince temsil edilmediği üzerinde durur¹⁰². Maibach ve Holtgrave ise sağlık iletişimini, kamu sağlığı iletişimi olarak ele alır ve “iletişim teknik ve teknolojilerinin bireyleri, popülasyonları ve kuruluşları (olumlu) etkilemek için kullanılması” şeklinde tanımlar ve bu yaklaşımların “sosyal pazarlama, risk iletişimi, davranışsal karar teorisi, eğlendirirken eğitim (*edutainment* veya *infotainment*), medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve interaktif karar destek sistemlerini” içerdiğini belirtir¹⁰³.

⁹⁹ Finnegan Jr. ve Viswanath, s.9-11.

¹⁰⁰ Elayne Clift ve Vicki Freimuth, “*Health Communication: What it is and What it Can Do For You?*”, *Journal of Health Education*, Vol. 26, no.2, 1995, s.68-74.

¹⁰¹ Kreps ve Thornton, s.198-200.

¹⁰² Donohew ve Berlin Ray, s.3-6 ve Finnegan Jr. ve K. Viswanath, s.9-11.

¹⁰³ Edward Maibach ve David R. Holtgrave, “*Advances in Public Health Communication*”, *Annual Review of Public Health*, No. 6, 1995, s.219

Etkili sağlık iletişimi sanat ve bilimin bir kombinasyonudur. Bilimsel ve sistematik sağlık iletişimi metodolojisinin kamu sağlığı sorunlarına uygulanması başarının anahtarı olarak görülmektedir. Sağlık iletişimi yalnızca bilimsel veri ve hastalıklar tarafından yönlendirilen bir disiplin olarak görülmemelidir. Sağlık iletişimi hybrid bir disiplindir: tıp ve sağlık alanında yaşanan gelişmelerin iletişim, sosyoloji, psikoloji, antropoloji, ekonomi, istatistik, sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme, işletme, siyaset bilimi ve enformasyon teknolojisi, hatta siyaset bilimini de içine alarak kamu sağlığı bilimi ile direkt, bire bir ilişki içine girerek ortaya konulduğu bir süreçtir. Bu disiplinler birbirlerini tamamlarlar ve ortak ilke ve teknikleri paylaşırlar, ancak her birinin sağlık iletişimine katkısı emsalsizdir. Örneğin antropoloji, sağlık iletişimi programını planlayanın, hedef kitlenin kültürel değerleri ve diliyle uyumlu programlar sunabilmesi için. bir popülasyonun kültürel özellikleri anlamasına yardımcı olur (inanç ve uygulamalar gibi). Sosyal-psikolojik bir davranış analizi ise sosyal olarak önemli davranışları değiştirmede pratik prosedürleri deneysel olarak analiz eden ve geliştiren bir davranış bilimidir, ya da daha az resmi olarak davranış ve  evre (kişilerarası ya da fiziksel) arasındaki ilişkileri araştıran ve bu ilişkilerde daha işlevsel ve yeni davranışlar benimsenmesi için bireylere yardım etmek için geliştirilen disiplindir. Sağlık iletişimi; son zamanlarda gelişme gösteren sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi ve biyo-medikal alanlar gibi çok disiplinli alanlarla birlikte geliřmektedir¹⁰⁴. Çok disiplinlilik, sağlığın tıbbi modeline, dolayısıyla de sağlığın tıbbileştirilmesine eleştirel bir boyut getirmektedir.

Sağlık iletişimi uygulamalarında aşağıdaki beş ögeye dikkat edilmelidir:

-iletişimin kontrolünün yönetimi: medya trendlerinin, internet dedikodularının, kültürel mitlerin vs. incelenmesi

-her seviyede eğitim: sosyal normları geliştirme, ana mesajların tekrarı, bir sağlık bilinci geliştirilmesi

¹⁰⁴ Judith Graeff, John P. Elder ve Elisabeth Mills Booth (ed.), *Communication for Health & Behavior Change: A Developing Country Perspective*, San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 1993, s.15-16, Finnegan Jr. ve Viswanath, s.12 ve Tabak, s.30.

-yalnızca sağlık sektörlüyle değil, içinde medya, akademi dünyası, hükümet de dahil olmak üzere ana liderlerle savunuculuk (*advocacy*) yapılması

-bilim / sağlık ile ilgili medyada ve halk arasında anlayışın artırılması için diyalog ortamları yaratılması

-sürdürülebilir sistemlere (medya, akademi, hükümet vs.) bilimsel bilgi ve "gerçek" kavramlarının yerleştirilmesi¹⁰⁵.

Sağlık iletişimi bir sağlık sorununa veya çözümüne ilgiyi arttırabilir, hedef kitlenin sağlıkla ilgili arzu edilen davranışlarını değiştirmeye yönelik verilen destekleri olumlu yönde etkileyebilir, değinilen sağlık konusu ile ilgili sağlık hizmetleri için talep olduğunu ortaya koyabilir, sağlıkla ilgili arzu edilen davranışları değiştirmeye yönelik enformasyonu tamamlayabilir veya arttırabilir. Ancak sağlık iletişimi eksik olan sağlık hizmetlerinin yerini dolduramaz, destekleyici program unsurlar olmadan davranış değişikliği sağlayamaz ve tüm sağlık konularına aynı ölçüde etki etmesi de beklenemez¹⁰⁶.

Türkiye’de ise sağlık iletişimi, bazı tıp fakültelerinin kamu (halk) sağlığı bölümlerinde ve sağlık eğitim fakültelerinde ders olarak okutulmaktadır. İrfan Erdoğan, “Türkiye gibi ölkelerde tıp fakültelerinde sağlık iletişimi öğretimi ya yoktur, ya da iletişimi araca (söze, mesaja, yazıya, imaja) indirgeyen ve iletişimle arasında yanlış bağ kuranlar tarafından verilir” diyerek konunun ölkemizdeki durumunu ortaya koymaktadır¹⁰⁷. Dünyada özellikle de ABD’de iletişim ve tıp fakültelerinde lisans ve lisansüstü dersi olarak okutulan sağlık iletişimi yalnızca tıp fakültelerinde değil, iletişim fakültelerinde de ders olarak okutulmalıdır. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi’nde 2000-2002 yıllarında “sağlık haberciliği” seçmeli ders olarak konulmuş ve daha sonra kaldırılmıştır. Galatasaray

¹⁰⁵ Scott Ratzan, “Public Health at Risk: Media and Political Malpractice”, *Journal of Health Communication*, Vol. 7, Issue. 2, March 2002, s. 83-85.

¹⁰⁶ “Making Health Communication Programs Work: A Planner’s Guide”, U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service and National Institutes of Health, NIH Publication No.92-1493, April 1992, s.

¹⁰⁷ İrfan Erdoğan, “Tekelleşme, Medya ve Medya Pratikleri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, C.17, S.6, Kasım-Aralık 2002, s.243.

Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde ise "sağlık iletişimi" dersi 2000 yılından beri lisans dersi olarak okutulmaktadır. Bu ders, İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulamaları Bürosu ile birlikte yürütülmektedir.

Sağlık iletişimi, Türkiye'de özellikle son dönemlerde özel hastanelerin halkla ilişkiler ve tanıtım faaliyeti olarak yanlış bir tanımlama çerçevesinde kullanılmaktadır. Ülke genelinde sağlıkla ilgili haberlerin (sağlık haberciliği) ve enformasyonların iletilmesi, sağlık kampanyalarının yürütülmesi, sağlık eğitimi faaliyetleri yürütülmekte, ancak bunların gerçekleştirilmesinde iletişim alanında çalışanlarla işbirliğine çok ender olarak gidilmektedir.

2.1.2. Sosyal İletişim

Anglo-Sakson kökenli bir disiplin olan sağlık iletişimi çalışmaları başta Fransa olmak üzere Avrupa ülkelerinde genellikle "sosyal iletişim" (*communication sociale*) ya da "kamusal iletişim" (*communication publique*) adıyla uygulanmaktadır. Toplumun önde gelen değerleri (demokrasi, sağlık, güvenlik, yaşam kalitesi vs.) "sosyal iletişim"in bileşenleridir. Sosyal iletişim faaliyetlerinde kamusal yarar esastır. İletişimin bireyselliğinden, evrensel bir sosyal işleve gidiş söz konusudur. Sosyal iletişim bireysel ve kollektif ilerleme için gereklidir. Sosyal iletişim, vatandaşları kendi davranışlarından sorumlu, otonom bireyler olarak kabul eder, kullanılan mesajlar kanıtlanmış olgulardan hareket eder (sigaranın akciğer kanserine yol açması gibi). Sosyal iletişimin eğildiği konular arasında hastalıkların ve kazaların önlenmesi, sağlık ve çevrenin korunması için eğitim, kamusal ve özel kararlara katılımın artırılması çalışmaları sayılabilir.

Kamusal iletişim, kitle iletişiminin içine dahil edilebilir. Kamusal iletişimden kastedilen devletin iletişimidir. Devlet, sağlıkla ilgili konularda inisiyatif alacak tek kurum değildir. Dernekler, ilaç laboratuvarları da aynı iletişim kanalları üzerinde faaliyet gösterebilirler¹⁰⁸. Bir kamusal iletişim kampanyası, kamu erkleri tarafından tanımlanan bir

¹⁰⁸ Geneviève Paicheler, "Émetteurs, Messages: Quelle Maîtrise, Quelle Droit de Regard?", CFES-Du Bon Usage de la Communication en Education Pour la Santé, s.60-61.

yönlendirme ve bireysel ya da kollektif bir reklam ajansının mesajla ilgili fikrinin sonucudur. Yukarıdan aşağıya; mesajı ileten alıcıya doğru bir iletişim modeli söz konusudur. Örneğin Fransız televizyonunda yayınlanan “Bir Virüse Karşı 2000 Senaryo” kampanyasında AIDS/HIV’e karşı senaryolar; genç senaristler, AIDS ile mücadele dernekleri, sinema profesyonelleri ve sağlık uzmanları tarafından hazırlanmıştır¹⁰⁹.

Fransa’da ilk sosyal iletişim çalışmaları 1970’li yıllarda otoyol güvenliği ile ilgili olarak, daha sonra da enerji tasarrufu ve sağlık eğimi konularında devlet tarafından gerçekleştirilmiştir. 1992’de toplam 77 enformasyon, halkla ilişkiler kampanyası ile çeşitli yayınların basılması gerçekleştirilmiştir. Sosyal iletişim kampanyaları ya devlet tarafından ya da STK’lar (dernekler, vakıflar vs.) aracılığıyla gerçekleştirilirler¹¹⁰.

2.1.3. Risk İletişimi

Kimyasallar ya da enfeksiyona neden olan ajanların, ilaçların veya aşılardan güvenliği gibi potansiyel sağlık tehlikeleriyle ilgili beklenmeyen ve istenmeyen sonuçlara maruz kalınması çok sık olmasa da meydana gelebilmektedir¹¹¹. Bu tür risklerin “yönetimi” (*risk management*) de risk iletişiminin konusudur. Risk iletişimini, sağlık iletişimi disiplini içinde ele almak mümkündür. 1989’daki Ulusal Araştırma Konseyi’nin tanımında risk iletişimi “kişiler, gruplar ve kurumlar arasında enformasyon ve fikir alışverişinin interaktif süreci” olarak ele alınmaktadır. Risk iletişiminde kaynak uzmanlardır, mesaj risk konusundaki enformasyonlardır ve kanallar da medyadaki muhabirler ve editörlerdir, alıcılar ise genel olarak tüm halktır. Davies, Covello ve Allen de risk iletişimini şöyle tanımlamaktadırlar:

Sağlıkla ve çevreyle ilgili risklerin düzeyi konusunda ilgililer arasında enformasyonun iletilmesi ve gönderilmesi eylemi, ayrıca bu tür risklerin anlamı ve önemi

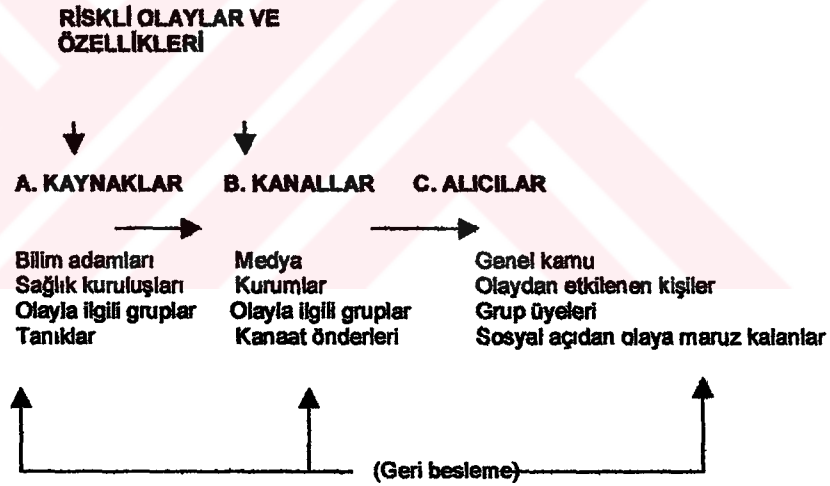
¹⁰⁹ Dana Rudelic-Fernandez, “*Quels Indicateurs Pour l’Evaluation des Campagnes de Communication Publique?*”, CFES-Du Bon Usage de la Communication en Education Pour la Santé, s.156.

¹¹⁰ Michel le Net, *Communication Publique: Pratique des Campagnes d’Information*, Paris: La Documentation Française, 1993, s.7-20.

¹¹¹ Tim Tinker ve Elaine Vaughan, “*Risk Communication*”, *Communicating Public Health Effectively: A Guide to the Practitioners*, s.179.

ya da kararların, eylemlerin ve politikaların bu riskleri düzenleme ve kontrolü için kullanımıdır¹¹².

Miller ve Macintyre kamu sağlığı risklerini; sosyal ve politik kurumlar (doğa bilimleri ve sosyal bilimler araştırmaları dahil olmak üzere), medya kuruluşları, genel kamu ve karar alıcılar arasındaki interaksiyonunun bir ürünü olarak ele almakta ve bunu da iletişim akışı olarak tanımlamaktadırlar. Miller ve Macintyre, kamunun inançları ve iletişim akışındaki diğer paydaşların arasındaki ilişkilerin de incelenmesi gerektiğinin de altını çizmektedirler¹¹³. Bu bağlamda, Şekil 4, riskli olayların ve onların özelliklerinin iletişim sürecinin önemli bir parçası olduğunu ortaya koymaktadır. Bu riskli olaylar ve onların özellikleri, risk algılamalarının yoğunlaşmasında ya da azalmasında geniş psikolojik, sosyal, kurumsal ve kültürel süreçle etkileşirler¹¹⁴.



Sekil 4: Risk İletişiminin Organizasyonel Yapısı

Kaynak: Pidgeon, Henwood ve Maguire, s.67.

¹¹² Robert L. Heath ve Kathy Nathan, "Public Relations' Role in Risk Communication Information", *Public Relations Quarterly*, Vol. 35, Issue. 4, Winter 90-91, s.15.

¹¹³ David Miller ve Sarah Macintyre, "Risk Communication: The Relationships Between the Media, Public Beliefs, and Policy-Making", Peter Bennett and Kenneth Calman (ed.), *Risk Communication and Public Health*, Oxford: Oxford University Press, 1999, s.230.

¹¹⁴ Nick Pidgeon, Karen Henwood ve Bryan Maguire, "Public Health Communication and the Social Amplification of Risks: Present Knowledge and Future Prospects", *Risk Communication and Public Health*, s.67-68.

Risk iletişimi genellikle kamu sektöründeki sağlık kurumlarını ilgilendiriyorsa da özel sektördeki işletmelerin de bu konuda sorumlulukları gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle son yıllarda isimlerini duyduğumuz Batı Nil virüsü, şarbon, BSE ve vCJD (büyük baş hayvanlarda görülen *bovine spongiform encephalopathy* ve insanlarda görülen *variant of Creutzfeld-Jakob Disease*: halk arasında bilinen adıyla deli dana hastalığı), asit yağmuru, nükleer silahların test edilmesinde ortaya çıkan radyasyon, meyvelerdeki tarım zehiri kalıntıları, yanıcı çocuk giysileri, çocukların aşılarda cıvaya rastlanması gibi örnekler etkili risk iletişimine ihtiyacı ortaya koymaktadır. Kamu sağlığı kuruluşları, çevre, enerji, iş güvenliği, gıda ve ilaç güvenliği ve tüketicuyu koruma ile ilgili kuruluşlar risk iletişimi konusundaki paydaşlardır. Aslında yukarıdaki örneklerden de anlaşılacağı gibi yeni risklerin çoğu doğanın bize yaptıklarıyla değil, bizim doğaya yaptıklarımızla ilgilidir.¹¹⁵

Genel olarak risk iletişimi programları şu üç kategoriden birine dahil edilebilir: sağlık riski davranışıyla ilgili hastalık önleme, çevresel ve işle ilgili zehirli kimyasallara maruz kalma ile ürün güvenliği ve tüketicuyu koruma. Bu programların da aşağıdaki risk iletişimi kategorilerine ayrılması mümkündür:

-kişileri sağlık ve güvenlikle ilgili kendi kararları ve eylemlerinin riskleri konusunda uyarmak (örn. emniyet kemeri olmadan araba kullanmak ve yüksek kolesterolü yiyecekler yemek).

-bireylerin riskin düzenlenmiş düzeylerini anlamada ve bunlara katılmaları hakkında yardımcı olunması (örn. kimyasal maddeleri üreten işletmelerin yarattığı ürünler)¹¹⁶.

Etkili risk iletişiminde dört tür çalışma yapılabilir: enformasyon ve eğitim, davranış değişikliği ve korumacı eylem, felaket uyarısı ve acil yardım enformasyonu ile sorun çözme ve uyumsuzluğun giderilmesi.

Geniş kapsamlı sosyal konularla içiçe olması nedeniyle risk iletişimiyle ilgili pek çok engel ve sorun bulunmaktadır. Öncelikle “risk” teriminin kendisi ele alınmalıdır; risk

¹¹⁵ Clive Seale, *Media and Health*, London: Sage Publications, 2002, s.14.

¹¹⁶ Heath ve Nathan , s.15-16.

nasıl ölçülür, nasıl tanımlanır ve nasıl algılanır sorusuna, riskin farklı paydaşlarından farklı cevaplar almak mümkündür. Bu durumda daha az riskli ya da daha çok riskli tanımlamaları yapılmaktadır. Halk, riski kişiselleştirirken bilim adamları için bunun tam tersi söz konusudur. Kamu sağlığı uzmanları halkı riskin düzeyleri konusunda eğitmelidir.

Risk iletişiminde uygulanabilecek ilkeler genel olarak şöyle sıralanabilir:

- Her durumun kendine özgü olduğunun hatırlanması
- Bilimsel kanıtların tesbit edilmesi
- Risk iletişiminin uygulanmasının devletin izni dahilinde olup olmamasının bilinmesi
- Hedef kitlenin korku ve öfkesinin dikkate alınması
- Riskin ve yararların çoklu bir bakış açısıyla incelenmesi
- Riskle ilgili tüm paydaşların konuya dahil edilmesi
- Uygun kaynakların temini ve risk iletişimi konusunda eğitimli personelin kullanılması
- Belirsizliğin tesbiti
- Bilimin kullandığı dilin halkın anlayacağı şekilde “tercüme” edilmesi
- Yapılacaklar hakkında bilgi verilmesi ve önerilerde bulunulması.

Risk iletişimi ile ilgili olarak son dönemlere ait örnekler vermek gerekirse bir biyo-terör olayı olan ve 2001 yılında ABD’de şarbonlu mektupların yollanmasıyla ölüm olaylarının görülmesinde kamu sağlığı uzmanları (başta CDC olmak üzere) risk iletişimden yararlanmışlardır. Risk iletişimi yoluyla farklı paydaşların bilgilendirilmesi, paniğin ya da

korkunun minimize edilmesi, bireylerin uygun tedbirleri alması, mizenformasyonun ve söylentilerin minimize edilmesi sağlanmıştır¹¹⁷.

Aynı şekilde 2003 yılında 30 ülkede 8000 vaka ve 900'den fazla ölümle sonuçlanan SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*-Ciddi Akut Solunum Sendromu: bir koronavirüsün neden olduğu yeni tanımlanan bir enfeksiyon) salgını sırasında da sağlık hizmeti sağlayanlar, medya ve diğer paydaşlarla etkili sağlık iletişimi sayesinde (özellikle raporların hızlı ve açık olması önemli bir etki sağlamıştır) hastalığın yayılmaması için en başta elektronik iletişim aracılığıyla başarılı bir şekilde tedbirler alınmıştır. Medya da bu konuda "sorumlu" davranmıştır. Hastalığın kontrol altına alınması için tıbbi çalışmalar, karantina, izolasyon ve seyahat kısıtlamaları, havaalanlarında alınan tedbirlerin yanı sıra, CDC'nin seyahat edenlere yönelik web sayfası da risk iletişimi açısından önemlidir. Söz konusu web sitesi (Travelers'Health: www.cdc.gov/travel) 2.6 milyondan fazla kişi tarafından ziyaret edilmiştir. Bu web sitesinde SARS hastalığının görüldüğü ülkeler hakkında seyahat uyarıları, danışmanlık ve SARS hastalığı ile ilgili bilgilendirici dokümanlar yer almıştır. Ayrıca dünya çapında pek çok bilim adamı ile tıp ve kamu sağlığı uzmanının bir arada çalışması da riskin kontrol altına alınmasında önemli payı olmuştur¹¹⁸.

Yukarıdaki açıklamalar bize bir halkla ilişkiler uygulaması olan "kriz iletişimi"ni hatırlatmaktadır. "İşletmelerin beklenmeyen zamanda, istenmeyen ve çözümü acil olan bir durumla karşılaşmaları"¹¹⁹ şeklinde tanımlanabilen kriz iletişiminde sonuç olarak işletme yararı birinci plandadır, risk iletişiminde ise "kamu yararı" esastır. Ancak kullanılan yöntemler ve araçlar arasında bir fark yoktur.

¹¹⁷ Tinker ve Vaughan, s.190.

¹¹⁸ Paul M. Arguin ve Diğerleri., "Health Communication During SARS", Emerging Infectious Diseases, Vol.10, No.2, February 2004, <http://www.cdc.gov/eid>, (21Şubat 2004), s.1. ve SARS hastalığıyla ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. World Health Report 2003, "Shaping the Future", Chapter 5, <http://www.who.int>, (29.03.2004), s.73-81.

¹¹⁹ Filiz Balta Peltekoğlu, Halkla İlişkiler Nedir, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları, 2001, s.313.

2.2. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler

Sağlık iletişiminde kullanılan stratejiler: sosyal pazarlama, medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve halkla ilişkilerdir.

2.2.1. Sosyal Pazarlama

Sosyal pazarlama olarak bilinen yöntem kısaca, reklam ve pazarlama ilkelerinin olumlu sağlık davranışı sağlamak için kullanılmasıdır¹²⁰. Amaç, sigara tüketimini azaltmak, kimi kanser türlerinin erken teşhisi için test yaptırmak, AIDS taşıyıcı ve hastası sayısı artış hızının yavaşlatılması olabileceği gibi trafik kazalarının azaltılması da olabilmektedir¹²¹. Bir görüşe göre sosyal pazarlama “insanların kalplerini ve zihinlerini kazanmak” söz konusu olduğundan bu yana var olmuştur. Hatta önemli dini ve politik liderlerin, sanatçıların, bilimadamlarının, filozofların da birer sosyal pazarlamacı olduklarını iddia eden görüşler vardır¹²².

Sosyal ve sağlık ürünlerini satmak için pazarlama tekniklerini kullanma fikri ilk kez Weibe (1951) tarafından ortaya atılmıştır ve daha sonra da Kotler ve Zaltman tarafından (1971) geliştirilmiş ve pazarlamanın insanlara, kurulaşlara ve hatta fikirlere uygulanabilecek evrensel insan aktivitesi olduğu ifade edilmiştir¹²³.

Sosyal pazarlama; iletişim ve sosyal psikoloji teorilerini, uygulamalı pazarlama teknikleriyle birleştirir, bunu sağlık iletişimi kampanyalarında ortaya koyar. Bu yöntem, kamu sağlığı uzmanlarınca kişisel sağlık davranışlarını geliştirmek için gittikçe daha fazla kullanılmaktadır. Genel olarak sosyal pazarlama, davranış değişikliği amacına daha iyi ulaşabilmek için sosyal etkileme teorileri ile pazarlama konseptlerini birleştiren bir

¹²⁰ Wallack ve Diğerleri, s.21.

¹²¹ Mehmet Tıgılı ve Hasan Güntülaydın, “Sosyal Pazarlama Çerçevesine Türkiye’deki AIDS’le Mücadele Konulu Reklamların İçerik Analizi”, *Öneri Dergisi*, C.5, S.17, (Ocak 2002), s.93.

¹²² Craig Lefebvre, “Social Marketing and Health Promotion”, *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, s.153.

¹²³ Jeanne Katz ve J. Bunker, “What Counts as Evidence in Health Information?”, *Promoting Health: Knowledge and Practice*, s.180. ve Lefebvre, s.153.

çalışmadır. Pazarlamadan; ürün, fiyat, tutundurma ve yer değişkenlerini alır (pazarlamanın 4 P'si) ve bunları belirli bir sağlık konusuna yeniden uyumlandırır¹²⁴.

Sosyal pazarlama kimi görüşlere göre insanların enformasyon sağlayarak eşitsizlikleri yenmesinin en yaratıcı yoludur¹²⁵. Modern anlamda sağlığın geliştirilmesi çabaları sosyal pazarlama yaklaşımını iletişim kampanyalarına adapte etmiştir, sağlık davranışı tüketicieye satılacak ürün olarak görülür. Sağlık riskini önleme mesajları “satışı” sağlamaya yetmez, kampanya planlayanların spesifik ikna edici iletişim stratejileri geliştirmeleri gerekir¹²⁶.

Sosyal pazarlama ideal bir bütünleşik pazarlamayı yaratarak tüketicinin sağlık mesajıyla uyum içinde davranışta bulunmasının mümkün olduğunca çekici bir hale getirilmesine ve kolaylaştırılmasına çabalar. Sosyal pazarlama, insanların ya da para gibi kaynakları çıkar sağlamak için (ürün ya da pozitif nitelik) değiş tokuş etmek istediği varsayımına dayanır¹²⁷. İdeal olarak sosyal pazarlama, yerel kuruluşları kişilerarası ağları davranış değişikliği sürecinin yaşamsal güçleri olarak harekete geçirir. Sosyal pazarlamanın ana ilkesi tüketici ve davranış arasındaki psikolojik, sosyal, ekonomik ve pratik uzaklığı azaltmaktır.

Sosyal pazarlama tanımları içinde hedef kitlenin fikirleri ve uygulamalarının kabulünü artırır kavramını içerir, bu da sorunların çözümü sürecidir, bu da pazarlama fikirlerinin vs. yayılması için uygulanmasında kullanılır. Bilimsel bilginin etkili eğitim programlarına çevrilmesi stratejisidir (örn. etkili iletişim stratejileri geliştirmek). Sosyal pazarlama konseptleri ve metodları ağırlıkla geleneksel pazarlama literatürünü ödünç almıştır. Kimi zaman ticari pazarlama ve sosyal pazarlama ayrımı bulanıklaşır. Fast food

¹²⁴ Wallack, “*Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches*”, s.155.

¹²⁵ Wallack, “*Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches*”, s.163.

¹²⁶ Kreps ve Thornton, s.200.

¹²⁷ Wallack ve Diğerleri, s.22.

restaurantlarının ürünlerinin besin değerini tanıtmaları ya da kondom üreticilerinin AIDS hakkında bilgi vermelerinde olduğu gibi¹²⁸.

Lefebvre ve Flora (1988) sosyal pazarlama çalışmaları için sekiz karakteristik önermektedirler: tüketici yönlendirilmesi, değiş-tokuş teorisi, hedef kitle segmentasyonu ve analizi, formatif araştırma, kanal analizi, pazarlama karması, süreç takibi ve pazarlama yönetimi. Bunların her birinin kullanılmasına her durumda ihtiyaç olmayabilir:

-Tüketicinin yönlendirmesi: Pazarlama yaklaşımının merkezinde ulaşılacak ve etkilemek istenilen tüketiciler bulunmaktadır. Birinci yaklaşımda hedef kitle pasif alıcı olarak kabul edilerek, istekleri ve ihtiyaçları araştırılabilir. İkinci yaklaşımda ise hedef kitle aktif olarak kabul edilir ve bu tüketicilerle zaman içinde ilişki kurulmaya çalışılır. Bu gönüllüler daha geniş tüketici kitlesinin temsilcisi durumundadırlar ve sürekli olarak programı hazırlayanlarla interaktif iletişim içinde olmaları sağlanır.

-Karşılıklı fayda değiş-tokuşu: Kotler'in değiş-tokuş teorisinden kaynaklanır (1975). Söz konusu olan bir fikir, bir ürün ya da hizmet de de olsa karşıdaki kişi bunu satın alıp almama seçimine sahiptir. Geleneksel pazarlama konsepti değiş-tokuş üzerine kurulmuştur. Değiş-tokuş genellikle para ve bir ürün arasında olur. Sağlık için sosyal pazarlamada tüketicinin maliyeti daha iyi sağlık ve yaşam biçimi için bir davranışı değiştirmektir. Sağlığı geliştirme konusunda çalışanlar için ise fayda, kamu sağlığını iyileştirecek alturistik bir fayda olabilir. Eğer söz konusu olan hükümet ise fayda, sağlık hizmeti giderlerini azaltmak veya işte kaybedilen günleri azaltmak olabilir.

-Hedef kitle segmentasyonu ve analizi: Hedef kitle segmentasyonu reklam dünyasında kullanılan bir terimdir. Karma bir popülasyonu daha homojen gruplara böler. Sosyal bilimçiler bizi sosyal sınıflara ayırırlar ama pazarlamacılar bizi segmentlere ayırarak ürünlerini satmada uygun gruplara ve hedef pazarlara ayırmış olurlar. Sosyo-demografik (lokasyon, yaş, cinsiyet, medeni durum, din, eğitim durumu, meslek, gelir, sosyal sınıf, milliyet vs.), davranışsal (ürün ya da hizmeti kullanması, fiziksel aktivitenin derecesi, boş

¹²⁸ Kreps ve Thomson, s.219-220.

zamanları nasıl geçirdiği, cinsel aktivite seviyesi vs.) ve psikolojik (hedonizm, heyecan arama, güç veya kendini kanıtlama ihtiyacı, değişim için hazır olma vs.) değişkenlerin segmentasyonu yapılır. Her segment için farklı bir pazarlama karması önerilmelidir. Bu segmentasyonlar yalnızca bireylere değil, sosyal sistemlere de yönelik olabilmektedir; eğitime, endüstriye, hükümete, sağlığa vs. yönelik sektörel segmentasyonlar da yapılabilir.

-Formatif araştırma: Özel kitlelere yönelik kamu iletişimi çabalarının hazırlanması için birincil araçtır. Hedef kitleyi temsilen seçilen focus gruplara göre strateji geliştirilir, tepkileri test edilir. Formatif araştırmanın diğer çeşitleri arasında hedef kitlenin analizi (popülasyon homojen gruplara ayrılır), hedef kitlenin medya alışkanlığının ölçülmesi (mesajlar böylelikle uygun medyada uygun zamanda yer alacak) ve önceden var olan hedef kitlenin bilgi ve tutumunun değerinin saptanması da sayılabilir. Örneğin planlanan kampanya sloganlarının test edilmesi bu sloganların kültürel olarak duyarlı olup olmadığının ve kampanya amaçlarıyla uyumlu olup olmadığının sigortası olacaktır. Değişim süreci de sosyal pazarlama yaklaşımlarının etkinliği için önemlidir. Değişimin temeli, insanın bazı kaynaklarının (örn. zaman, para vs.) bir yarar sağlamak için (ürün ya da pozitif amaç için) değişmek istemesidir.

-Kanal analizi: Hedef kitlelere ulaşılacak iletişim ve dağıtım sistemlerinin analizidir. Hedef kitlenin medya alışkanlıkları tanınmalı, mesajlar bir kaç farklı kanaldan gönderilmelidir. Kimi yazarlara göre mesaj dizaynı ve mesajların iletilmesi; sosyal pazarlama programlarının en önemli işidir.

-Pazarlama karması: Pazarlamanın 4 P'si burada da söz konusudur. (Product, price, promotion ve place)

Product (ürün): Tüketicinin kabul etmesi gereken davranış ya da fikirdir. Fikirler, tutumlar, yaşam biçimi değişiklikleri “ürün” olarak ele alınır. Artan güç, kuvvet veya egzersiz ya da sigarayı bırakmaktır. Yani ürün bir anlamda vaadedilen iyi sağlıktır. Ürün, tüketicinin kabul etmesi gerekli olan herhangi bir şeye karşılık gelir: bir nesne, bir davranış ya da bir

fikir. Bazen ürün; kondom gibi bir nesnedir ya da alkollü araç kullanmama gibi bir davranıştır.

Price (fiyat): Psikolojik, sosyal, ekonomik ya da sosyal bedeldir. Para, zaman, psikolojik ve fiziksel maliyet olarak ele alınabilir. Psikolojik, sosyal, ekonomik veya uygun değerın mesaj uygunluğu ile birleşmesidir. Örneğin bir grup içinde alkol içmemenin psikolojik anksiyeteye bedel olması, sosyal olarak da statü kaybına neden olması bir bedeldir.

Promotion (tutundurma): Davranışın zararı nasıl gidereceği. Yararlar nelerdir ve mesajı iletmenin en iyi yolu nedir (artan statü, kendine güven vs.). Promosyon ise davranışın, bedellerin dengelenmesi için nasıl paketleneyeceğidir. Bu davranışa adapte olmanın yararları nedir? Bu yararlar daha iyi sağlığı, artan statüyü, daha yüksek özgüveni veya sıkıntısız olmayı kapsayabilir.

Place (yer): Ürünün ya da davranışın edinilebileceği (kondomun her yerde bulunabilmesi gibi). Sosyal pazarlamanın en önemli yararı tüketici ihtiyaçlarına yoğunlaşmasıdır. Tüketicilere yönelik hedef kitlenin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve cevaplanmasıdır. Yer, ürünün ya da davranışın uygunluğunu ifade eder.

-Süreç takibi: Pazarlama planının uygulanması, programın hedef kitleye ulaşması, gelecekteki kampanyalarda kullanılmak üzere rapor tutulması.

-Pazarlama yönetimi: Tüketicinin ihtiyaçlarıyla, kurumun amaçlarının buluşturulması söz konusudur. Örneğin ürün geliştirme, sosyal pazarlamada risk davranışını değiştirme (örn. sigarayı bırakma, kan basıncı kontrolü gibi) olarak ele alınabilir ve bu konunun uzmanlarınca yerine getirilir¹²⁹. Problem analizi, planlama, uygulama ve aydınlatıcı geri-besleme işlevlerini kapsayan bir yönetim süreci oluşturulması kastedilmektedir¹³⁰.

¹²⁹ M. Sidell, *"Educating and Communicating Through the Mass Media"*, *Promoting Health: Knowledge and Practice*, s. 180-183, Wallack, *"Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches"*, s.156-157 ve ayrıca sosyal pazarlamanın sağlığı geliştirmede kullanımı hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Lefebvre, s.154-179.

¹³⁰ Güler ve Vaizoğlu, s.802.

Görüldüğü gibi kamu sağlığı uzmanları medyayı doğru sağlık davranışını pazarlamak için kullanırlar. Sosyal pazarlamanın ana prensibi; psikolojik, sosyal ekonomik ve politik açılardan tüketici ve davranış arasındaki uzaklığı azaltmaktır. Sosyal pazarlamacılar gelişmekte olan ülkelerde doğum kontrolü ve oral rehidratasyon terapisinde başarılı olmuşlardır. Örneğin PSA'ler sosyal pazarlamanın çok sınırlı uygulamalarıdır ve sınırlı etkileri vardır. PSA'ler sağlığın bireysel algılanmasının (ya da sosyal problemin) güçlendirilmesine yarar. Bu da medya savunucularını engeller. Bu tür kampanyalar politik olarak güvenilirdir ancak pratikte medyanın etkin olmayan bir şekilde kullanımıdır¹³¹.

Kimi kamu sağlığı uzmanları sosyal pazarlamayı manipülatif ve etik olarak şüpheli olmasından dolayı eleştirirler. Örneğin Kenyalı bir doktor sosyal pazarlamanın insanları çoğunlukla tüketici yaptığını ifade eder. Sosyal pazarlama ciddi sağlık problemlerini bireysel risk faktörlerine indirgemeye yönelir ve sosyal ve ekonomik çevrenin sağlığın en önemli belirleyicileri olarak kanıtlanmış önemini yadsır. Tüketicisiyle gönüllü değiş tokuşun motive edilmesi, sosyal pazarlamanın etkili olması için hayati önem taşır ve bunu başarmak da zordur¹³². Bir diğer eleştiri de, örneğin gelişmekte olan ülkelerde sosyal pazarlamanın temiz içme suyu sağlama gibi çevresel şartların iyileştirilmesi yerine sağlıkla ilgili bireysel alışkanlıkların değiştirilmesi üzerine yoğunlaşmış olmasıdır (karmaşık sağlık sorunlarına tekil çözümler veya hastalığa neden olan, yayılmasını sağlayan şartların gözardı edilmesi). Sosyal pazarlama, doğru mesajın, doğru kişiye, doğru araçla ve doğru zamanda ulaşmasına yardım edebilir. Yeterli kaynağa, desteğe sahip olan bazıları için mesajlar kendi başına yeterli olabilir, ancak bazıları için ise mesajlar tek başına yeterli olmayabilir. Pek çok toplum için bireysel değişim, sosyal değişime bağlıdır¹³³.

Sosyal pazarlamada hükümet kuruluşları, sivil örgütler, reklamcılar vs. birarada çalışabilirler. Ancak bu birliktelik için şart genelde çok tartışmalı konulardan kaçınmaktır ve sağlığın buradaki tanımı da dar kapsamlı, hastalık yönlendirmelidir. Çünkü hastalık nedeni olarak kişisel davranışlar üzerinde durulur. Dikkat, zararlı ürünler ve çevreden

¹³¹ Wallack ve Diğerleri, s.21-22.

¹³² Wallack ve Diğerleri, s.23.

¹³³ Wallack, "Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches", s.157-158.

uzağa çekilir. Sosyal pazarlama kampanyaları sağlık davranışını değiştirmeye motive olanlar için yeni olanaklar sunabilir. Diğer yandan bu tür kampanyalar değişme ihtiyacında olanlar için pek az şey yapabilir-ki bunların sosyal, ekonomik ve şahsi kaynakları en düşük seviyededir-değişimi sağlamayı kolaylaştırabilir¹³⁴.

Sosyal pazarlama baştan çıkarıcı bir konsepttir. Medya kuruluşları, sivil toplum örgütleri, kamu kuruluşları ve reklamcılarının birlikte çalışmasını sağlayan ortak bir alandır. Ancak bu birlikte çalışmanın şartı; tartışmalı konulardan sıklıkla kaçınmaktır¹³⁵.

2.2.2. Medyada Savunuculuk (Media Advocacy)

Lawrence Wallack'a göre, kamu sağlığı ve kitle iletişimindeki yeni araştırmalar kitle iletişimini kullanmadaki çabalarımızın bireysel değişimden sosyal değişime geçme zamanının geldiğini göstermektedir. Wallack, sağlık enformasyonunu organize etmekten sağlık politikalarını organize etmeye geçme zamanının, kişiye kendi sağlıklarıyla ilgili mesajlar vermek yerine topluluklara kamu sağlığı konularını tanımlama ve eylemde bulunması için ses verme zamanı olarak açıklamaktadır. Tabii ki açık ve doğru enformasyonla, risk faktörleri hakkında ve bireysel davranış değişikliği hakkında kamu enformasyonu kampanyaları da medyada yer almalıdır¹³⁶. Medyada yer alan sağlık yazıları (haber, eğlence ya da kamu hizmeti yayınları) sağlıkla ilgili farkındalığı ve bilgiyi artırma eğilimindedir. Sosyal pazarlama, sosyal reklam ve sağlık iletişimi kampanyaları genellikle bu amaca hizmet ederler. Medyada savunuculuğun* (*media advocacy*) esas bu işlevin de ötesindedir ve halkın politikalar üretme sürecine katılmasını sağlar¹³⁷. Michael Pertschuk'a göre medyada savunuculuk, medyanın sosyal ve kamu politikası inisiyatifini geliştirmek üzere stratejik kullanımıdır. Medyada savunuculuk, kişinin risk davranışını doğrudan

¹³⁴ Wallack ve Diğerleri, s.24-25.

¹³⁵ Wallack, "Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches"s.162.

¹³⁶ Lawrence Wallack, "Media Advocacy: A Strategy for Empowering People and Communities", *Health Promotion: An Anthology*, USA: Pan American Health Organization Scientific Publication, No.557, 1996, s.269.

* *Media advocacy* terimi Türkçe kaynaklarda "medya savunuculuğu" olarak tercüme edilmiştir. Medyanın bizzat savunuculuk yapması olarak algılanabileceği için bu terimin yerine tezde "medyada savunuculuk" tercih edilmiştir.

¹³⁷ Wallack ve Diğerleri, s.79.

değiştirmeye çalışmaz, ancak dikkatin sorunun kamu sağlığı problemi olarak anlaşılması için yoğunlaşır. Örneğin gençlere alkol satan firmaların suçluluklarının medyada yer almasını sağlayacak stratejiler geliştirilebilir¹³⁸. Medyada savunuculuk; bilimi ve politikayı sosyal adalet değeri ile biraraya getirerek sistemin daha iyi çalışmasını sağlayan bir stratejidir (özellikle de daha kıt kaynaklara sahip olanlar için). Medyanın bu amaçla kullanılması sosyal değişim çabasının bir parçası olarak ele alınabilir. En basit anlatımla, sağlığın en önemli belirleyicileri sosyal ve fiziksel çevredir, medyanın gücü de bu çevrenin daha sağlıklı olması için kullanılabilir¹³⁹. Medyada savunuculuk bu stratejinin bir parçasıdır: bu çevreyi kararlarıyla etkileyenler üzerinde baskı kurmakta yararlanır. Bu strateji, kitle iletişimini uygun bir biçimde; agresif ve etkili bir biçimde kullanarak sağlıklı kamusal politikaların gelişimine destek olmak için kullanılır¹⁴⁰. Medyada savunuculuk bir “aktivizm” biçimi olarak da ele alınabilir. Ünlü kişiler kimi hastalıklarla mücadelede önemli gelişmeler sağlanmasında etkili aktivistler olarak yer almaktadırlar. Amerikalı aktör Christopher Reeve omurga sakatlıklarıyla, yine Amerikalı aktör Michael J. Fox ve boksör Muhammed Ali parkinson hastalığıyla ilgili olarak medyada savunuculuk yapmaktadırlar. Reeve otobiyografisini (*Still Me* 1998) kaleme almış ve *Larry King Live*’da mücadelesini anlatmıştır. Reeve senatörlerle, bilim adamlarıyla biraraya gelmekte, sosyal organizasyonlara katılmakta, yılda yaklaşık 40 televizyon programında sakatlığı ile ilgili bilgi vermekte, National Spinal Cord Injury Association’ın (Omurga Sakatlıkları Ulusal Derneği) web sitesinde kendisiyle aynı durumda olanların hayata bağlanmaları için çaba göstermektedir. Fox, televizyonda ve magazin dergilerinde hastalığı ile ilgili konuşmuş, Michael J. Fox Foundation for Parkinson’s Research (Parkinson Araştırmaları İçin Michael J. Fox Vakfı) ile web siteleri, PSA’ler vs. aracılığıyla, Kongre öncesi yapılan konuşmalarla parkinson hastalığının tedavisi için araştırma fonlarının artırılmasında etkili olmuştur¹⁴¹.

¹³⁸ Wallack, “*Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches*”, s.158.

¹³⁹ Wallack ve Diğerleri, s.5.

¹⁴⁰ Charles Atkin ve Elaine Bratic Arkin, “*Issues and Initiatives in Communicating Health Information to the Public*”, *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, s.25.

¹⁴¹ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.325 ve s.26-29.

Sosyolog Wright Mills'e göre medyada savunuculuk, kişisel sorunları alır ve onları sosyal konulara çevirir. Birincil stratejisi bireyler ve gruplarla çalışmaktır ve sorunun ortaya çıktığı bağlam ya da çevreyi değiştirmek için medyadan güç talebinde bulunur.

Medyada savunuculuk konusunda çalışanlar için politika üzerinde yoğunlaşmada sağlığın birey üzerindeki dışsal belirleyicilerine başvurulur. Bu belirleyiciler çok temel barınma, iş, eğitim, sağlık hizmeti ve bireysel güvenlik gibi sosyal adalet konuları içinde sayılabilenlerdir. İkinci takım belirleyiciler anında pazarlama değişkenleridir. Bunlar sağlığı zararlı alkol, tütün, yüksek oranda yağlı yiyecekler ve diğer tehlikeli ürünlerdir. Bu pazarlama değişkenleri içinde reklam ve promosyon vardır. Alkol aktivistleri, alkolün medyadaki reklam ve promosyonu ile ilgilidirler¹⁴².

Kamu sağlığı alanında yapılan medyada savunuculuk faaliyetlerine “kamu sağlığı lobiciliği” de denilmektedir. Savunuculuk yalnızca belirli bir yaşamayı vs. desteklemekte olan lobicilikten daha fazlasını gerektirir. Savunuculuk her zaman güçlü ve güvenilir veriye dayanmalıdır. Örneğin alkol nedeniyle tutuklanan gençlerin alkol kullanımı hakkındaki bir savunuculuk çalışması için, alkol nedeniyle tutuklanan gençlerin sayısı, yaralanmalar, alkolün nereden elde edildiği, seçilen marka, nerede içki içildiği vs. gibi bilgiler veri olarak sunulabilir. Medyada savunuculukta kullanılan güçler şöyle sıralanabilir:

- sağlık ve yaşam kalitesinden önce ekonomik ilgileri ortaya koyan politik felsefeler
- sağlığı geliştirme politikalarına siyasi ve bürokratik karşıtlık (özellikle de sağlık hizmeti planlamasına tüketicileri sokmaya çalışanlara karşı)
- genellikle güçlü ve zengin kuruluşlarca güvenli olmayan ve sağlıksız ürünlerin pazarlanması

¹⁴² Wallack, *Health Promotion: An Anthology*, s.270.

-ırkçılık ve cinsiyet ayrımcılığı gibi kültürel değerlerin ısrarı¹⁴³.

Medyada savunuculuk göreceli olarak güçsüz ve bir şekilde avantajlı olmayanların yararına toplumda göreceli olarak yüksek ölçüde uzmanlığı ve gücü olanların eylemi için geleneksel olarak kullanılmıştır. Örneğin hasta haklarını savunanlar da uzmanlığı ve güveni olmayan hastaların yararına tıbbi sistemin gücüyle mücadele ederler¹⁴⁴.

Her ikisi de sağlık iletişimi yöntemi olan medyada savunuculuk ile sosyal pazarlama oldukça farklı iki stratejidir. Sosyal pazarlama kişilerin davranışlarını etkilemeye çalışırken, medyada savunuculuk çevreyi etkilemeye çalışır. Sosyal pazarlamanın aksine medyada savunuculuk; topluluklara görünürlük, meşruluk ve hikayelerini anlatma için güç sağlama yolu sunar. Böylelikle topluluklar, güç sahiplerine seslenmek ve dikkati çekmek, baskı sağlamak için medyayı yaratıcı bir şekilde kullanabilirler¹⁴⁵.

Sosyal pazarlama pozitif sağlık davranışı için sosyal ya da pratik engelleri sınırlamayı ya da ortadan kaldırmayı hedefler. Bu nedenle “manipülatif ve etik olarak şüpheli” olduğu için eleştirilir. Aynı zamanda da karmaşık sağlık sorunlarına basit cevaplar geliştirdiği ve hastalığı arttıran ya da aynı düzeyde tutan şartlara aldırmadığı için suçlanır. Bu durum gelişmekte olan ülkeler için daha tehlikelidir, çünkü bu yöntem önemli çevresel konuları dikkate almaz. Bunların yerine bireysel davranışları değiştirmeye yönelir. Wallack’a göre “medyada savunuculuk kamunun dikkatini hastalığın bir kişisel sorun olmasından, sağlığın sosyal bir konu olmasına çekmek için gereklidir, kitle iletişimi de bu sürecin paha biçilmez bir aracıdır.” Medyada savunuculuğu uygulayanlar, neyin haber değeri taşıdığını ve bunun hem medyanın hem de kamunun ilgisini nasıl çekeceğini bilmelidirler. Araştırma için fazlaca zamana ve medyaya ulaşabilecek kişilerle bir ağ ulaştırmaya gerek vardır. Medyanın da kişisel ve bireysel sağlık sorunlarına yönelik kendi seçimleri vardır. Medyada savunuculuk ise çevresel yaklaşıma ağırlık verme eğilimindedir

¹⁴³ M. Sidell, “*Educating and Communicating Through the Mass Media*”, s.175. ve Wallack ve Diğerleri, s.38.

¹⁴⁴ Keith Jones ve Sylvia Tilford, *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*, 3. Baskı, Cheltenham: Nelson Thornes, 2001, s.363.

¹⁴⁵ Wallack, s.155-158.

ve gelişmiş sosyal şartları yaratmanın önemi üzerinde durmaktadır. Sosyal pazarlama ise insanların enformasyon elde etmelerinin en yaratıcı yollarını geliştirmede kullanılmaktadır. Medyada savunuculukta parasız tanıtım kullanılırken, sosyal pazarlama ise paralı reklam ile genelde birleştirilir. Kitle iletişiminin sağlığın geliştirilmesinde kullanımında her iki strateji de aynı zamanda kullanılabilir. Kimi durumlarda tabii ki sosyo-politik savunuculuk amaçları gerçekleştirilmeden önce bireysel hedeflere yönelik kampanyalarla öncelikle inançlar ve tutumlar üzerine etki edilmelidir¹⁴⁶. Kullanılabilir veri elde etmenin yanı sıra amaç saptamak da çok önemlidir, örneğin paralı makinalarda sigara satışının yasaklanması gibi. Savunuculuk, sosyal değişimin sağlanması için güç açığını kapatmayı hedefler. Sağlık problemlerini politik bağlamları içinde ele alır, herkese ulaşmaya çalışmaz; değişimi sağlayabilecek 200-300 kişiye, kimi zaman da tek bir kişiye ulaşmaya hedefler. Bu da bir zincirleme reaksiyonu başlatır¹⁴⁷.

Kamu sağlığında yeni bir perspektif olan çevresel perspektif, fiziksel ve sosyal öğeleri içerir. Örneğin ürünün bulunmasını ve alkol, tütün pazarlamayı destekleyen politikalar ve uygulamalar, her ikisi de bu ürünlerle ilgili pozitif sosyal algılama üretirler. Bunlar değişim için birincil hedeflerdir. Bu nedenle tütün konusunda medyada savunuculuk yapanlar sigara içenin davranışından, tütün endüstrisinin davranışına ve bunu destekleyen reklam ve genel pazarlama aktivitelerine (ölüm rakamlarını arttıran) yönelmişlerdir. Billboard reklamlarını sınırlama, sigara satan makinalar ve tütün endüstrisinin topluluklarla ilgili sponsorluklara, kapalı yerde sigara içilmesiyle ilgili yasamalar tütün kontrol hareketinin ana hedefleridir. Çevre üzerinde durmanın iki önemli nedeni vardır. İlki kamu sağlığı tarihçesinin doğruladığı gibi, hastalığın önlenmesi popülasyon kaynaklıdır ve sosyal şartlar üzerinde durur, bireylerin tedavi edilmesinden daha etkilidir. İkincisi, kamu sağlığı araştırmaları eyleme yönelik olarak eşitlik ve sosyal adaletin önemini işaret eder. Çevresel

¹⁴⁶ MacDonald, s.116-117.

¹⁴⁷ Wallack ve Diğerleri, s.76.

olarak ele alınan çözümler, hastalıkların altında yatan şartlara yönelir ve uzun dönemli değişim vaadi verir¹⁴⁸.

Amidei (1991) medyada savunuculuk ile ilgili belli başlı özellikleri şöyle ifade etmektedir:

- insanların haklara sahip olduğunu ve bu hakların güçlendirilebileceğini ileri sürer
- belli bir konuya odaklandığında daha iyi işlerlik gösterir; farklı ilgilere sahip gruplar açıkça ifade edilen bir amaç etrafında belirli bir konuya odaklanabilirler
- öncelikle zaten kazanılmış hak ve faydalar için çaba gösterir
- ilgili kurumların yapmaları gerekenleri yerine getirmelerini sağlar (örn. ABD’de gıdaların üzerinde besin değerleri ile ilgili etiketin bulunması ile ilgili olarak FDA’e-Food and Drug Administration-Gıda ve İlaç Dairesi-baskı yapmak gibi)¹⁴⁹.

Medyada savunuculuk faaliyetlerinde ilk adım politikanın amacının ne olduğunu belirlemektir: ne olmasını istiyorsunuz? İkinci adım hedefin kim olduğuna karar vermektir: kiminle konuşmak istiyorsunuz? Bu kişi, grup ya da kuruluşun görmeyi istediği değişikliği sağlayacak gücü var mı? Üçüncü adım konuyu çerçevelemek ve mesajı oluşturmaktır. Dördüncü adım mesajı iletmek, değişim ve baskı için bütün bir medyada savunuculuk planı oluşturmaktır. Son olarak değerlendirme yapılır. Geleneksel kampanyalar bireylerin alışkanlıklarını değiştirmeye çalışırken, medyada savunuculukta inisiyatif, bu alışkanlıkları geniş ölçüde belirleyen çevreyi değiştirmek için baskı oluşturmaktadır¹⁵⁰.

Medyada savunuculuğun bazı sınırlılıkları vardır. İlki, bu yaklaşım tam olarak tanımlanmamıştır ve geliştirilen prensipler açıkça ortaya konmamıştır. İkincisi, kullanılan beceriler muhtemelen sosyal pazarlamacılarınkinden daha güç algılanır ve daha karmaşıktır. Medyada savunuculuk yapacak olanlar, medya kültürünü anlamalı (haber ne

¹⁴⁸ Wallack, *Health Promotion: An Anthology*, s.274-275.

¹⁴⁹ Wallack ve Diğerleri, s.28.

¹⁵⁰ Wallack, *Health Promotion: An Anthology*, s.270-271.

olduğu ve vatandaşın ilgisini ve desteğini nasıl kazanacağına yönelik nasıl hazırlanacağı da dahil olmak üzere). Üçüncüsü kamu kuruluşlarında çalışanlardan daha ileride eşik bekçilerini araştırmak ve yetiştirmek için gerekli zaman sorunudur. Dördüncüsü, medyada savunuculuk, sağlığın sosyal ve politik koruma yönüyle öncelikli olarak ilgilenen ve doğrudan davranış değişikliğiyle daha az ilgilenen çevresel bir yaklaşımdır. Sağlık sorunlarının bireysel ve kişisel durumunun üzerinde duran bu yoğunlaşma, medyanın ilgisini çok zor çerker. Medyada savunuculuk yaklaşımları tartışmalı, ihtilafı olmaya eğilimlidir çünkü doğrudan güçlü çıkarlarla çatışırlar. Sağlık kuruluşları ve aynı zamanda da medya bazı konularda medyada savunuculuk yapanlarla çalışmakta kararsızdılar. Medyada savunuculuğun en önemli tarafı ise toplumun sağlığının esas olması ve politik sürece aktif katılımın, sağlığın iyileştirilmesi için bir mekanizma haline gelmesidir¹⁵¹.

Medyada savunuculuk ve kitle iletişimi kampanyalarının amaçları ve süreçlerinde farklılıklar vardır. Tablo 2 bu farklılıkları karşılaştırmaktadır. Bu amaçlar hem kamu sağlığı uzmanlarına hem de medya profesyonellerine aşılması gereken çeşitli sorunlar ortaya koymaktadır. (Kitle iletişimi kampanyalarına 4. bölümde ayrıntılarıyla yer verilecektir).

¹⁵¹ Wallack, “*Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches*”, s. 161-162.

Tablo 2

**Medyada Savunuculuk ve Kitle İletişimi Kampanyalarının
Amaçları ve Süreçlerindeki Farklılıklar**

	Medyada savunuculuk	Kitle iletişimi kampanyaları
Amaçlar	sosyal, fiziksel, politik çevreyi değiştirmek	bireysel davranışları değiştirmek
Temel strateji	Sorunu olan gruplara kendi hikayelerini, kendi kelimeleriyle anlatmalarını sağlamak	sağlık mesajlarını belli bir noktadan göndermek
Teorilerin uygulanması	gündem yaratma ve mesaj çerçeveleme	bireyleri değiştirmek ile ilgili davranış bilimleri teorileri
Toplum üyelerinin rolü	sosyal değişimi geliştirmek için değerli kaynaklar	planlanmış iletişimin pasif alıcıları
Medyaya ulaşma	haberlerle; muhabirlere, prodüktörlere ve editörlere konunun önemini ve ilgisini ispat etmek	kamu sağlığı kuruluşlarıyla; PSA için zaman isteyerek veya kaynaklar izin verirse reklam yoluyla

Kaynak: Matthew Kreuter ve Diğerleri, **Tailoring Health Messages Customizing Communication With Computer Technology**, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000, s.16. (Wallack'dan uyarılama: 1993)

Kamu sağlığı konuları haber değeri taşımaktadır çünkü kişisel hikayeleri geniş sosyal ve politik konulara bağlayabilmektedir. Kitle iletişimi girişimlerinin geleneksel biçimleri “enformasyon açığı”nın üzerinde durur, sağlık sorunlarının bireylerin sağlık sorunu hakkındaki enformasyon açığından (veya sorunla ilgili riskte olmalarından) kaynaklandığını ortaya koyar. Kamusal eğitim kampanyaları bu açığı kapatmak için enformasyon sağlar. Medyada savunuculuk ise “güç açığı” üzerinde durur; sağlık sorunları, sorunu tanımlama ve sosyal değişim yaratmada güç açığından yararlanır.

Kitle iletişimi düzenli olarak sağlık sorunlarının sosyal ya da cemiyetle ilgili olmasından çok bireylerin sorunu olduğunu ortaya koyar, dolayısıyla sorunun çözümü bireye yöneliktir. Bu modelde birey bazı ana enformasyonlardan yoksun olarak görülür, bu enformasyon yoksunluğu da sorundur. Kişi enformasyona sahipse ve “olguları biliyorsa” buna uygun olarak davranacağı varsayılır ve sorunun da böyle çözümleneceği varsayılır. Her birey doğru enformasyonu elde eder ve doğru karar verirse topluluğun sorunu ortadan kalkacaktır. Medyanın rolü ihtiyacı olan milyonlara bilgiyi iletme¹⁵². Genel bir eğilim olarak da sağlık sorunu, daha kolay başa çıkılabilecek basit ögelere ayrılarak basitleştirilmesi yönündedir. Çoğunlukla sağlıkla ilgili problemler ya biyolojik birime (çözümü tıbbidir), ya da enformasyon birimine (çözümü eğitimidir) bölünür. Bu pragmatik çözüm, örneğin toplumdaki bir kompleks uyuşturucu sorununu basite indirger¹⁵³.

Medyada savunuculuğun üç temel basamağı vardır: gündemi oluşturmak (*agenda-setting*), tartışmanın sınırlarını çizmek yani çerçeveleme (*framing*), politikayı geliştirmek. Bu amaçla; ilk olarak haber olabilecek bir ‘event’ yaratılır (yaratıcı epidemiyoloji), daha sonra istediğimiz “hikâyenin” ele alınması (çerçeveleme) ve son olarak da politikanın oluşturulması gelir. Tüm diğer aktiviteler bu üç basamağın etrafında organize edilir¹⁵⁴. Medyada savunuculuk çalışmalarında kullanılan bu yöntemlere kısaca göz atalım.

2.2.2.1. Gündem Yaratma ve Yaratıcı Epidemiyoloji

Gündem yaratma (*agenda setting*), kitle iletişim araçlarının dolaylı ve uzun dönemli etkilerini ortaya koyan bir yaklaşımdır (ana akım iletişim kuramlarındandır). Bernard Cohen’in 1963’de “*The Press and Foreign Policy*” (*Basın ve Dış Siyaset*) adlı eserinde dile getirdiği gibi “basın ne düşüneceğimizi söylemekte başarılı olmayabilir, ama ne hakkında düşüneceğimizi söylemekte son derece başarılıdır”. İşte Donald L. Shaw ve Maxwell McCombs da bu görüşten hareket ederek “bireylerin düşüncelerini biçimlendirmek için onların algısal yapısını etkileme yeteneği” tanımlamasıyla gündem

¹⁵² Wallack, *Health Promotion: An Anthology*, s.274-275.

¹⁵³ Wallack ve Diğerleri, s.82-83.

¹⁵⁴ Wallack ve Diğerleri, s.79.

yaratma yaklaşımını ortaya koymuşlardır. Daha sonra da Dearing ve Rogers da bu yaklaşımı “medyanın bir süreç aracılığıyla farklı konuların görece önemliliğini bildirmesi ve kamuoyunu etkilemesi” olarak tanımlamışlardır. Windahl vd. ise demokrasilerde halkın bazı konular hakkında bilgiye sahip olması, bazı konular hakkında ise bu bilgiye sahip olmaması, gündem yaratma yaklaşımını açıklamaktadır¹⁵⁵.

Medya gündeminin kamu gündemini, kamu gündeminin de siyasal gündemi etkilediğini ve aynı şekilde de siyasal gündemin medya gündemini, medya gündeminin de siyasal gündemi etkilediğini öne süren gündem yaratma yaklaşımında¹⁵⁶ medya gündemindeki sorunların sıralanmasıyla kamu gündemindeki sorunların sıralamasının örtüşüp örtüşmediği araştırılır¹⁵⁷. Bazı konuların gerçek yaşamdaki konumları ile (“gerçek yaşam göstergesi” olarak adlandırılan değişkenler, bir sosyal sorunla ilgili riskin ya da şiddetin derecesini ölçmekte kullanılırlar) medya gündemindeki konumları arasında farklılıklar olduğunu belirleyen Funkhouser, medya ve kamu gündemleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu, ancak medyanın çok gerçekçi bir tablo sergilemediğini ifade etmektedir¹⁵⁸. Sansasyonel olaylar (*botulizm* hastalığı, hortum, cinayet vs.) ölüme en çok neden olan sebepler olarak sunulmaktadır. Dramatik olmayan, “sessiz katiller” ise astım, diyabet, tüberküloz, felç ve kalp hastalıkları vs.den ölenlerin sayıları ise çok az olarak yansıtılır. Tüm hastalıklardan ölenlerin sayısı, cinayetlerden ölenlerin sayısından 1000 kez daha fazlaysa da cinayetlerle ilgili yayınlanan haberler 3 kat daha fazladır. Soap-opera karakterlerinin hayatları Formula-1 pilotlarınınkinden daha tehlikeli ve ölümcül olarak yansıtılır, yaşlılardan çok orta ve genç yaştakiler hastalanır, gizemli virüsler kol gezer. ABD ve İngiliz medyasındaki “gerçek yaşam göstergeleri” ve “medyanın göstergeleri” arasındaki farklılıkları araştıran Gerbner vd.(1981), Cassata vd.(1979, 1983), Signorielli

¹⁵⁵ Erkan Yüksel, *Medyanın Gündem Belirleme Gücü*, Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları , 2001, s.24-25.

¹⁵⁶ Yüksel, s.29.

¹⁵⁷ Şermin Tekinalp ve Ruhdan Uzun, *İletişim Araştırmaları ve Kuramları*, İstanbul: Derin Yayınevi, 2004, s.134.

¹⁵⁸ Yüksel, s.90-91.

(1993), Kristiansen (1983), Crayford vd. (1997) ve Emmerdale'in (1985-1997) çalışmaları benzer sonuçlar ortaya koymuştur¹⁵⁹.

Medya iletilerine açık kalmakla başlayan medya etkileri zincirinin ilk halkası "haberdar olma" (*awareness*), ikinci halkasını "bilgi" (*knowledge*), sonraki halkayı "tutum değişikliği" ve son halkayı da "davranış değişikliği" oluşturmaktadır¹⁶⁰. Dolayısıyla da sağlık davranışı ile ilgili bir davranış değişikliği hedefleniyorsa, önce bilgi, sonra da tutumlara yönelik çalışmalar yapılmalıdır ki davranış değişikliği sağlanabilsin.

Gündem yaratma yaklaşımının bu özelliklerini sağlıkla ilgili bir soruna uygularsak, medya davranışın değiştirilmesinde doğrudan etkili olmasa da daha sonra başka stratejilerle geliştirilecek söz konusu sağlık sorununa dikkat çekilmesine ya da bu sorunla ilgili motivasyon sağlanmasına yardımcı olabilmektedir.

Medyaya ulaşmayı sağlamak iki nedenle önemlidir. İlki kamunun gündem yaratma süreci medyada yer alma sürecine ve de bir konunun geniş şekilde görünürlüğüne bağlıdır. Medya insanları ne düşünceleri konusunda uyarır ve konu medyada ne kadar çok yer alıyorsa, genel konunun ilgisini o kadar çeker. İkincisi, medya belirli kamuoyu önderlerine ulaşmada bir araçtır. Politikacılar, toplum önderleri ve iş dünyasının ünlülerine ulaşmak isteyebilirsiniz. Başarılı bir medya savunuculuğu her iki amacı da birleştirir. Medyada savunuculuk yapanlar konularını haber değeri taşıyor hale getirdiklerinde medyaya ulaşabilirler¹⁶¹.

Geniş ölçekte, kitle iletişimi ile sağlığı geliştirmek, medyanın ironik olarak sağlıksız ürünleri (örn. sigara) kayda değer bir başarıyla geliştirmesinden kaynaklanır. Eğlendirirken eğiten medya araçlarının birincil amacı, ticari olarak uygun hedef kitleyi çekmek ve inançları, davranışlar, tutumlar üzerinde sosyal olarak istenilen değişimleri

¹⁵⁹ Seale, s.45-48.

¹⁶⁰ Yüksel, s.22.

¹⁶¹ Wallack, *Health Promotion: An Anthology*, s.272.

başarmaktır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal kesimlere TV ve radyo ile ulaşılırken, sağlıkla ve sosyal konularla ilgili mesajlar popüler müzikle iletilir¹⁶².

Yaratıcı epidemiyoloji de gündem yaratmada kullanılan bir yöntemdir. Epidemiyoloji “belirli toplumlarda sağlıkla ilgili durumların ya da olayların belirlenmesi ve dağılımı çalışması ile bu çalışmanın sağlık sorunlarının çözülmesine uygulanması” olarak tanımlanmaktadır¹⁶³. Yaratıcı epidemiyoloji ise; yeni bilimsel bulguların ve varolan verinin medyanın dikkatini çekmek ve bir konunun kamu sağlığı açısından önemini açıkça ifade etmektir. Örneğin American Cancer Society’nin bir videosunda “her gün 1000 kişi sigarayı bırakmaktadır: Ölerek. Bu da her gün 2 dolu jumbo jetin çakılması ve hiç kurtulan olmamasına eşittir” sloganıyla sigaranın ölümcül olduğuna çarpıcı bir şekilde dikkat çekilmektedir (Tony Schawartz’ın bir radyo spotundan alınmıştır). US National Cancer Institute ise sigara üreticisi Philip Morris’in “meşruluğu satın alma” stratejisi dahilinde yerel bir dans organizasyonunun sponsorluğunu yapması üzerine şu mesajı kullanmıştır: “Philip Morris size sanattan fazlasını getirir...size aynı zamanda kanser, kalp hastalığı, felç, bronşit ve yılda 135.729 ölüm getirir”. Bir diğer örnek de ABD’de 12 milyon lise ve üniversite öğrencisinin yılda 430 milyon galon (0.22 galon = 1lt) alkollü içecek tüketmesi, bu verinin lise öğrencilerinin her 3500 kişi için bir olimpik yüzme havuzunu dolduracak kadar alkol tüketimi şeklinde ifade edilmesi olabilir¹⁶⁴. Bu tür çalışmalar medya için ilginç olabilir ve halkın daha kolay anlamasını sağlar. Ancak tütün endüstrisi de kendi imajını çok dikkatle hazırlamıştır: sivil hakların savunucusu, ifade özgürlüğünün koruyucusu ve iyi bir yurttaş olarak. Sigara karşıtı gruplar da bu çevrelerce “sağlık faşistleri”, “sağlık delileri” gibi isimlerle adlandırılır¹⁶⁵.

¹⁶² MacDonald, s.118-119.

¹⁶³ Özdemir Gülesen, *Çağdaş Epidemiyoloji*, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1995, s.4.

¹⁶⁴ The National Clearinghouse for Alcohol And Drug Information, “Media Advocacy”, <http://www.health.org/govpubs/phd627/media.htm>, (28 Şubat 2001).

¹⁶⁵ Wallack, “*Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches*”, s.158-160.

2.2.2.2. Çerçeveleme

Goffman (1974) çerçeveleme konusunda ilk tanımlamayı “gündelik yaşamda toplumsal durumları kavramak ve bunlara gerekli karşılıkları vermek amacıyla gerçekliğin çerçeve içine alındığını öne süren bir kavramlaştırmadır” diyerek yapmıştır¹⁶⁶. Yine başka bir tanımlama “olay ya da konuların belirli bir yönünün, belirli bakış açılarıyla ele alınıp, önemliliklerinin bu bakış açısıyla vurgulanması, yani çerçevelenerek sunulması” şeklindedir¹⁶⁷. Burada söz konusu olan “dünyaya açılan pencere”dir. Pencereden görünen görüntü; pencerenin küçük ya da büyük, az ya da çok camlı olmasına, camın mat ya da temiz olmasına, pencerenin sokağa mı arka tarafa mı baktığına bağlıdır¹⁶⁸.

Çerçevelemede konunun gün ışığına çıkarılmasından sonraki “kaynağa yakın nedenler” üzerinde durulmaktadır. Haber medyasında sosyal konuların çerçevelenmesi, soruna yönelmede kimin ya da neyin birincil sorumlu olduğuyla ilgilidir¹⁶⁹. Bir konu ya da sorunun negatif ya da pozitif şekilde çerçevelenerek; diğerleri arasından sıyrılarak ön plana çıkarılması, gündemde öncelikli hale getirilmesi veya arka plana atılması, gündem dışı bırakılması sonucunda konunun değerliliğinin algılanması etkilenmektedir¹⁷⁰. “Kurnazca yapılan değişiklikler”in söz konusu olduğu çerçeveleme sonucu, gözümüzle gördüğümüz bir olay kitle iletişim araçlarında sunulduğunda nitelik değiştirecek ve bildik olan her neyse de yabancı ve uzak görünecektir¹⁷¹.

Medyada savunuculuk ile ilgili başarılı bir örnek vermek gerekirse, dünyanın önde gelen sigara üreticisi Philip Morris Co.’ya karşı sigara karşıtı grupların gerçekleştirdikleri mücadeleleri ele alabiliriz. 1990 yılında Philip Morris, Amerikan Anayasasının (Bill of Rights) orjinal bir kopyasının ülke çapında turuna sponsorluk yapacağını duyurur. Bu duyuru firmanın, Anayasanın kabulünün 200. yıldönümü için Ulusal Arşivler (National

¹⁶⁶ Erol Mutlu, *İletişim Sözlüğü*, 3. Baskı, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 1998, s.81.

¹⁶⁷ Yüksel, s.45.

¹⁶⁸ Nilanjana R. Bardhan, “Accounts From the Field: A Public Relations Perspectives on Global AIDS/HIV”, *Journal of Health Communication*, Vol.7, Issue.3, May 2002, s.229.

¹⁶⁹ Wallack, *Health Promotion: An Anthology*, s.271.

¹⁷⁰ Yüksel, s.107-109.

¹⁷¹ Mutlu, s.81.

Archives) ile ortak bir anma projesi düzenleyeceğini bir televizyon reklamı ile ilan etmesinden bir kaç ay sonra gündeme gelir. Sigara karşıtı gruplar, Philip Morris'in bu sponsorluk kampanyasını yalnızca kamuoyundaki imajını güçlendirmek için değil, halkın "haklar"ı sigara içmekle bağdaştırmak isteyeceğinden kuşkulanıyordu. "İnsanların sigara içme hakkı", "hükümetin bu hakkı ellerinden alamayacağı" gündeme gelebilirdi.

Philip Morris'in ulusal turu 52 duraktan oluşmaktaydı. Bu tur planı, Washington DC'deki Advocacy Institute (Savunuculuk Enstitüsü) tarafından Boston'da toplanan konferansta sigara karşıtı gruplar, aktivistlere dağıtıldı. Yapılan toplantılar sonucu ülke genelinde sigara ve tütün mamülleri nedeniyle yaşamlarını kaybedenlerin sayısının yer alacağı ve devamlı güncellenecek bir "ölüm saati", Vietnam şehitlerinin anısına yapılan duvarı anımsatan ve üzerinde "sigara kurbanları"nın isimlerinin yer alacağı bir duvar yapılmasına karar verildi. Tütün karşıtı bir elektronik ağ olan SCARCNet'den yararlanıldı. İstatistiki veriler için bir tıp fakültesinden yardım alındı. Seattle'daki bir doktor grubu "Nicotina" adlı bir sembol yaratarak, "Anayasa" ile aynı zamanda tura çıkardı. Nicotina, New York'daki Özgürlük Heykeli'nden esinlenerek yapılmıştı. Meşale yerine elinde sigara tutuyordu. Nicotina'nın gözleri, sigara firmalarınca sömürülerek tütünün sembolü yapıldığı için utancından kapalıydı. Paketteki zincirler, çocuklara sigaranın bağımlılık yaptığını anlatabilmek için konulmuştu. Alındaki saatte de "Philip Morris Anayasa turuna başladığından bu yana 38.195 kişi tütünle ilgili hastalıklardan öldü" yazıyordu. Her 70 saniyede bir bu sayı değişmekteydi.

Medyanın ilgisi turun ilk duraklarında Philip Morris'den yanaydı. Firma, vatanseverlik ile ilgili mesajlar vermekteydi (emekli denizci subaylarla tören vs.). Aktivistler seslerini duyaramadılar. Aynı zamanda AIDS aktivisti bir grubun, eşcinsel karşıtı bir senatöre destek veren Philip Morris'i boykota çağırması daha çok ses getirdi. Bunun üzerine sigara karşıtı gruplar sloganlarını değiştirdiler: "Anayasaya Evet. Philip Morris'e Hayır". Okulların yakınlarında broşürler dağıtıldı. Medya bu kez sigara karşıtlarına yer verdi. Los Angeles Times sigara karşıtlarının sloganına geniş yer verdi. Nicotina, Philip Morris'den bir gün önce sıradaki şehirde yerini alıyordu. Philip Morris

gelmeden önce medya çoktan Nicotina'ya yer vermiş oluyordu. Philip Morris tur programında pek çok değişiklik yapmak durumunda kaldı. Ayrıca ulusal düzeyde halkla ilişkiler faaliyetlerinin bir kısmını da iptal etti. Sonuç olarak erken haber alma, hatalardan ders çıkarma, Amerikan halkının kutsal saydığı bir sembol olan Anayasa metnine karşı yine aynı derecede önemli bir sembolün kullanılmasıyla, Philip Morris'in bağımlılık yaratan bir madde üreten firma imajı daha güçlü olarak ortaya konulmuş oldu¹⁷².

2.2.3. Halkla İlişkiler

Kaynağını 20.yy.ın başlarındaki sosyo-ekonomik gelişmelerden alan halkla ilişkiler "kişi veya kuruluşun amaçlarını gerçekleştirmesine yardımcı olan, önem sırası kimi zaman tüketici, kimi zaman dağıtımçı ve çalışanlar gibi kuruluşun yapısına göre değişkenlik gösteren hedef kitlelerle gerçekleştirilen stratejik iletişim yönetimi" şeklinde tanımlanabilir¹⁷³. Halkla ilişkilerin; farkındalık yaratmak, anlayış oluşturmak, yanlış anlaşılmalardan üstesinden gelmek, bilgilendirmek, bilgileri arttırmak, ön yargıları ortadan kaldırmak, inancı güçlendirmek, bir algılamayı doğrulamak ya da altını çizmek ve belirli bir doğrultuda hareket etmek amaçlarına yönelik kullanımı¹⁷⁴, sağlık iletişiminin de amaçlarıdır.

Bernard Cohen'in 1963'de yazılı basın için söylediği "çoğunlukla kamuya ne düşünmesini gerektiğini söylemede başarısız, ama ne hakkında düşünmesi gerektiğini anlatmak için çoğunlukla son derece başarılı" olduğu ifadesi sağlık iletişiminde halkla ilişkiler stratejileri için kullanılabilir¹⁷⁵. Bu da bize yukarıda bahsettiğimiz "gündem yaratma" işlevinin halkla ilişkiler açısından da kullanılabilir olduğunu hatırlatmaktadır.

¹⁷² Wallack ve Diğerleri, s.183-188.

¹⁷³ Balta Peltekoğlu, s.6.

¹⁷⁴ Anne Gregory, *Planning and Managing Public Relations Campaigns*, 2nd. Edition, London: IPR/Kogan Page, 2000, s.94.

¹⁷⁵ Scott C. Ratzan, "Cancer Risk Communication: What We Know and What We Need to Learn", *Journal of Health Communication*, Vol.4, Issue.2, April-June 1999, s.80. ve Mike Greenwell, "Communicating Public Health Information to the News Media", *Communicating Public Health Information Effectively: A Guide for Practitioners*, David E. Nelson ve Diğerleri. (ed.), Washington DC: APHA Publications, 2002, s.75.

“Bireysel karar almada kültürü ve çevreyi değiştirme tekniği”¹⁷⁶ olarak kullanılmaya başlanan halkla ilişkiler, sağlık iletişiminde kullanılan stratejilerden biridir. Sağlık iletişimi içinde halkla ilişkiler, sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir enformasyonun yayılmasında, sağlıklı davranışa ikna etmede ve sağlık bilincini (*health literacy*) oluşturmada kullanılabilir. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının, laboratuvar ve araştırma kuruluşlarının halka sağlıkla ilgili enformasyon iletmelerinde, medyada eğlendirirken eğitime amaçlı programların yapılmasında, toplum sağlığı için uğraş veren sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerinde halkla ilişkilerden yararlanılmaktadır. Bu amaçla en sık kullanılan halkla ilişkiler uygulamaları basınla ilişkiler ve lobiciliklerdir. Bütün bu kamu yararına yönelik sağlık iletişimi uygulamalarında halkla ilişkiler çabalarının reaktif değil, proaktif olması gerektiği de önemli bir noktadır.

WHO’nun 2002 yılı Dünya Sağlık Raporu’nun önsözünde Dr. Gro Harlem Brundlant (dönemin WHO Başkanı) sağlıkla ilgili riskleri azaltmak için yasalar, eğitim ve iknadan oluşan bir üçlü sac ayağından bahsetmektedir. Bu risklerden kasıt virüsler, bakteriler değildir. Bu rapor, global ve bölgesel olarak 10 risk belirlemiştir: düşük kilo, güvenli olmayan seks, yüksek tansiyon, tütün kullanımı, alkol tüketimi, güvenli olmayan içme suyu, hijyen, demir eksikliği, katı yakıtlardan kaynaklanan iç mekanlardaki hava kirliliği, yüksek kolesterol ve obezite. Bu riskleri ortadan kaldırmaya yönelik ikna, iletişim sonucunda sağlanabilir ve ikna etmek de sağlık iletişimi ve dolayısıyla da halkla ilişkiler stratejilerine ihtiyaç göstermektedir. Sağlıkla ilgili risklerin halka açıkça anlatılması, ayrıca hükümet, kamuoyu ve medya arasında sorumluluğun paylaşılması gereklidir. Kaliteli ve güvenilir enformasyon, doğru kanalların seçimi ve özel sektörün iş birliği yaparak sağlıksız davranışa yönlendirmekten kaçınmaları sonucunda insanlar doğru sağlık davranışına yöneleceklerdir¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Scott C. Ratzan, “Strategic Health Communication and Social Marketing on Risk Issues”, *Journal of Health Communication*, Vol.4, Issue.1, January-March 1999, s.4.

¹⁷⁷ The World Health Report 2002, “Reducing Risks, Promoting Healthy Life”, <http://www.who.int>, (11 Mart 2003), s.3-8.

Kamu sağlığı kuruluşları sosyal pazarlama ve/veya daha sofistike halkla ilişkiler ve medyada savunuculuk çalışmalarıyla sağlık iletişimi faaliyetlerini yürütmektedirler. Bu kuruluşlar, özel işletmelerle çeşitli konularda iş birliğine gitmektedirler (rn. eğlence programı yapımcılarıyla veya halkla ilişkiler, reklam ajanslarıyla)¹⁷⁸. Üniversiteler de sağlık iletişimine yönelik “sosyal sorumluluk” faaliyetlerinde halkla ilişkilerden yararlanmaktadırlar. Örneğin Harvard School of Public Health (Harvard Kamu Sağlığı Okulu), Hollywood prodüktörleri ile işbirliği yaparak film senaryolarında “gönüllü sürücü” (*designated driver*: Özellikle gençlerin partilerinde vs. alkollü sürücünün yerine araba kullanmak üzere gönüllü kuruluşlarda çalışan kişi) konseptine yer verilmesini sađlamıřtır¹⁷⁹.

Halkla ilişkiler uzmanları diğer uygulamalarda da olduğu gibi sağlıkla ilgili enformasyonlarını iletmeleri için eşik bekçilerini ikna etmek zorundadırlar. Bu eşik bekçileri; yazarlar, yönetmenler, editörler, talk-show yapımcıları, haber sunucularıdır. Halkla ilişkiler mesajlarından ticari olanların bazıları bir sağlık ürünü sunar (rn. vitaminler, başağrısı ilaçları, koşu ayakkabısı vs.). Bazıları ise sağlık ve gıda ile ilgili hizmetlerdir (rn. mısır gevreği, meyve suyu, tatil beldesi, kozmetikler vs.) ve halkla ilişkiler burada pazarlama iletişiminin bir bileşenidir (ayrıca sigara içmek, hızlı araba kullanmak vs. gibi bazı pazarlama iletişimi çabaları da sağlıksız davranışı destekler, bu duruma daha aşağıda yer verilecektir). Bu ticari çabaların ortak özelliği; malların ve hizmetlerin çıkar sağlama amacıyla satılmasıdır. Mesaj iddia eder, söz verir, etkiler: bunlar satışm bir parçasıdır. Bu noktada “ticari sağlık sektörü” ile “kamu sağlığı sektörü” ayrımını iyi yapmak gereklidir¹⁸⁰. Bizim ele aldığımız “kamu yararı”na yönelik halkla ilişkiler çabaları ticari sağlık sektörüne değil, kamu sağlığı sektörüyle ilgili olanlardır.

¹⁷⁸ Charles Atkin ve Elaine Bratic Arkin, “Issues and Initiatives in Communicating Health Information to the Public”, *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, s.38.

¹⁷⁹ Atkin ve Arkin, s.28.

¹⁸⁰ William Novelli, “Controversies in Advertising of Health-Related Products”, *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, s.78-79.

2.3. Halkla İlişkilerde Dört Model ve HIV/AIDS Örneği

Grunig, 1850'lerden itibaren halkla ilişkiler uygulamalarının dört modelde ele alınabileceğini belirtmektedir: 1850-1900 yılları arasında "Basın Ajansı ve Tanıtım Modeli", 1900-1920 yılları arasında "Kamuyu Bilgilendirme Modeli", 1920-1960'ların sonlarında "İki Yönlü Asimetrik Model" ve 1960'ların sonları, 1970'lerden sonraki "İki Yönlü Simetrik Model"¹⁸¹. Bugün de geçerli olan bu modellere eleştirel bir bakış açısı getiren Jacquie L'Etang da bu modelleri "diplomasi" konsepti içinde ele alarak, "Basın Ajansı Modeli"nin ve "Asimetrik Model"in Makyavelci veya Realist pozisyon ile örtüştüğünü, "Kamunun Bilgilendirilmesi Modeli"nin ve "Asimetrik Model"in de Grottyen ya da Rasyonalist pozisyonla örtüştüğünü ve "Simetrik Model"in de Kantçı ya da "Devrimci" pozisyonla güçlü bir benzerliği olduğunu ifade etmektedir¹⁸².

Bu modellerin özelliklerini incelerken, Nilanjana R.Bardhan'ın araştırmasında küresel HIV/AIDS hastalığında halkla ilişkiler perspektifinin nasıl ortaya konulduğu örneğini ele alacağız. HIV/AIDS konusunu kültürel bir fenomen olarak ele alan Bardhan, medyanın rolünün de bu kültürün önemli bir parçası olduğunu belirtmektedir. Global HIV/AIDS ile uluslararası / kültürlerarası halkla ilişkiler teori ve uygulamaları arasında bir paralellik kuran Bardhan, birincil müşteri (organizasyonel ya da şirket açısından) olmadığı için müşteri ve hedef kitlelere "stakeholder" (paydaş) olarak ele almaktadır. HIV/AIDS ile ilgili olarak başlıca paydaşlar; uluslararası kuruluşlar (UNAIDS vb.), medya (global ve yerel), STK'lar, HIV/AIDS ile yaşayanlar (alt-gruplara ayrılabilir), aktivist gruplar, ilaç firmaları, sigorta şirketleri ve diğer kurumsal paydaşlar, hizmet sağlayan organizasyonlar, ve araştırmacılarıdır. Bu paydaşların bazıları birlikte, bazıları da birbirlerine karşı çalışırlar. İşte Bardhan bu paydaşlar arasındaki ilişkileri halkla ilişkilerin dört modeli ile incelemektedir¹⁸³.

¹⁸¹ Balta Peltekoğlu, s.68-69.

¹⁸² Jacquie L'Etang, "Diplomasi Olarak Halkla İlişkiler", Jacquie L'Etang ve Magda Pieczka (der.), Halkla İlişkilerde Eleştirel Yaklaşımlar, İstanbul: Vadi Yayınları, 2002, s.73

¹⁸³ Bardhan, s.221.

2.3.1. Basın Ajansı ve Tanıtım Modeli

Tek yönlü iletişime dayanan bu model, propaganda ile benzerlik göstermektedir. Aktiviteler ilgili kitlenin dikkatini çekmeye yöneliktir ve dürüstlük her zaman gerekli görülmeyebilir¹⁸⁴. HIV/AIDS ile ilgili olarak bu model, hastalığın ortaya çıktığı ilk dönemi kapsamaktadır. Sessiz kalma, inkâr, dikkat çekmeye çalışma ve enformasyonun deformasyonu bu modelin karakteristiklerini yansıtır. 1980'lerin ortalarında dünyanın bir çok ülkesinde devlet ve hükümet başkanları ile politikacılar sessiz kalmışlardır. Asya ve Afrika'da ulusal hükümetler bu hastalığın varlığını inkâr etmişlerdir. ABD'de AIDS "eşcinsel hastalığı" ve Haitililer de virüsün kaynağı olarak gösteriliyordu. Resmi kaynaklardan da yanlış enformasyonlar gelmektedir. Paydaşlar arasında çatışma, kesin olamama, birbirini suçlama, kültürel hassasiyetten yoksunluk söz konusudur. Virüsten etkilenen insanların yaşamları "görünmez"dir. Bu dönem hastalığın erken retorik ve sosyal yapılanma dönemi idi ve henüz geri-besleme almaya yönelik girişimler ortada yoktur¹⁸⁵.

2.3.2. Kamunun Bilgilendirilmesi Modeli

Tek yönlü iletişime dayanan bu modelin amacı her zaman ikna amacı taşımayan bilgi yaymaktır. Basın ajansı modelinden farklı olarak dürüstlük iletişimin temelini oluşturmalıdır¹⁸⁶.

Yine HIV/AIDS ile ilgili olarak bu model, 1980'lerin son yarısında ortaya konulmuştur. Bu dönem hastalığın "normalleşme" ve "tıbbileşme" dönemidir. Medya ile ilgili olarak doğru enformasyonun yayılması öncelik kazanmış ve hükümetler de konuya dikkat etmeye başlamışlardır. Bu arada uluslararası tepki de şekillenmeye başlamıştır. Araştırmacılar Batı'da mucizevi tedavi yöntemleri ararken, politikacılar da hastalığın önlenmesi ve eğitimle ilgili söylemlere yer vermişlerdir. Aynı zamanda da aktivistler ve

¹⁸⁴ Balta Peltekoğlu, s.97

¹⁸⁵ Bardhan, s.225.

¹⁸⁶ Balta Peltekoğlu, s.97.

STK'lar da seslerini duyurmaya başlamışlardır, ancak hastalardan halen ses duyulmamaktadır¹⁸⁷.

2.3.3. İki Yönlü Asimetrik Model

Bu modelde ise amaç ikna olmakla beraber, uygulamacılar daha çok tanıtım uzmanı gibi çalışırlar. Sosyal bilim teorilerinden, özellikle de davranışsal araştırmalardan yararlanılır. İletişim iki yönlü olmakla beraber, alınan geri besleme ile yönetimin politikasını değiştirmesi söz konusu değildir¹⁸⁸.

1980'lerin sonu 1990'ların başında HIV/AIDS ile ilgili olarak üçüncü model gündeme gelmiştir. Tutuma dayalı araştırmalar ve iknaya yönelik programlar (önlem alma, zarar verici sağlık inançlarını ve uygulamalarını değiştirmeye yönelik programlar) daha çok görünür olmuştur. Sosyal damgalamalara yönelme azalmıştır. Geri-besleme ise teoriye yönelik, yukarıdan aşağıya programlar ve politikalar hazırlamak için alınmaktadır. Medyada ünlüleri ele alan hikayeler ve tıbbi umut hikayelerinde artış olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde ise grupların damgalanması ise bu dönemde halen söz konusudur. Önlem alma konusuna pek rağbet edilmemektedir. Politikacılar basın sözcülüğü yapmaktadırlar ve bio-medikal otorite de halen sessizliğini korumaktadır¹⁸⁹.

2.3.4. İki Yönlü Simetrik Model

Bu modelin savunucuları daha çok teorisyenler ve eğitimcilerdir. Bu uygulamacılar kuruluş ve hedef kitle arasında ortak zemin yakalamaya çalışan arabulucu görevi görmektedir. İletişim teorilerinden yola çıkan bu modelde, yönetim aldığı geri-beslemeden etkilenmekte ve politikasına yön vermektedir¹⁹⁰. "Simetri, özgürleşmeyi ve kendiliğinden özgür ifadeyi önerir gözükmemektedir ancak potansiyel olarak totaliter bir

¹⁸⁷ Bardhan, s.225-226.

¹⁸⁸ Balta Peltekoğlu, s.97.

¹⁸⁹ Bardhan, s.226.

¹⁹⁰ Balta Peltekoğlu, s.97.

ideolojidir”¹⁹¹ eleştirisi de bu modele getirilmekle birlikte “kamu yararı”nı esas alan bu model bize göre en “demokratik” modeldir.

İki yönlü simetrik model, HIV/AIDS açısından “olaya dahil olma”ya doğru bir ilerleme getirmektedir. Güç, daha imtiyazlı paydaşlardan alınarak, yaşamları etkilenenlerle birlikte paylaşıma gidilmektedir. Bu model, paydaşları değiştirmeyecek, ama geleneksel olarak daha güçlü olan paydaşlar, hastalıktan daha çok etkilenenlerin yaşadığı tecrübelerle dahil olacaklardır. Simetri idealdir, ama aslında pek de mümkün görünmemektedir. Bardhan, halkla ilişkilerin uluslararası / kültürlerarası yaklaşımından yararlanmak gerektiğini belirtmektedir. Zira HIV/AIDS, farklı kültürel grupların / paydaşların gündemlerini, etkileşimlerini ve yorumlamalarını kapsayan çok kültürlü bir fenomendir¹⁹². Bardhan’ın bu çalışması diğer global sağlık risklerine de uygulanabilir. Bu araştırmanın önemi; farklı paydaşların kendi aralarında birbirlerine yönelik olarak halkla ilişkiler stratejilerini kullanmalarında yatmaktadır.

2.4. Halkla İlişkilere Yöneltilen Eleştiriler ve Halkla İlişkilerin Kamu Yararı Boyutu

Halkla ilişkilerin işlevleri hakkında “örgüt için örgütlü bilinç yönetimi”, “rıza mühendisliği” (*engineering consent*), “kamuoyunun üstesinden gelme sanat ve bilimi”¹⁹³ gibi kimi haklı, kimi de haksız eleştiriler, halkla ilişkilerin “kamu yararı” işlevini gözardı etmekte ve onun “stratejik iletişim yönetimi” olarak kamu sağlığını geliştirmede önemli bir “güç” olduğunu yadsımaktadır.

Stuart Ewen halkla ilişkiler tekniklerinin sosyal, ekonomik ve siyasi ya da askeri gücün kurumları tarafından kamu manipülasyonu amacıyla kullanılabildiğini ifade etmektedir¹⁹⁴. Bu uygulamalarda, çokuluslu halkla ilişkiler şirketleri, hükümet sözcüleri,

¹⁹¹ L’Etang, s.72-76.

¹⁹² Bardhan, s.226.

¹⁹³ Halkla ilişkilerle ilgili ayrıntılı eleştirel bakış açısı için bkz. İrfan Erdoğan, *İletişimi Anlamak*, Ankara: Erk Yayınları, 2000, s.339-375.

¹⁹⁴ Stuart Ewen, *PR!A Social History of Spin*, New York: Basic Books, 1996, s.30.

özel ve kamu kuruluşlarının basın veya iletişim danışmanları-ki kendilerine negatif bir anlamlandırmayla “*spin doctor*” (döngü uzmanı) denilmektedir-Walter Lippman’ın deyiimiyle “rıza mühendisliği” (*engineering consent*) için uğraş vermektedirler. Lippman’ın 1922’de yazdığı “Public Opinion” isimli kitabında ifade ettiği gibi “insanlar demokraside yaşarlar, demokraside yaşayan insanlar dünyayı anlamaya muktedir değildir. Onlar, kafalarının içindeki görüntülerle, resimlerle yaşarlar, oluşturulmuş sahte çevrelere tepki verirler”¹⁹⁵. İşte yönetilenlerin yaratılan bu sahte çevrelerde “rıza üretimi” ile manipüle edilmeleri söz konusudur. Kamu yararının tamamen gözardı edildiği etik dışı pek çok halkla ilişkiler uygulamasında gerçekler çarpıtılarak, demokrasinin özü değil ancak bir yanılsaması kitlelere sunulmaktadır.

Irak Savaşı’nı (2003) kamuoyu nezdinde haklı göstermek için dezenformasyon, *spin* (döngü) ve diğer propaganda tekniklerinin kullanılması da aslında halkla ilişkiler uygulamalarıdır. Toplumun “görünmeyen mekanizması”nı¹⁹⁶ kitle iletişim araçlarını kullanarak manipüle eden kişilerin başvurdukları etik dışı tekniklerin yalnızca işletme odaklı olarak değil, kamusal iletişimin çeşitli boyutlarında uluslararası “savaş iletişimi”nin nasıl hizmetinde kullanıldığı bu son örnekle de en uç seviyesine ulaşmıştır. Görüldüğü gibi “bilinç yönetimi” en masum şekilde malları, hizmetleri üretenlerin, en acımasız biçimde de savaşı “satan” güçlerin hizmetinde kullanılabilmektedir. Bu gibi etik dışı uygulamalar halkla ilişkiler disiplinine zarar vermektedir ve bu nedenle de halkla ilişkilerin de halkla ilişkilere ihtiyacı vardır.

Halkla ilişkilerin sosyal sorumluluk ve kamu yararı gibi kavramları dışladığı durumlar, yukarıda örneklerini gördüğümüz ve Grunig’in yalnızca tek yönlü iletişime olanak veren, halkla ilişkiler modelleri içinde geçerlidir. Grunig, halkla ilişkilerin simetrik olarak (iki yönlü simetrik model) uygulanması söz konusu olduğunda ise iletişim sistemlerinin değerli bir bileşeni olduğunu ifade eder ve bu modelin sosyal sorumluluk

¹⁹⁵ David Barsamian, “Public Relations: Corporate Spin Propaganda: An Interview with Stuart Ewen”, <http://www.zmag.org>, (17.06.2003), s.8.

¹⁹⁶ Bu konuda ayrıntılı bir eleştirel bakış için bkz. Edward Bernays’in Propaganda (1928) adlı eserinden aktaran Tim O’Shea, “The Doors of Perception: Why Americans Will Believe Almost Anything”, <http://www.mercola.com/2001/aug/15/perception.htm>, (15.09.2002), s.4.

prensiplerine bağılı olarak uygulanmasıyla küresel iletişim sisteminin önemli bir ögesi durumuna geleceğini belirtir¹⁹⁷.

Halkla ilişkilerin işletmenin çıkarı doğrultusunda ve sağlığa zararlı davranışları destekleyici ve hatta manipüle edici kullanımına pek çok örnek vermek mümkündür. Örneğin halkla ilişkilerin babası olarak kabul edilen Bernays 50 yıl boyunca tütün endüstrisi için çalışmıştır ve 1940'lı ve 50'li yıllarda American Medical Association'ın (Amerikan Tıp Derneği) dergisinde, ayrıca *Life*, *Time* ve *Look* dergilerinde sigaranın insan sağlığına faydaları ile ilgili yazıların yayınlanmasını sağlamıştır. Bu yazılarda doktorlar özellikle de Bernays'in halkla ilişkilerini yürüttüğü sigara markasını sağlıklı sindirim için önermekteydiler¹⁹⁸. Günümüzde özellikle de bütünsel pazarlama iletişiminin bir bileşeni olarak halkla ilişkiler, sağlıksız ürünlerin pazarlanmasında da kullanılmaktadır. Aslında pazarlanan genellikle "yaşam biçimi"dir: sigara, alkol (gençlerin light bira içmeye özendirilmeleri), bazı ülkelerde yasaklanan bol kafeinli enerji içecekleri, hızlı araba kullanmak, fast-food, gereksiz estetik ameliyatlar, yüksek miktarda yağ ve tuz içeren yiyecekler, ateşli silahların kullanılması...Bu yaşam biçimlerini destekleyen, manipüle eden mesajlar televizyon dizilerinde, reklamlarda, sponsorluk faaliyetlerinde, event organizasyonlarında, sinema filmlerinde, ürün ambalajlarında, haber bültenlerinde, afişlerde vs. verilebilmektedir. Halkla ilişkiler de bu sağlıksız davranışa sevk edici mesajların hedef kitlelere ulaştırılmasında kullanılmaktadır.

"Kamu yararı" işleviyle hareket eden halkla ilişkiler uygulamalarında ise amaç, belli bir çıkar örgütü söz konusu olmadan, yine insanların belli bir yönde düşünmesini ve bu yönde eylemde bulunmaya hazır olmasını ya da eyleme geçmesini sağlamaktır. Devlet kuruluşlarının haricinde sivil toplum kuruluşları da kamu yararı ile eylemlerini gerçekleştirirler. İşletmelerin "sosyal sorumluluk" amaçlı uygulamaları da her ne kadar kamu yararı ile hareket etse de sonuçta "çıkâr"ın yine işletmenin kendisine dönen ana motif olması nedeniyle eleştirilmektedir. Sağlık iletişiminin halkla ilişkilerden "kamu yararı

¹⁹⁷ James E. Grunig ve Todd Hunt, *Managing Public Relations*, New York: Hold, Reinehart ve Wilson Inc., 1984, s.149.

¹⁹⁸ O'Shea, s.3.

işlevi” ile yararlanması ve işletmelerin de sosyal sorumluluk bağlamında sağlık iletişimi kampanyalarında yer almalarıyla yukarıdaki eleştirilere yanıt getirilebilir. Ancak işletmelerin sosyal sorumluluk amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetlerin birincil motifinin işletmenin itibarına, imajına ve dolayısıyla da ekonomik çıkarına katkıda bulunmak olduğu da unutulmamalıdır. Avon, Amtrak, Budweiser, Coca-Cola, Kraft, American Airlines, Kellogg’s, Burger King, Turkcell, Sabancı Holding gibi pek çok işletme sağlık ve eğitim gibi konularda sosyal sorumluluk kampanyaları gerçekleştirmektedir.

Halkla ilişkilerin iki yönlü iletişim modelinin diyaloga, şeffaflığa ve *consensus* oluşturmaya dayalı anti-Makyavelist özelliği gelecekte küresel iletişim sisteminde daha da sofistike bir hal alabilecek çoğunluğu tek yönlü, etik dışı uygulamalara karşı koyabilecektir.

2.4.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Halkla İlişkiler ve Kamu Sağlığı

Abdulrahman Al-Enad, *PR Quarterly*’de yayınlanan bir makalesinde halkla ilişkilerin rolü ve işlevlerinin çevresel faktörlerden etkilendiğini ifade etmektedir. Bu görüşe göre halkla ilişkilerin rolü ve işlevleri; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılıklar göstermektedir. Özellikle de Batı dünyasında halkla ilişkilerin gelişmesinin ardındaki güçlere (teknolojik gelişmeler, eğitimdeki ilerleme, organize işgücünün gelişmesi gibi) her zaman gelişmekte olan ülkelerde rastlanmamaktadır. Daha da önemlisi halkla ilişkilerin gelişiminde en önemli olan kamuoyu, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda aynı güce sahip değildir. Ayrıca kitle iletişimi de bu ülkelerde yeterli sofistikasyona sahip değildir. Al-Enad’a göre, halkla ilişkiler bu ülkelerde “ithal edilmiştir”.

Halkla ilişkilerin kültürel rolüne gelince, toplumdaki değişimin büyük kısmı öncelikle kültürün maddi görünümünde olur. Al-Enad, Hobbs ve Blank’tan da alıntı yaparak, kültürün maddi olmayan yüzünün, daha sonra yeni maddi yüzüne uyum sağlamak durumunda olduğunu söyler. Kültürel geri kalmışlık tam tersi şekilde de olabilir. “Gelişmekte olan ülkelerde görülen; beklentilerin karşı konulmaz artışı, sosyal beklentiler ve teknolojik olanaklar arasındaki kültürel geri kalmışlık nedeniyle önlenmiştir”. Kitle iletişimi, kültürün maddi ve maddi olmayan bölümleri arasındaki uçurumu kapatmakta

önemli bir rol oynamaktadır. Maddi olmayan değişimlerin olduğu toplumlarda, eğitim ve aydınlatma medyanın önemli işlevlerinden biridir. Üçüncü dünya ülkelerinde halkla ilişkiler, bakanlıklarda ya da diğer hükümet kuruluşlarında enformasyon bürosu gibi çalışır. Halkı eğitmek ve ilgili konularda bilgisini arttırmak ve farklı şekilde davranması konusunda ikna etmek (okula gitmek, aşı olmak, trafik kurallarına uymak), halkın kendini tatmin edilmiş hissetmesini sağlamak (çoğunlukla “narkozlama” gibi etik olmayan yollarla yapar) amaçları ile hareket eder. Toplumun gücü maddi kısmı değiştirmeye yetmiyorsa, maddi olmayan kısmı manipüle etmek esastır. Kimilerine göre halkı narkozlamak, halkla ilişkilerin gayri meşru amacıdır. Literatürde belirtildiği gibi halkla ilişkiler, kurum ve hedef kitle ya da çevresi arasında yer alıyorsa, gelişmekte olan ülkelerde kültürün maddi ve maddi olmayan yüzü arasında yer alıyordur. Aynı şekilde işlev görür, her iki tarafı da diğerinin ihtiyaçları ve beklentilerine uyması için adapte etmeye çalışır. Her iki şıkta da rolü, halkla ilişkiler teorisyenlerince belirlenen standartlarla buluşmaz. Ancak bu durum da sistemin dengede durmasına yardımcı olur¹⁹⁹.

Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye’de de halkla ilişkiler Batı’dan “ithal edilmiştir”. Bu durum, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili uygulamalar açısından da sorunlar yaratmaktadır. Devlete ait sağlık kurumlarında halkla ilişkiler departmanları “enformasyon bürosu” gibi çalışmaktadır ve sağlığı geliştirme faaliyetlerinde genellikle yer almazlar. Özel şirketlerin halkla ilişkiler faaliyetlerinde “kamu yararı” ile hareket edilmemektedir. STK’ların sağlığı geliştirme çalışmalarında uyguladıkları halkla ilişkiler stratejileri ise genellikle sosyal pazarlama ağırlıklıdır. (Bu durum 4. Bölümde sağlıkla ilgili halkla ilişkiler kampanyalarında ele alınacaktır).

Türkiye’de halkla ilişkilerin gelişmesine baktığımızda, ilk uygulamaların askeri darbelerin ya da muhtıraların arkasından “halkın bilgilendirilmesi” amacıyla başlatıldığını ve halktan değil, tamamen yukarıdan gelen istekler doğrultusundaki uygulamalar olduğunu

¹⁹⁹ Abdulrahman H. Al-Enad, “Public Relations’ Roles in Developing Countries”, *PR Quarterly*, Vol.35, Issue.1, Spring 1990, s.24.

görmekteyiz.²⁰⁰ Bu durum Al-Enad'ın da belirttiği gibi, halkla ilişkilerin ardındaki güçlere, gelişmekte olan ülkelerde her zaman rastlanmamasından kaynaklanmaktadır.



²⁰⁰ Türkiye'de halkla ilişkilerin gelişmesi ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Balta Peltekoğlu, s.98-104.

3. KAMU SAĞLIĞI ENFORMASYONU VE MEDYA

Bu bölümde sağlık iletişiminin, sağlığın geliştirilmesinde kullanılmasının nasıl bir “iletişim ortamı”nda işlev kazanması gerektiği incelenecektir. Bu amaçla kamu sağlığı enformasyonu ve medya arasındaki ilişki; enformasyon kaynağı, enformasyonun içeriği, kontrolü ve alıcısı bağlamında ele alınacaktır.

Kitle iletişim araçları, kamu sağlığı enformasyonunun geniş popülasyonlara iletilmesinde birincil kaynak durumundadır. Medyanın olumlu sağlık davranışına yöneltebilecek mesajların yanısıra, kamu sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek mesajların da iletildiği bir ortam olması paradoksu ve ayrıca kamu sağlığının sosyal değişimi sağlama çabalarına karşılık medyanın *status quo*’yu sürdürmeye yönelik tutumu; “sağlık bilinci”nin yanısıra “medya bilinci”nin de gerekliliğini ortaya koymaktadır. Küreselleşmenin olumsuz etkileri de sağlıkla ilgili “enformasyona sahip olanlar” ve “olmayanlar”ın arasındaki uçurumu derinleştirmesi nedeniyle sağlığın geliştirilmesi ve dolayısıyla da sağlık iletişimi çabalarında aşılması gereken son derece önemli bir engeldir.

3.1. Kitle İletişiminde Bilimsel Enformasyon, Dezenformasyon ve Mezenformasyon

Enformasyon “kişinin çevresinden gelen, bilgisine ya da inançlarına katkıda bulunan uyarıcı” olarak tanımlanabilir²⁰¹. Enformasyon ve onun kontrolü, sosyal gücün temelini oluşturmaktadır²⁰². Demokrasi sürecinin işleminde medyanın yasal ve etik sorumluluğu; vatandaşların faydalı enformasyona ulaşmasını temin etmektir. Politik süreç bu şekilde işler ve vatandaşların da “kendileri için doğru” kararları aldıkları varsayılır²⁰³.

²⁰¹ Dale E. Brashers, Daena J. Goldsmith ve Elaine Hsieh, “Information Seeking and Avoiding in Health Contexts”, *Human Communication Research*, Vol.28, No.2, April 2002, s.258.

²⁰² K. Visvanath ve J.R. Finnegan Jr., “Health and Knowledge Gaps”, *American Behavioral Scientist*, Vol.34, Issue.6, July-August 1991, s.712.

²⁰³ Philip Meyer, “News Media Responsiveness to Public Health”, *Mass Media and Public Health: Complexities and Conflicts*, s.53.

Sağlık enformasyonu; sağlık hizmeti ve sağlığı geliştirmede ana kaynaktır çünkü stratejik sağlık davranışları, tedavileri ve kararlarına rehberlik etmede kullanılır²⁰⁴. Sağlık enformasyonunun üç özelliği vardır:

-kantite ve kalitesi (ya da ne kadar, neyin iletişiminin yapıldığı)

-sağlık mesajlarının altında yatan ve onu biçimlendiren temel değerler,

-ulaşılabilirlik (enformasyona kimin, nasıl ulaşabileceği ve kimin enformasyona ulaşmadığı için marjinalize olduğu)²⁰⁵.

Güvenilir sağlık enformasyonu, sağlığı geliştirme faaliyetlerini yürütenler için kampanyaların oluşturulmasında, planlanmasında temeldir. Sağlık enformasyonu, geniş bir dizi çaba ve disiplinden beslenir. Sağlık enformasyonu tıbbi araştırmalardan, psikolojik ve sosyal bilimlerden, aynı zamanda da ziraat ve çevre bilimlerinden gelmektedir²⁰⁶. Sağlık verileri doğrudan ya da dolaylı olarak Sağlık Bakanlığında, il sağlık müdürlüklerinden gelmektedir. Ayrıca burada Türkiye'den örnek vermek gerekirse DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü), Tabipler Birliği ve ona bağlı Tabip Odalarının yayınları, tüketici grupları, sivil toplum kuruluşları, tıp ve sağlık bilimleri dergileri, hükümetin ve sağlık otoritelerinin raporları ve gelişmiş ülkelerdeki lobicilik kuruluşları, güvenilir sağlık enformasyonu kaynakları olarak değerlendirilmektedir. Bu enformasyonlarda; bazı aktivitelerin algılanan sağlık riskleri (örn. güneş ışınlarının zararlı etkisi, polen alerjileri, Çernobil sonrası kontamine olan yiyecekler, ya da yumurtalarda *salmonella* bakterisinin bulunması vs.), bir popülasyonun sağlığının diğerinden nasıl farklı olduğu, bazı enfeksiyonların görülme sıklığı veya insanların nasıl grip salgınına maruz kaldıklarını ya da hipodermiden ölmeleri gibi konular²⁰⁷ burada örnek olarak gösterilebilir. Sağlık enformasyonunun çoğu enformel (örn. iş arkadaşlarıyla sohbet), tesadüfi (eğlence medyası gibi) ve de olasılıkla doğru

²⁰⁴ Gary L. Kreps, "Opportunities for Health Communication Scholarship to Shape Public Health Policy and Practice: Examples From the National Cancer Institute", *Handbook of Health Communication*, s.611.

²⁰⁵ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.265.

²⁰⁶ Katz ve Bunker, "What Counts as Evidence in Health Information?", s.192.

²⁰⁷ Katz ve Bunker, "What Counts as Evidence in Health Information?", s.192.

değildir (sağlık riskleri ve tedavilerle ilgili tabloid basında çıkan yazılar gibi). Sağlık iletişimi kampanyaları, kişilerin mevcut sağlık enformasyonu ve etkileyen kaynaklar olarak en iyi katkıyı sağlayabilirler²⁰⁸.

Kitle iletişimiyle yayılan sağlık enformasyonuna gelince; bu enformasyonun doğru, güvenilir ve kullanılabilir olması kamu sağlığı açısından birincil önem taşımaktadır. Günümüzde artan tıbbi enformasyonun büyük bölümünün “kaliteli enformasyon” olduğunu söylemek güçtür. Oysa ki tıp çevrelerince yapılan açıklamaların veya tıp dergilerinde yayınlanan araştırma bulgularının kaliteli enformasyon halinde yani “kullanılabilir veri” halinde kamuya aktarılması da en az araştırmanın kendisi kadar önemlidir. Örneğin geçtiğimiz son bir kaç yılda “İnsan Geni Araştırma Projesi” (Human Genome Research Project) ile ilgili medyada pek çok haber, köşe yazısı, yorum vs. yer almıştır. İnsan DNA’sının haritasının çıkarılmasının hastalıkların tedavisinde ve insan ömrünün uzatılmasında ne gibi katkıların olacağını veya bireyin yaşamını nasıl etkileyeceğinin kamunun anlayabileceği bir dille aktarılması bu enformasyonun kullanılabilirliği açısından önemlidir. Aksi takdirde bu araştırma bulguları sonucunda tüm insanların 150 yaşına kadar yaşayabileceği, kanser gibi hastalıkların çaresinin bulunmasının an meselesi olduğu gibi fikirlere kapılmak mümkündür.

Bir yanda kültürümüzün bilgi kaynağı olarak bilime verdiği önem, enformasyonun bilimsel çalışmadan elde edilen bulgu ya da verilerin toplanması olduğu olgusu yer almaktadır. Öte yandan insanların çoğu bilimsel bir çalışmanın orjinal verilerine ulaşmak için *New England Journal of Medicine* gibi tıp dergilerini vs. okumazlar. Onun yerine tıbbi jargonu anlaşılabilir dile “çeviren” haber kaynaklarını ya da dergileri okurlar. Öte yandan sağlık tehditleri veya sağlık uygulamalarıyla ilgili enformasyon yalnızca akademik bir ürün veya bilimsel araştırmadan öğrenilmez. İnsanlar ender olarak sağlıkla ilgili kararları sadece patolojiye dayanarak ya da belirli bir sağlık tehdidinin önceden tahminine dayanarak verirler. Ayrıca insanlar yine ender olarak hükümetin sağlıkla ilgili aktivitelerine ulaşabilirler. İnsanlar uygun ya da istenilen sağlık uygulamaları ile ilgili ipuçları için diğer

²⁰⁸ Maibach, s. 247.

bireylere bakarlar, onları izlerler. Diğer yandan popüler medya ile ilgili içerik araştırması yapanlar, sağlık mesajlarının enformasyon değerinin genellikle doğru olmayan, yanlış aktarılan veya gözardı edilen mesajlardan veya uygun olmayan rol modellerden oluştuğunu ortaya koymaktadır²⁰⁹. Medyanın “olumsuz sağlık davranışları”nın yayılması ve benimsenmesindeki rolünün yanısıra “olumlu sağlık davranışı”na yöneltmede de kullanılabilmesi bir paradoks ortaya koymaktadır. Diziler, filmler, reklamlar, haber bültenleri vs. olumsuz sağlık davranışına yöneltmede bilinçli ya da bilinçsiz katkıda bulunmaktadır. “Yaşam biçimi” söylemi ile sigara ve alkol tüketimi, hızlı araba kullanmak, dengesiz beslenmek²¹⁰, gereksiz ilaç tüketimi gibi pek çok olumsuz sağlık davranışına yöneltici mesaj, “iletişim bombardımanı”nın cephaneleri olarak kitle iletişim araçlarından hedeflere atılmaktadır. Daha fazla, daha hızlı ve gereksiz tüketimin sonucu yalnızca bireyin ekonomisine değil, sağlığına da zarar vermektedir. Ayrıca “yaşam biçimi teorisi” karmaşık sağlık konularını kişisel davranışa indirger, televizyon da sosyal sorunları ve sağlık sorunlarını alır ve onları duygusal dramalara indirger. Sonuç olarak sorunlar, enformasyon yokluğundan ya da doğru enformasyonla yanlış kararlar alan insanlardan kaynaklanır. Kişiler çok fazla içki içer, uyuşturucu kullanır veya doğru yiyecekleri yemezler çünkü daha iyisini bilmezler²¹¹. Oysa ki sağlığın sosyalleştirilmesi ile ilgili bölümde gördüğümüz gibi, toplumda olumsuz sağlık koşulları, kişilerin şahsi seçimleri olarak değil, doğdukları ortamın sosyal ve ekonomik durumunun kötü olmasından kaynaklanmaktadır²¹².

Yukarıda bahsettiğimiz paradoksun diğer yüzünde ise, kitle iletişimi bağlamında olumlu sağlık davranışına yönelten enformasyon sağlamadan, bilgilendirerek karar almayı kolaylaştırmaya ve değişim için iknaya kadar geniş bir yelpaze yer almaktadır. Genel kamuyla proaktif olarak, enformasyona dayalı iletişim kurmak; yeni ya da akut bir sağlık sorununa dikkat çekmek, acil bir durumda korkuyu azaltmaya yardım etmek (risk iletişimi, bkzn. 2. Bölüm), devam eden sağlık sorununa ilgiyi arttırmak ve korumak, sağlık

²⁰⁹ Kimberly N. Kline, “*Popular Media and Health: Images, Effects and Institutions*”, *Handbook of Health Communication*, s.558-560.

²¹⁰ Naidoo ve Wills, s.241.

²¹¹ Wallack, “*Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge*”, s. 44-45.

²¹² Wallack ve Diğerleri, s.4.

trendlerini açıklamak, bilgilendirilmiş karar vermeyi kolaylaştırmak olarak ele alınabilir. Kamu sağlığı konularında halkın bilgilendirilmesi kapsamında önemli enfeksiyon hastalıkları, gençlerin sigara içmeleriyle ilgili eğilimler, 40-49 yaşlarındaki kadınların mamografi taraması yaptırmalarının yararları ve riskleri gibi pek çok örnek vermek mümkündür. Bilgilendirmek amacıyla gerçekleştirilen iletişim ile ihtiyaçlar (bilgi, fikir, tutum, kültürel faktörler) belirlenmeli ve bunlar giderilmelidir (teknik enformasyonun biçimlendirilmesi ve destekleyici verilerle)²¹³. Bilgilendirme işlevi doğrultusunda medyadan, sağlıkla ilgili bu tür enformasyonların iletilmesinde yararlanmak mümkündür. Sağlıkla ilgili her tür haber, PSA'ler, belgeseller, haber bültenleri, gazetelerin sağlık köşeleri ve sağlık sayfaları, televizyondaki sağlık programları, diziler ve kimi filmler; sağlıkla ilgili olumlu davranışa yönlendirici mesajların iletildiği kitle iletişim ortamları olarak da düzenlenebilmektedir.

Doğru, kesin ve ulaşılabilir bilimsel enformasyon demokrasinin işleyişi için gerekli şartların oluşmasında önemlidir, aksi takdirde çarpıtılan bir bilimsel enformasyon politik ya da ekonomik çıkarlar, hatta kişisel çıkarlar için kullanılabilir,²¹⁴ ki bu durumda da 'dezenformasyon' ve 'mezenformasyon' kavramlarından bahsetmek gereklidir. Dezenformasyon (haber tahrifatı), "bilinçli olarak yanlış enformasyonun yayılması, karşısındakinin politikalarını ya da fikirlerini etkilemek amacıyla özellikle de hükümet ya da onun temsilcisi tarafından yabancı bir güce ya da medyaya karşı kullanılması" olarak tanımlanmaktadır²¹⁵. Bu noktada dezenformasyon' ile mezenformasyon arasındaki ayrımı ortaya koymak gereklidir. Mezenformasyonda yanlış, hatalı enformasyon söz konusudur, ancak kasıt yoktur. Mezenformasyonun propagandadan farkı ise, her zaman için doğru olmayı iletmesidir. Propaganda her zaman yalan değildir²¹⁶.

²¹³ Nancy Signorielli, *Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook*, CT: Greenwood Press, 1993, s.47-48.

²¹⁴ Jean-Jacques Duby, "Information Scientifique et Désinformation", http://www.supelec.fr/dir/Informationscientifique_desinformation.pdf, (08.12.2002), s.1-12.

²¹⁵ Guy Durandin, *L'information, La Désinformation et La Réalité*, Paris: PUF, 1993, s.20.

²¹⁶ "Information and Its Counterfeits: Propaganda, Misinformation and Disinformation", The Sheridan Libraries, <http://www.library.jhu.edu/elp/useit/evaluate/counterfeit.html>, (21.11.2003).

Duby'ye göre, bilimsel dezenformasyonun ve mezenformasyonun üretim, iletim ve sonuçlar olmak üzere üç safhası vardır (Duby, bu iki kavram arasında bir ayrım yapmadan yalnızca dezenformasyonu ele almıştır, biz mezenformasyonu da bu safhaya ilave ettik):

Üretim: Bilimsel dezenformasyon ve mezenformasyonların kökeninde yer alan bilimsel argümantasyondaki anormallik, bilimsel olarak çarpıtılmış enformasyondan ya da geçerli olmayan enformasyondan kaynaklanabilir; yani ya doğru bir bilimsel enformasyondan yola çıkılabilir ama tamamen doğru değildir, ya kökeninde bilimsel kesinlik yoktur ya da bilimsel çevrelerce onaylanmamış olabilir.

İletim: Medya, baskı ve çıkar grupları gibi kanallarla dezenformasyon ve mezenformasyonun iletilmesi söz konusudur. Baskı ve çıkar grupları amaçlarına uymayan enformasyonları iletmezler. Medyanın kriterleri daha gizemlidir (sansasyonelizm gibi). Örneğin dioksin, hiç kimsenin ölümüne ya da patolojik hiç bir sonuca neden olmamıştır, ancak medya tarafından “çok zehirli” olarak tanımlanmıştır. Oysa I. Dünya Savaşı'nda kullanılan *metil isocyanate*, Bhopal'de (Hindistan) 2000 kişinin ölümüne neden olmuş ancak endüstrileşmiş ülkelerin basınınca önemsenmemiştir. Kimi zaman medyanın dezenformasyon haberleri son derece yıkıcı sonuçlara neden olmaktadır. Sevesode'de 300 gram dioksinin 18 km²lik bir alana yayılması medyada “Hiroşima'dan sonra en büyük çevresel facia” olarak yer alınca, 32 hamile genç kadın dünyaya sakat çocuk getirme korkusuyla kürtaj yaptırmıştır²¹⁷. Bir diğer örnek ise Hindistan'da çocuk felci ve A vitamini aşısı ile ilgili bir kampanyanın ardından 6 çocuğun ölmesi üzerine konunun uluslararası medyada ele alınması ile ilgilidir. BBC, ölümlerin aşından kaynaklanabileceğini belirten bir haber yayınlar. Sonuçta ölümlerin aşıyla bir ilgisinin bulunmadığı ispatlanmıştır, ancak aileler çocuklarını aşılatmaktan kaçınca, hedeflenen çocukların yalnızca %47'si aşı olmuştur²¹⁸.

²¹⁷ Duby, s.1-12.

²¹⁸ Scott C. Ratzan, “Public Health at Risk: Media and Political Malpractice”, *Journal of Health Communication*, Vol.7, Issue.2, 2002, s.83.

Medyanın dışında da baskı gruplarının dezenformasyon ve mezenformasyon mekanizmasında sorumlulukları vardır. Kimi gruplar araştırmaları için finans desteği alırlar ve ideolojilerin işin içine girmesi sonucunda dezenformasyon iyice tehlikeli hale gelir. Ekonomik amaçları olan ya da amacı fikirleri savunmak olan gruplar da ikiye ayrılırlar. Bilimsel gerçek yerine kendi çıkarlarını savunabilirler, özellikle de bir çıkar grubu bilimsel bir araştırmaya finans desteği veriyorsa sorun daha da büyüktür. Araştırmanın konusu üzerinde etkili olması normal karşılanırsa bile sonuçları üzerinde etkili olması kabul edilemez, araştırmacıların bilimsel deontolojiye saygı göstermeleri gerekmektedir²¹⁹. Ekonomik çıkarlar ve başka güçlerin etkisiyle sağlığa zarar veren, doğruluğu olmayan sağlık haberleri medyada yer almaktadır. Medya organizasyonlarının, iş dünyasının çıkarlarıyla manipüle edilmesine en iyi örnek sigara ile ilgili haberlerdir. Bir başka örnek ise çocuklarda görülen (ve Türkiye’de de bir süre medyanın gündeminde yer alan) ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*-Dikkat Noksanlığı Hiperaktivite Bozukluğu) için *Ritalin* isimli ilacın kullanımının artmasında eleştiriler genel olarak doktorlardan değil, öğretmenlerden gelmiştir. İlaç firmaları agresif pazarlama kampanyalarıyla *Ritalin* promosyonu yapmışlardır. ADHD, medyada genel insan davranışının yansımından çok tıbbi bir konu gibi ele alınmış ve sorunun ilaçla giderilebileceği havası yaratılmıştır. Peters (1995) artan sayıda bilim adamının, halkla ilişkiler uzmanlarına sahip sağlık organizasyonlarınca istihdam edildiklerini aktarmaktadır. Bu bilim adamlarının görüşleri de üçüncü şahısların tarafsız görüşü olarak, bir iletişim stratejisi olarak bilinen “üçüncü parti tekniği”yle (*third party endorsement*) iletilmektedir²²⁰.

Sonuçlar: Alınan sonuçlara göre hükümet önlemleri (yasal düzenlemeler, araştırma programının finansmanı) ya da sosyal tutumların ve tavırların modifikasyonu olabilmektedir. Dezenformasyon ve mezenformasyon tüketim üzerinde etkili olabilir. Tıbbi tüketim konusu ise çok daha ciddi boyuttadır. Ciddi bir hastalık hakkında yarım yamalak enformasyonların yayılması hastalar ve onların çevresince sosyal bir baskı yaratabilir.

²¹⁹ Doby, s.1-12.

²²⁰ Seale, s.56-57.

Bireysel açıdan da doğru olmayan deneyimler nedeniyle hastanın tedavisini yarım bırakmasının sonuçları da dramatik olabilir.

Fransa’da CSRT (Conseil Supérieur de la Recherche et de la Technologie-Araştırma ve Teknoloji Yüksek Konseyi) dezenformasyon mekanizmalarına karşı, sorun hakkında araştırma yapılmasını (araştırmacılar, araştırma kuruluşları, bakanlıklar, medya, işletmeler, lobiciler bu araştırmanın aktörleri konumundadırlar), eğitim (bilimsel enformasyonun yayılmasında önemli rol oynayan güvenilir medya kaynakları, kuruluşların iletişim departmanları, eğitimciler, uzman gazeteciler, doktorlar, hukukçular) ve idari ve hukuki kararların alınmasını önermiş, ayrıca medyanın kamuoyu üzerindeki güçlü etkisi göz önünde bulundurulduğunda bilimsel deontoloji açısından daha ciddi yaptırımların ve reklamların kontrolünün sağlanmasını önermiştir²²¹.

Türkiye’de medyanın, reklam sektörünün, Tabipler Birliği’nin kendi etik kuralları doğrultusunda “doğru” ve “güvenilir” sağlık enformasyonu konusunda oto-kontrol sağlanmaya çalışılmaktadır. Sağlık konusundaki mevzuatın rekabeti yasaklamış olmasına rağmen bu konuda ihlallere çok sık rastlanmaktadır. Doktorların ya da bağlı bulundukları sağlık kurumlarının gizli ya da örtülü reklamları bireylerin “adalet ve güven” duygularını zedelemekte, “metalaştırılan” sağlık, bir mal gibi pazarlanabilmektedir.

Sanayi ve Ticaret Bakanlığına bağlı Reklam Kurulu’nun “gerçeği yansıtmadıkları ve tıbbi gerekçelerle bağdaşmadıkları” için idari para ve düzeltme cezası verdiği reklamlara örnek vermek gerekirse; X gazetesinin “kolesterol düşürücüler yaşlanmayı geciktiriyor” başlıklı yazısında adları geçen *Mevacor*, *Zacor*, *Lipitor*, *Ator* ile *Memantin* isimli ilaçların örtülü reklamı yapıldığı gerekçesiyle söz konusu gazete 35 milyar idari para ve durdurma cezası verilmiştir (Kurul’un 11 Mayıs 2004 tarihindeki toplantısı sonucunda). Bu tür haberlere medyada çok sık rastlanmaktadır. Bir diğer örnek de 2004 yılı başlarında Sanayi ve Ticaret Bakanı’nın medya gündemine getirdiği, bazı kozmetik firmalarının “selülit kremleri” reklamlarıdır (Bakan’ın asıl şikayet konusu bu reklamlarda kullanılan

²²¹ Duby, s.1-12.

fotoğrafların erotik olmasıydı). Reklam Kurulu, X Kozmetik firması tarafından sunulan selülit ve yaşlanmayı geciktiren kremlerin reklamlarında kullanılan çeşitli ibarelerin, Üniversite’den istenilen bilirkşi görüşü doğrultusunda, gerçekleri yansıtmadığını ileri sürerek söz konusu firmalara bu ürünlerle ilgili reklamlar için 44 milyar 975 bin lira idari para ve düzeltme cezası vermiştir. Şikayet üzerine işlem yapan Reklam Kurulu, X Göz Hastanesi’ne de billboard reklamlarında “doğru seçim ile gözlerinizi ödüllendirin” denilerek, ileri derecede miyop, hipermetrop ve astigmat olanlara Y teknolojisi ile “gözlerinin içinin güleceği” ibaresi ile örtülü reklam yaptığı için 35 milyar idari para ve durdurma cezası vermiştir²²².

Medya, sağlığın “metalaştırılması”na katkıda bulunmamalıdır. Türkiye’de sağlıkla ilgili mevzuatın oldukça eski ve yaptırımların da yeterince caydırıcı olmaması önemli bir sorundur*. İlgili paydaşların biraraya gelerek daha etkili ve daha caydırıcı yaptırımlar ve meslek içinde daha etkin etik kurallar belirlemelerine ihtiyaç vardır (Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları v

e ESAM’ın-Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği-Halkın Yararı İçin Sağlık Haberciliği Bildirgesi için bkz. EK-4, EK-5 ve EK-6).

Sağlıkla ilgili enformasyonun doğruluğu, güvenilirliği ve kullanılabilirliği; bu enformasyonun “kontrolü” sorununu ön plana çıkarmaktadır. Devlet ve hükümetler, egemen medya ve çeşitli çıkar grupları “enformasyon kontrolü”nü bugün eskiye oranla çok daha sofistike yollarla gerçekleştirmektedirler. Neil Postman, “Televizyon: Öldüren Eğlence” isimli kitabında George Orwell’in “1984” ve Aldous Huxley’nin “Cesur Yeni Dünya” (*Brave New World*) isimli kitaplarını “enformasyon” üzerindeki kontrolün ele

²²² Reklam Kurulu uygulamaları için bkz. <http://www.sanayi.gov.tr>

* Sağlıkta tanıtım ihlalleri ile ilgili olarak bkz. Nedim Şendağ, “Haksız Rekabet” ve Hakan Giritlioğlu, “Serbest Piyasa Mantığı Değil, Etik”, *Hekim Forumu Dergisi*, Mart-Nisan 1999 ve ayrıca 11/4/1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atları Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 24. maddesi, 14/5/1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstehzarları Kanunu’nun 13. maddesi (Değişik 4/11/1943-4348/1 md.), Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 4/12586 8. ve 9.maddeleri, 8 Eylül 1995 tarihinde yürürlüğe giren ve 6 Mart 2003 tarihinde 4822 sayılı yasa ile geniş kapsamlı değişiklikler yapılan 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun’un 16. maddesi ve 13/4/1994 tarih ve 3984 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınları Hakkındaki Kanun’un 21, 22 ve 23. maddeleri.

alınması açısından karşılaştırmaktadır. Postman'ın bu analizini bir tablo ile ifade etmek mümkündür (Tablo 3).

Tablo 3

Orwell ve Huxley: Enformasyonun Kontrolü

George Orwell (1984)	Aldous Huxley (Cesur Yeni Dünya)
Kitapları yasaklamak isteyenlerden korkar	Kitapları yasaklamak isteyen olmayacak çünkü kitap okumak isteyen olmayacak
Bizi enformasyonsuz bırakmak isteyenlerden korkar	Bize çok şey vererek pasifleştirmek ve egoistleştirmek isteyenlerden korkar
Gerçeğin bizden gizlenmesinden korkar	Gerçeğin ilgisiz konular denizinde boğulmasından korkar

Kaynak: Neil Postman'dan uyarlama, **Televizyon: Öldüren Eğlence**, Çev. Osman Akınhay, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1994, s.44-45.

Postman'ın bu analizinin sağlığın geliştirilmesi üzerinde de ciddi etkileri vardır. Çevremizdeki bol ve kimi zaman düşük kaliteli sağlık enformasyonu potansiyel olarak sağlık konularını, bireylerin kişisel alışkanlıkları ve şahsi sorumlulukları üzerine yoğunlaşarak basite indirger. Enformasyon ister haberlerle, normal programlarla ya da sağlık eğitimi kampanyalarıyla üretiliyor olsun, dikkat sosyal ve politik faktörlerden uzağa çekilir. Basitleştirme üç sistematik süreç içerir: sağlık sorunlarının bireysel düzeye indirgenmesi, kamu sağlığı konularına dikkat edilmeden tüketiciye yönelik ürünlerin promosyonu ve varolan sosyal ve ekonomik düzenlemelerin güçlendirilmesi²²³. Günümüzde medikal enformasyondaki artış, artan kaliteli enformasyon olarak yorumlanmamalıdır. Halka nicelik olarak çok ama konu dışı, yanılgılar içeren sağlık

²²³ Neil Postman, **Televizyon: Öldüren Eğlence**, Çev. Osman Akınhay, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1994, s.7-8 ve Lawrence Wallack, "Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem, and Challenge", s. 44-45.

enformasyonu sunulur, halkın bilim adamlarına ve medyaya güveni sarsılır²²⁴. Örneğin kahve içmek, kırmızı et yemek medya tarafından kimi zaman sağlıklı, kimi zaman sağlıksız olarak nitelendirilir. Farklı enformasyon kaynaklarından farklı enformasyonlar yağmaktadır. Enformasyonun kontrolü artık yasaklarla değil; özellikle enformasyonun niteliği üzerinde uygulanan çeşitli manipülasyonlarla sağlanmaktadır, egemen medya da bu düzende rolünü yerine getirmektedir.

Medya genel olarak bir kaç çeşit sağlık içeriği sunar. İlki belirli rol modeller oluşturulur, bu modellere dair karakterler medyada sağlıkla ilgili değişik davranışlar gösterirler. İkincisi sağlığın ve hastalığın doğasıyla ilgili belirli bir bakış açısı gerçekleştirilir. Üçüncüsü, tüketiciler reklamların sonucu olarak sağlık hakkında doğrudan ya da dolaylı olarak öğrenirler. Reklamlar sağlıkla ilgili ürünler ve yaşam biçimleri hakkında güçlü mesajlar gönderirler ve aynı zamanda da haberlerin ve eğlence medyasının sağlık ve iyi olma hali hakkındaki enformasyonunu etkiler²²⁵.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında kitle iletişiminin rolü kısaca şu şekilde ortaya konulabilir:

-kamunun farkındalığını arttırmak: enformasyon sağlayarak, popülasyona sağlığı bozan davranışlarının etkilerini ve sağlıklı davranış ve yaşam biçimleri benimsenmesinin yararlarını hatırlatarak

-bir fikir ortamı yaratmak: bir konu ile ilgili belirgin özelliği koruyarak ve o konu hakkında düşünüldüğünden emin olma yoluyla politika değişikliğine neden olarak

-tutumları biraz olsun değiştirmek ve davranış değişikliği sağlamak: hastalığın etkileri ve sağlığa zararlı davranışın sonuçları ve önleyici davranışın faydaları üzerinde durarak²²⁶.

²²⁴ Scott C. Ratzan, "Health Communication Ethics", *Journal of Health Communication*, Vol.3, Issue.4, October-December, 1998, s.291.

²²⁵ Wallack, "Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches", s.147-150.

²²⁶ Naidoo ve Wills, s.245-246.

Medya, konulara statü ve meşruiyet kazandırmakta etkilidir. Bir toplumun sigara hakkında uzun süre boyunca düşünmesi, az sayıda insanın sigarayı bırakmasından daha önemli olabilir. Örneğin sigara konusunu tütün endüstrisi pazarlaması ve tüketici istismarı etrafında biçimlendirmek, insanların yalnızca sigarayı bırakmalarını sağlamaktan uzun dönemde çok daha kalıcı, güçlü bir etki yaratacaktır. Çoğunlukla sağlık profesyonelleri medyaya doğrudan davranış değiştirmeyi sağlayan yol olarak bakarlar. Anlamlı bir değişim yaratmak için enformasyon gereklidir, ancak yeterli değildir²²⁷. (Bu konu 4. Bölümde ayrıntılarıyla ele alınacaktır).

Sağlıkla ve tıbbi konularla ilgili haberlerin ortak özellikleri incelendiğinde bazı sağlık konularının diğerlerinden daha çok medyanın dikkatini çektiği görülür, haber medyası enformasyonun şeklini değiştirme eğilimindedir, daha ılımlı olanların yerine daha uç görüşü tercih eder, sağlık riskleri genellikle yaşamın diğer risklerine karşı bakış açısına konulmaz, sağlık risklerinin medyada yer alması genellikle tartışmalıdır ve izleyici için kafa karıştırıcıdır (örn. aşılama bir hafta çok pozitif terimlerle anlatılır, diğer hafta ise şüpheyle), risklerin medyada yer alması geniş görüş verir ama genellikle kullanılan enformasyonun güvenilirliğini yansıtmaz, arka plan enformasyon veya izleyiciyi etkileyebilecek sağlık risklerinin kapsamı hakkında daha detaylı bilgi verir, sonuç olarak sağlık risklerinin medyada yer alması paniği davet etme eğilimindedir, ama insanları kendi risklerini saptamalarını kolaylaştırmak için yeterli detayları sağlamaz, medyada yer alma genellikle hastalığın önlenmesi yerine bio-medikal tedavilerin dramatik doğası üzerine yoğunlaşır, haber medyası konusal ve siyasal gündemi düzenleyerek bir lobi gibi işlev görme gücüne sahiptir (neyin önemli olduğuna ve eyleme geçmeye değer olacağına), ticari reklamcılar sağlık riskleri hakkında haber hikayesinin içeriğini etkileyebilirler, haber hikayesinin kaynağı, haberin çerçevelendiği yolu belirlemede önemlidir. Örneğin tıbbi dergi makaleleri bir tüketici/aktivist gruptan daha çok meşruluk çekme eğilimindedir,

²²⁷ Wallack, "Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches", s.154-155.

göreceli olarak daha ciddi ve az rastlanan sağlık risklerine, daha çok görülen diyabet gibi kronik sağlık konularıyla ilgili sağlık konularından daha çok önem verilir²²⁸.

Kamu sağlığı enformasyonunu genel hatlarıyla inceledikten ve enformasyon üzerindeki manipülasyonun kamu sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini inceledikten sonra kamu sağlığı enformasyonunun kaynaklarını ayrıntılarıyla ele alalım.

3.2. Kamu Sağlığı Enformasyonunun Kaynakları

Sağlık, kamusal güçlerin eylem alanıdır. XIX.yy.ın sonlarında "bilimsel tıbbın" gelişmesiyle birlikte sağlık; bilginler, doktorlar, uzmanlar ve siyasi karar vericilerin alanında yer almaya başlamıştır. Sağlık, 1960'larda televizyonun etkisiyle medyanın "banalleşmiş" müdahale alanı haline gelmiştir. Gazetecilik uygulamalarının gelişmesi de bilimsel, politik, kamusal ve enformasyon sürecini değiştirmiştir²²⁹. 1980'lerde tıbbi enformasyon, "diğerleri gibi" yani "atlatma haberleri"yle, "skandallar"ıyla rekabetin söz konusu olduğu bir enformasyon haline gelmiştir²³⁰.

ABD'de 1997 yılında National Health Council (Ulusal Sağlık Konseyi) tarafından yapılan bir araştırma, Amerikan halkının %40'ının sağlıkla ilgili enformasyonu televizyondan, %39'unun doktor, eczacı ve hemşirelerden, %35'i dergilerden, %16'sı günlük gazetelerden, %4'ünün radyodan, %2'sinin ise internetten elde ettiğini ortaya koymuştur²³¹.

Şekil 5'de bireyin maruz kaldığı sağlık enformasyonlarının geldiği kaynaklar şemalaştırılmıştır. Birey, televizyondan ya da diğer eğlence medyasının enformasyonuna (1), yazılı basın, ve diğer medyadan gelen (televizyon dahil) haber ve belgesel enformasyonlarına (3), sağlık profesyonelleriyle doğrudan temas sonucu elde edilen enformasyonlara (10) ve kendi evindeki diğer bireyler ve iş çevresinden gelen sağlıkla ilgili

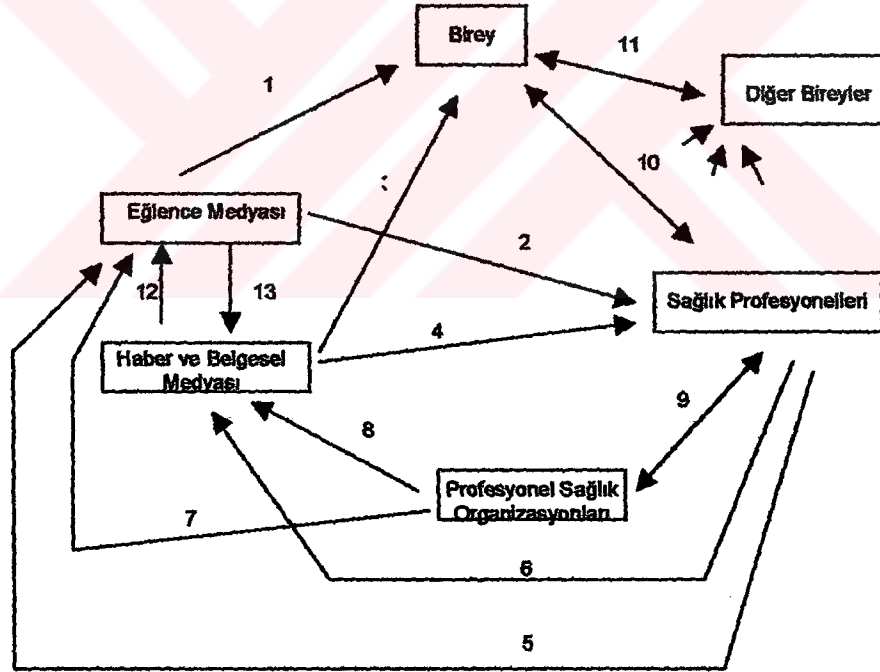
²²⁸ Jones ve Tilford, s.364.

²²⁹ Mathien, s.9.

²³⁰ Mathien, s.51-52.

²³¹ Ratzan, "Health Communication Ethics", s.290.

mesajlara maruz kalmaktadır (11). Profesyonel organizasyonlar doğrudan değil, haber medyasındaki grupların aracılığıyla bireylere bağlıdır (7) (8). Seyrek de olsa sağlık profesyonelleri ve medya kaynaklarıyla doğrudan bağlantı önemlidir; örneğin bir doktorun TV dizisine danışmanlık yapması, bize sağlık profesyonellerinin de birer birey olduklarını ve medyanın etkilerinden bağımsızlık kazanmış olmadıklarını anımsatır, ayrıca sağlık profesyonelleri düzenli olarak profesyonel dergilerden enformasyon alırlar (2) (4). Profesyonel organizasyonlar ve sağlık profesyonelleri arasındaki bağ kaçınılmazdır (9). Eğlence ve haber medyasının birbirleri üzerinde etkileri bulunmaktadır (12) (13). Habercilerin de maruz kaldıkları bir çok eğlence imajıyla etkilendikleri ve (12), “gerçek yaşam”la ilgili sağlık konularının eğlence programları yazarlarınca konu edildiği görülebilmektedir (örn. ABD’de soap-opera yazarları toksik şok sendromunu yıllarca önce kamu hizmeti olarak ele almışlardır).



Sekil 5. Bireyi Cevreleyen Sağlıkla İlgili Ana Enformasyonel ve Etkisel Ağlar

Kaynak: Kimberly A. Neuendorf, “*Health Images in the Mass Media*”, *Communication and Health*, s.113.

Modelde başka bağlantılar da kurmak mümkündür. Modeldeki oklar çoğunlukla tek yönlü gösterilmiştir. Bu etkinin karşılıklı olmadığı anlamına gelmez, daha çok baskın etkinin yönünü gösterir (2) (4) ters tarafa doğru da işleyebilir. Bu modelde yer almayan bir öge de reklamdır. Hem haber hem de eğlence medyasının bütünleyici bir parçası olan reklam, modelde eğlence ve haber medyasının içeriğindeymiş gibi ele alınmaktadır.

(3) (4) Haber medyasının etkisi: Simpkins ve Brenner'in (1984) bir araştırması, sağlık haberlerinin daha çok kadınları ve yüksek gelir gruplarını ilgilendirdiğini ortaya koymuştur. Sağlıkla ilgili haberler bilim adamlarınca ve sağlık profesyonellerince eleştirilmektedir. Sağlık haberleri genellikle medya profesyonellerince yapılır, medya profesyonelleri yalnızca sansasyonel olanın yaşadığı bir mesaj çevresi yaratmıştır. Araştırmalar haber enformasyonunda genel olarak gündem-yaratma işlevini ortaya koyarlar. Sağlık profesyonelleri, doğru olmayan haberler için medyayı suçlama eğilimindedirler, medya profesyonelleri de bu suçlamayı tersine çevirme eğilimindedirler. Williams (1975) popüler basının yayınlarının genelde bireyler için birincil tıbbi enformasyon kaynağı olduğunu belirtir. Williams, bu trendi tehlikeli bularak tıbbi self-regülasyon ve resmi eşik bekçiliğinin gerekli olduğunu belirtmiştir. Buna cevap olarak gazete editörü Shawn McIlraith (1975) doktorun "Tanrı" imajının medya tarafından pekiştirildiği, ancak doktorların da bu görüşü düzeltmek için çaba göstermediklerini belirtmektedir. Haberin verilişi bireylerin sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarına karşı tutumlarını etkileyebilir. Haber medyası: Haber medyasından; haber bültenleri, sağlık programları, köşe yazıları, mektuplar, röportajlar aracılığıyla kamu sağlığı enformasyonu iletilmektedir. Haber medyası, geniş kitlelere ulaşabilmesi ve gündem oluşturmadaki rolü açısından önemlidir. Şarbon krizi sırasında ABD'de CDC'nin hazırladığı bir paket program 923 kez yayınlanmış ve 50.2 milyon izleyiciye ulaşmıştır. Aynı zamanda da haber medyası önemli bir enformasyon kaynağıdır. Yapılan araştırmalarda sağlık profesyonellerinin daha hızlı enformasyon için haber medyasına başvurduğu görülmüştür. Medyada kendi rahatsızlıklarıyla ilgili bir şey gördükten sonra doktora başvuranların sayısı veya sağlıksız davranışını değiştirenlerin sayısı da fazladır.

Haber medyası ile proaktif iletişim, reaktif iletişimden daha zordur. Proaktif iletişimde konuyu çerçevelemek haber değeri açısından önem kazanmasına neden olur. Reaktif iletişimde haber medyası, kamu sağlığı uzmanlarına güvenilir kaynak olarak görülmekte ve kendilerinden veri elde etmektedir.²³²

(1) (2) Eğlence medyasının etkisine genel bakış: Tasarlanarak hazırlanmış medya içeriğinin, tasarlanmamış bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileri tartışma dışındadır. Bu etkilerin nasıl oluştuğu ve bireysel farklılıklara nasıl neden olduğu çok kesin değildir. Kitle iletişiminin bilim hakkındaki görüşü baskın olarak hastalıklar ve ağrılarla, insanın hasta vücudu ve aklının onarımı ve iyileştirilmesi ile ilgilidir (Sherburne 1963). Televizyondaki eğlence programlarının kovalamacalı, silahlı şiddetine karşılık, kan ve acı vardır; bunların çok azı tıbbi müdahale gerektirir. Soap-operalarda sağlık en önemli sohbet konularındandır. Soap-opera izleyicileri başkalarının da kendileri gibi sosyal ve kişisel problemleri olduğunu seyretme eğilimindedirler. Günümüzde hastane dramalarında doktorlar ciddi ama insani, komik ama empatik sağlık profesyonelleri olarak tasvir edilmektedir.

(5) (6) Sağlık profesyonellerinden medyaya geri-besleme: Bu geri besleme resmi hale gelmiş ya da gelmemiş olabilir. Resmileşmiş olan mekanizmalar arasında AMA'nın (American Medical Association-Amerikan Tıp Derneği) doktorlara danışmanlık verdiği Physicians Advisory Committee on Television, Radio and Motion Pictures (Televizyon, Radyo ve Sinema Hakkında Doktorlara Danışmanlık Komitesi) (1955) ve American Academy of Family Physicians' Public Relations Committee (Amerikan Akademisi Aile Hekimleri Halkla İlişkiler Komitesi) sayılabilir. Resmileşmemiş mekanizmalar kimi zaman ilginç biçimler alabilir; örneğin popüler medyada doktorlara iğneleyici saldırıların yapılması gibi. Bu tip eleştiriler çok etkili olmaz²³³.

Türkiye'de de "Çocuklar Duymasın" adlı dizi filmde çocuk psikolojisi, grip aşısı gibi konularla ilgili olarak sağlık profesyonellerine danışılmıştır. Ancak ilaç firmalarının dizilere sponsorluk yapması durumunda kamu yararı değil, ilgili firmanın çıkarına hizmet

²³² Greenwell, s.75.

²³³ Neuendorf, s.111- 130.

edilmesi söz konusu olabilmekte ve gereksiz ilaç tüketimi, hatta kamu sağlığının istismarı gibi sonuçlara neden olunabileceği unutulmamalıdır.

Kitle iletişim araçlarında kamu sağlığı ile ilgili enformasyonların nasıl iletildiklerini inceleyelim.

3.2.1. Görseİ-İşitsel Medya

Televizyon sağlık konusunda önemli bir enformasyon kaynağıdır ve aynı zamanda da daha önce bahsettiğimiz gibi hem olumlu hem de olumsuz sağlık mesajlarının yer aldığı “paradoks”un en sık görüldüğü ortamdır. Ulusal ve yerel akşam haberlerinde sıklıkla sağlıkla ilgili haberlere değinilir, reklamcılar da ürünleri satmak için sağlıkla ilgili konulara yer verir. Eğlendirirken eğiten programlar (talk showlar, belgesel dramalar, belgeseller) çoğunlukla sağlıkla ilgili konulara değinirler. Kimi görüşler, sağlık ve tıbbın eğlendirirken eğiten, bilgilendiren programlarla (*edutainment* ya da *infotainment*) dejenere edilebildiğini ortaya koymaktadır. Sağlıkla ilgili konular eğlence programcılığında da önemli bir bölüm olarak karşımıza çıkmaktadır. Gün içinde yayınlanan dramalar ya da soap-operalar sağlıkla ilgili konular etrafında döner, pek çok prime-time programı da tıpla ve sağlıkla ilgili konulara odaklanmıřtır²³⁴. Haber programlara gelince, genellikle özel “sağlık” bölümleri oluşmuştur ve hatta özel sağlık muhabirleri vardır. Haber magazin programları da genellikle sağlıkla ilgili bölümler içermektedir²³⁵. Artık sağlıkla ilgili konular hava durumu bültenlerine de yansiyarak; gribe, astıma dikkat edilmesine yönelik uyarılara da yer verilmektedir.

Türkiye’de de ulusal kanalların haftalık yayın akışlarını incelediğimizde özel olarak sağlıkla ilgili olarak hazırlanmış şu programları görüyoruz:

NTV: Sağlık Raporu (hafta içi 5 gün)

CNN Türk: Medikal (hafta içi 5 gün)

²³⁴ Signorielli, s.15.

²³⁵ Kreps ve Thornton, s.146-147.

TV 8: Medikal Vizyon (hafta içi 5 gün)

TRT-2: Sağlık Olsun (hafta içi 5 gün)

STV: Sağlıcakla (hafta içi 5 gün)

TGRT: Sağlık Olsun (Cumartesi)

CINE-5: Sağlık Rehberi (hafta içi 5 gün, şifresiz yayınlanıyor)

(Bu sağlık programları sabah kuşağında yayınlanmaktadır. Bu “bağımsız” programların haricinde, haber bültenlerinde, bazı haber programlarının içeriğinde sağlıkla ilgili “bireysel” öykülere, dramatizasyonlara, sağlık teknolojileri ve ilaçlarla ilgili haberlere, ender olarak hastalıklarla ilgili bilgilere ve sabah kuşağındaki bazı eğlence programlarının dahilinde de sağlıkla ilgili konulara yer verilmektedir. Yukarıda saydığımız “bağımsız” sağlık programlarında, seyircilerin sağlıkla ilgili sorunlarına cevap vermeleri için doktorlar stüdyoya konuk edilmekte ya da telefonla bağlantı kurulmaktadır).

TV'deki sağlıkla ilgili bakış açısı tıbbidir: hastalık ilaçlar ya da makinalarla tedavi edilir. Hastalıkla ilgili yaşam biçimi ya da toplumsal faktörler gözden kaçırılır. TV'de sağlık hizmeti sınırsız bir kaynakmış gibi gösterilir ve hastalığa karşı birincil silahımızmış gibi yansıtılır²³⁶. Televizyon hastalığın bireysel doğasını sistematik olarak güçlendiren ve sağlığın en önemli belirleyicileri olan sosyal, ekonomik ve politik faktörleri hiçe sayan ya da minimize eden bir anlayışı üretir. Televizyon, sağlığın sosyal olmaktan çok tıbbi bir anlayışını ortaya koyar. Ayrıca sağlık alanında tıp mesleği büyük güç ve otorite ile tanımlanmıştır. Bir hastalığı iyileştirmenin birincil yöntemleri makinalar ve ilaçlardır, güçlü bir biyo-medikal önem sözkonusudur. Turov'a (1989) göre televizyonun ortaya koyduğu mesaj, sağlık hizmetleri harcamalarının sınırsız olduğu ve hastalığa karşı bizim en önemli silahımız olduğudur. Televizyon aynı zamanda kitlelerin sağlık ve hastalık hakkındaki görüşlerini biçimlendirir, bunu da belli bir hastalık hakkındaki dramatik filmlerle yapar.²³⁷

²³⁶ Signorielli, s.26-27.

²³⁷ Wallack, “*Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches*” s.150-151.

(Birinci bölümde “sağlığın tıbbileştirilmesi” alt başlığı ile medyanın bu bakış açısına kısaca değinmiştik).

Televizyonda özellikle de reality-show’larda yer alan; az rastlanılan hastalıklara yakalanan çocukların tedavisi, doğal olmayan kazalardan yaralanmalar, asansörde ya da mağarada mahsur kalanlar gibi insanların yaşamlarını tehdit eden durumların gösterilmesi; gerçek hayatta çok ender karşımıza çıkan durumlar nedeniyle korku duyulmasına neden olmaktadır. Bu tür görüntüler izleyiciye güvenlikleriyle ya da sağlıklarıyla ilgili sık karşılaşılan durumlarda nasıl önlem alacağına dair çok az şey öğretir (örn. sigara bağımlılığı, emniyet kemeri takmama gibi durumların olumsuz sonuçları anlatılabilir). Ayrıca televizyon, yüksek teknoloji ve kurumsallaşmamış çözümlere aşırı yer verir, bazı meslekleri çekici kılarken (örn.doktorlar), diğerlerini hiçe sayar (örn. hemşire ve sosyal hizmetler çalışanları) ve hayatın “gerçek” risklerine pek önem vermez. Yine reality-show’larda başarının ve mutlu sonların üzerinde durulması, gerçekdışı ve izleyiciye sahte güvenlik duygusu veren, onları hayatın gerçek riskleri karşısında enformasyonsuz bırakan özelliği söz konusudur. Televizyonun izleyiciye sansasyonizm ve röntgencilik²³⁸ değil, kullanılabilir enformasyon sunması kamu sağlığının geliştirilmesi için şarttır. (Türkiye’de 1999 yılında yaşanan Marmara Depremi’nden sonra depremden nasıl korunulmasına yönelik programlar yapılmış (ayrıca aynı dönemde Aygaz’ın sponsorluğunda Dr. Feridun Çelikmen’in ev kazalarından nasıl korunulacağını ve yaralanmalarda hangi müdahalelerin yapılması gerektiğini anlattığı program ve benzerleri de yapılmıştır), ancak bu konu da bir süre sonra “unutulmuştur”. Deprem uzmanlarınca önümüzdeki yıllarda İstanbul ve çevresinde yaşanacak depremle ilgili uyarılar yapılmaktadır, ancak depremden nasıl korunulacağına dair bilgilerimiz 1999 yılında kalmıştır; “ilkyardım” ve “arama kurtarma”nın artık reyting almayacağı düşünülmüş olmalıdır).

Bir diğer önemli nokta da kimi televizyon kanallarında, bazı özel sağlık kuruluşlarının ve buralarda çalışan doktorların açık ya da örtülü reklamlarının yapılmasıdır. Sponsorluk mekanizmasının sağlığın geliştirilmesinde mi kuruluşların ve bireylerin

²³⁸ Seale, s.8-9.

çıkarları doğrultusunda mı kullanılması gerektiği üzerinde özenle durulması gereken bir sorundur.

3.2.2. Yazılı Medya

Sağlıkla ilgili konuların yazılı basında yer alması ve kamuya sundukları sağlık enformasyonunun nitelikleri ile ilgili araştırmaların çoğu; AIDS, alkol, sigara, çevresel risk ve tehlikelerle ilgilidir. Haber medyası özellikle de gazeteler ve dergiler genel kamu için sağlıkla ilgili önemli enformasyon kaynaklarıdır. Buna karşılık haber medyasından elde edilen enformasyon sınırlıdır. Sağlıkla ya da bilim ile ilgili haberler geçtiğimiz son bir kaç yılda artmıştır, özellikle de önceleri ulusal gazetelerde özel bilim sayfalarının yapılması söz konusu olmuş, daha sonra da gazeteler özel bilim ekleri vermişlerdir. Yazılı basındaki sağlık konuları, özellikle de “modern hastalıkları nasıl iyileştirmeli” konusunda olanlar, dünyadaki tıp uzmanlarına ve onların uzmanlıklarına başvururlar. *The New England Journal of Medicine*, *Journal of the American Medical Association* ve *Science*; haber medyasının tüm dünyadaki birincil tıbbi enformasyon kaynaklarıdır. Yazılı basında yer alan haberler çoğunlukla pahalı yüksek teknolojik aletlerin ve tıbbi uzmanların önemi üzerinde durur ama koruyucu tıbbi es geçer²³⁹. Bu durum da yine sağlığın tıbbileştirilmesinin ve medyanın da bunun aracısı olmasından kaynaklanmaktadır.

Türkiye’de yazılı basına baktığımızda, sağlıkla ilgili genel haberlerin yanısıra; doktorların köşe yazılarına (örn. Hürriyet gazetesinde Dr. Gündüz Tezmen’in köşesi), sağlık muhabirlerinin köşelerine (örn. yine Hürriyet gazetesinin Kelebek Eki’nde Mesude Erşan’ın “Sağlık Hattı” isimli köşesi), yine gazete eklerinde sağlıkla ilgili tavsiyelere, yeni teknolojilere vs. yer veren haberlere rastlıyoruz. (örn. Cumhuriyet ve Radikal gazetelerinin bilimle ilgili eklerinde de sağlıkla ilgili konular yer almaktadır. Sağlık konularında haberlerin, önerilerin vs. yer aldığı kadınlara yönelik dergiler (Form Santé, Elele, Cosmopolitan, Marie Claire vs.) ise sağlığın metalaştırılmasına katkıda bulunan, tüketime yönelik içerik sunarlar. Kanseri, diyet, beslenme bozuklukları (*anoreksi* ve *bulimia* gibi) ile

²³⁹ Signorielli, s.19.

ilgili yazıları ince mankenlerin fotoğrafları vs. izlemektedir. Okuyucular, sofistike, atletik, genç, güzel vs. olmaya özendirilerek tüketime yönlendirilirler. Negatif rol modeller sunulur; zayıflık taçlandırılır vs. Burada vurgulanması terinde olacak bir diğer nokta da kozmetik ve diyet yiyecek endüstrisinin, kadın dergilerini editoryal içerik ve kozmetik reklamları açısından etkilemekte olduğudur.

3.2.3. Elektronik Medya

Enformasyon ve iletişim teknolojilerindeki son yıllarda yaşanan gelişmeler kamu sağlığı enformasyonun iletilmesinde yeni olanaklar sağlamaktadır. İnternet hızla yaygınlaşmaktadır ve sağlıkla ilgili enformasyonlar web siteleri, elektronik postalar, elektronik bültenler aracılığıyla kullanıcılara ulaştırılmaktadır.

“Özellikle ABD ve Avrupa’da sağlık web siteleri; hastalıklar, tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili bilgi sahibi olmak isteyen bireylerin ana hedefi konumundadır. Kişilerin sağlıkla ilgili web sitelerini ziyaret etme nedenleri şöyle sıralanabilmektedir:

- doktorların verdiği reçete ile ilgili bilgi alma
- hastalıklarla ilgili bilgi alma
- kendi reçetelerinde yer alan ilaçlara benzer niteliklere sahip ilaç arama
- sağlık durumu ile ilgili bilgi alma
- muayene öncesi ilaçlar hakkında bilgi alma
- ürün (vitamin, kozmetik vb.) kupon ve indirimlerinden yararlanma
- reçeteli ya da reçetesiz ilaç satın alma
- sağlık web sitesine ait elektronik posta adresinden yararlanma

-diğer hastalarla iletişim kurma”²⁴⁰.

Elektronik iletişimle hastalıklarla ilgili gözlem, veri toplama çalışmaları yürütülebilmekte, sağlık profesyonellerinin ve profesyonel olmayan kitlelerin focus gruplar aracılığıyla ön-test malzemesi sağlamaları ve diğer kalitatif çalışmaların yapılması, yayınlar, veri setleri gerçekleştirilmekte, konferans sunumları internet aracılığıyla yayılmaktadır ve ayrıca bilimsel literatür araştırmalarına da olanak sağlanmaktadır.

Elektronik medya aracılığıyla, enformasyon materyalleri gazetecilere, sağlık profesyonellerine, genel kamuya ve benzeri hedef kitlelere iletilebilmektedir. Ayrıca internet bu teknolojinin yaygın olarak kullanıldığı ülkelerde sağlık hizmetine ulaşmayı kolaylaştırabilir (özellikle de mesafe olarak uzak kırsal kesimlerde yaşayanlara). Daha az popüler olan veya bulunması güç konulara web sitelerinde ulaşmak mümkündür. Ayrıca on-line kurslar, seminerler, sağlık profesyonellerinin ve profesyonel olmayanların oluşturdukları ağlar sayesinde interaktif olarak deneyimler, öneriler ve veriler pek çok kişiye hızlı bir şekilde ulaşmaktadır. Destek grupları (örn.sigarayı bırakmaya çalışanlar) ve savunuculuk grupları da elektronik iletişimden yararlanırlar. Sağlık eğitimi, sosyal pazarlama veya savunuculuk ile hedef kitleler ikna edilmeye çalışılır. Diyabetlilere, sigara içenlere vs. yönelik davranış değişikliği yaratmada kullanılacak materyaller geliştirilebilmektedir. Ayrıca medya, özel sağlık kuruluşları ve savunuculuk grupları gibi diğer kamu sağlığı hedef kitleleriyle de iletişim sağlanabilir. Son olarak da hasta bakımı, tele-tıp (sağlık bakım hizmetleri, radyografiler ya da laboratuvar testleri gibi klinik enformasyonların elektronik transferi) ve elektronik tıbbi kayıtlar, finansal sistemler gibi klinik enformasyon sistemleri uygulamalarında kullanılabilmektedir.

İnternetin sağlıkla ilgili kullanımı özellikle az görülen hastalıklarda önemlidir. Hasta olanlar ya da kendilerini risk altında hissedenler, eğer strese neden oluyorsa ya da inançlarıyla uyum sağlamıyorsa enformasyondan kaçınabilirler. Sağlık enformasyonuna en çok ihtiyaç gösterenler internetten yoksun olabilir. Teknolojiye ulaşabilenler ise

²⁴⁰ Sedef Saygılı ve Murat Erdal, “Yeni Teknolojilerin Sağlık Sektöründeki Etkileri ve İnternet Kullanımı”, *Güncel Eczacılık Dergisi*, S. 98, Ekim 2001, s.15-18.

enformasyonu kafa karıştırıcı ve hacim olarak da aşırı bulabilirler. Pek çok güvenilir kaynak, internet sitesinde teknik dil kullanarak minimal enformasyon verirler. Daha az güvenilir olanlar ise mucize tedaviler, alternatif teoriler sunarlar. Ayrıca bilişsel kapasite de hastalık ya da stres gibi nedenlerden ötürü enformasyonun algılanmasını etkileyebilmektedir²⁴¹. Elektronik iletişim son derece önemli fırsatlar sağlamaktadır, ancak bunlardan yararlanabilenler elektrige, bilgisayara, eğitim ve çalışma olanağına sahip olanlardır. Bunlara sahip olmayanlar ise daha çok marjinalize olma riskiyle karşı karşıyadırlar²⁴².

Elektronik iletişimin de bazı sınırlılıkları vardır. Düşük SES'e sahip kişiler veya kırsal kesimde yaşayanlar, düşük okuma-yazma seviyesine sahip olanlar veya bilgisayar kullanmasını bilmeyenler, çok çabuk değişim gösteren yazılım ve donanımlar teknik kapasiteye ihtiyaç göstermektedir, ayrıca enformasyonun gizliliği ve güvenilirliği, enformasyonun saklanması, elektronik postanın aşırı kullanımı, web sitesinin kalitesi de önemli sorunlardır. Elektronik iletişim, baskı giderlerini azaltır ve materyallerin web sitelerinde daha hızlı yayılması veya CD-ROM'larla dağıtılması için uygundur. Ancak hedef kitle, önceden yazılı olarak bulma olanağına sahip olduğu materyallerin elektronik ortamda olanlarına çok da fazla itibar etmeyebilir²⁴³. Sağlık profesyonelleri, sağlıkla ilgili web sitelerindeki eksik, hatalı, yanlış yönlendirici enformasyonların kişilerin sağlıkla ilgili doğru karar almalarını olumsuz yönde etkilemesinden endişe etmektedirler.²⁴⁴ İnternette yer alan bilgilerin güvenilirliği, enformasyonu alanın algılaması, eğitim düzeyi, elde edilen enformasyona dayanılarak verilecek kararın doğruluğu, verilen enformasyonun amacının eğitim mi ticaret mi olduğu, hatalı karar alma durumunda sorumluluğun kime ait olacağı

²⁴¹ Brashers, Goldsmith ve Hsieh, s.258-268.

²⁴² Gill Walt, "Globalization and Health", paper presented at the Medact Meeting, 13 May 2000, <http://phmovement.org/pdf/pubs/phm-pubs-walt.pdf>, (21 Şubat 2004), s.4.

²⁴³ Scott C. Ratzan ve Diğerleri. "Electronic Communication", *Communicating Public Health Effectively: A Guide for Practitioners*, David E. Nelson vd. (ed.), Washington DC: APHA Publications, 2000, s.75.

²⁴⁴ "Healthy People 2010", s.6.

gibi sorunlar söz konusu olabilmektedir²⁴⁵. Farklı kültürlerin farklı enformasyon kaynaklarına sahip oldukları da unutulmamalıdır.

Türkiye’de internetin yaygınlaşması ve sağlıkla ilgili konulara ilginin artmasıyla birlikte sağlıkla ilgili haber portalleri de oluşturulmuştur: www.habersaglik.com, www.saglikplatformu.com, www.saglik.tr.net, www.guncelsaglikbulteni.com, www.saglikbilgisi.com gibi. Ayrıca internetteki haber portallarının da (www.ttn.net, www.ntvmsnbc.com, www.superonline.com gibi) sağlıkla ilgili bölümleri bulunmaktadır. Bu sitelerin yanısıra; özel ve kamu hastanelerinin, ilaç firmalarının, özel kuruluşların, sağlık ürünleri ve hizmetleri pazarlayan firmaların, sağlıkla ilgili STK’ların, çeşitli sağlık profesyonellerinin bireysel ya da grup halinde oluşturdukları sitelerin sayısı da her geçen gün artmaktadır. Ancak egemen medyanın sağlığın tıbbileştirilmesine ve dolayısıyla da sağlığın metalaştırılmasına yönelik yaklaşımı, diğer kitle iletişim araçlarında olduğu gibi internet ortamını da kuşatmaktadır.

Medyanın sansasyonel, bireyselleştirilmiş, bilgilendirmekten uzak ve üstelik de insan haklarını ihlâl eden yaklaşımına verilecek en iyi örneklerden biri, AIDS’li bir Ukraynalı hayat kadınının 2003 yılının Aralık ayında, Erzurum Valisi tarafından basına ve kamuoyuna teşhir edilmesidir. Medyanın toplumu bu önemli sağlık konusu hakkında bilgilendirmek yerine ahlâki bir tartışma başlatan bu yaklaşımı hem hukuki, hem de etik boyutuyla son derece hatalıdır. HIV/AIDS’in bulaşma yollarıyla ilgili enformasyonlar bu haberlerde ender olarak yer almıştır.

3.3. Kamu Sağlığı Enformasyonunda İletişim Engelleri

Kamu sağlığı enformasyonunda iletişim engelleri söz konusu olabilmektedir. Bu iletişim engellerinin nedenleri; verinin anlaşılabilir olmaması, nasıl iletişim kurulacağını bilmemesi, ilgi yokluğu veya düşük öncelik verilmesi olarak sayılabilir²⁴⁶. Kamu sağlığı enformasyonunun yukarıda saydığımız paydaşlarının çoğu bilimsel disiplin eğitimi

²⁴⁵ Saygılı ve Erdal, s.3-4.

²⁴⁶ Max Lum ve Diğerleri, *Communicating Public Health Effectively: A Guide for Practitioners*, s. 54-55.

görmemişlerdir. Bilimsel konsept, terminoloji ve bulgular daha iyi iletişim kurabilmek için bilinen terimlerle anlatılmalıdır. Bilim adamı olan/olmayan dikotomisinin yapay olduğu hatırlanmalıdır. Ayrıca bir yönetici aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcı vs. de olabilir, ya da gönüllü sağlık kuruluşu bilim adamı istihdam edebilir, dolayısıyla bu nokta da enformasyon sürecinde dikkate alınmalıdır.

Kamu sağlığı enformasyonunun iletişiminde bir diğer engel de kültürle ilgilidir. Halka ait bilgi, yaşam deneyimiyle elde edilmiş tıbbi bilgiyi veya sağlık uzmanlarıyla karşılaşmalar sonucu elde edilmiş bilgiyi içerir. Halk öğütleri, tavsiyeleri özellikle tıbbi bilginin sınırlı olduğu veya sağlık sorununun tıbbi kurumun düşük öncelikli olduğu zaman geçerlidir; örneğin romatizma için bakır bilezik takmak gibi. Bu durum, farklı kültürlerde farklı biçimlerde görülür. Bu tür bilgiler pek çok toplumda yüzyıllar boyu çok güçlü olmuştur, ancak artan tıbbileştirme ile etkisinin tamamını değil ama bir kısmını yitirmiştir. Profeyonel otoritelerin kimi zaman farklı seslerle konuşmaları (İngiltere’de görülen BSE krizindeki gibi) uzman olmayan kişilerin konuşmaları için de geçerlidir. Bu kişilerin arasında riskin algılanması ile ilgili farklar bulunmaktadır. Örneğin bazı yiyeceklerdeki katkı maddelerinin çocuklarda hiperaktiviteye neden olduğuna dair görüşler, sağlık uzmanlarınca kanıtlanmadığı söylenmesine rağmen uzman olmayan kişilerce destek grupları kurulmuştur. Bazı doktorlar da bu gruplara destek vermişlerdir. Sonuç olarak baskılar nedeniyle bu maddeler yiyeceklerden çıkarılmıştır. Bir diğer örnek sigara ile ilgilidir. Hükümetin sigara paketleri üzerindeki uyarıları, PSA’ler, tıp dergilerindeki bilimsel makaleler ve bir çok etkileyici kampanyaya rağmen, bazı gruplar halen sigaranın insanları öldürdüğüne ikna olmamışlardır. Bu kişiler hayatlarını nasıl yaşayacaklarına dair kararları kendilerinin almak istediklerini belirtmektedirler.²⁴⁷

İletişim, sağlık eğitimcilerinin ilgili ve etkili sağlık enformasyonunu yayabilmeleri için birincil araçtır. Bu tür bir iletişim hedefe ulaşabilmek için stratejik olmalıdır ve hedef kitleleri etkili bir şekilde ikna etmelidir. Örneğin teknik enformasyonu iletmek ve yerleşik kişisel ve kültürel normları hedeflemek özellikle zordur. Bunun nedeni de hedef kitlelerin

²⁴⁷ Katz ve Bunker, “What Counts as Evidence in Health Information?”, s.200-204.

kendine özgü kültürel, eğitsel ve dilbilimsel özellikleridir. Kendine özgü hedef kitleye ulaşabilmek için spesifik iletişim stratejileri geliştirilmelidir. Bu nedenle sağlık eğitmenleri hedeflerine varabilmek için pek çok farklı iletişim kanalını kullanarak, geniş çaplı sağlık iletişim stratejilerini uygularlar²⁴⁸.

Sağlık iletişimi ile uzmanlar çoğunlukla düşük gelir düzeyi ve eğitimi çok az olan kişilerden oluşan hedef kitlelere ulaşmada zorluk çekmektedirler, çünkü bu düşük SES (sosyo-ekonomik statü) düzeyindeki gruplar pek çok sağlık problemi açısından çok yüksek risk taşımaktadır. Aynı kampanyalar söz konusuysa da bu gruplar genellikle daha az belirgin, daha az bilgi sahibi ve de davranışlarını daha az değiştirecek gibidirler. Gerçekten de sağlık iletişimi kampanyalarının enformasyon sahibi olanlar ve olmayanlar (*"information haves and have nots"*) arasındaki bilgi uçurumunu arttırdığına dair kanıtlar vardır (bu konu ayrıntılarıyla daha aşağıda ele alınacaktır). Bergner ve Yerby (1968) yoksulun sağlık durumunu şöyle tanımlamışlardır: "Yoksul, orta kesimden farklı davranır ve hastalığı da farklı tanımlar. Çok az doğru enformasyona sahiptirler. Önleyici tedbirler almaya daha az yatkındırlar ve tıbbi bakım aramayı uzun süre ertelerler. Sağlık uzmanına başvurdıklarında ise yakınlarındaki ya profesyonellerin altında çalışanları ya da marjinal uygulamacıları seçerler". American Cancer Society'nin (1985) özel bir raporu kişinin kronik bir hastalıktan, kanserden hayatta kalma şansı ırksal ya da etnik kökeninden çok sosyo-ekonomik durumuyla ilgili olduğunu ortaya koymuştur. Yoksullar %10-%25 daha düşük hayatta kalma oranına sahiptirler. Buna ek olarak; yoksullar sigara, kötü beslenme ve iş yerinde sağlıkla ilgili tehlikelere maruz kalma gibi risk faktörlerine sahiptirler. Örneğin sigara toplum içinde bazı şeylerden mahrum olanları daha çok etkileyen bir risktir. Sigara içmek, daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlar ve daha az başarılı olanlar arasında daha yaygındır. Hall (1985) bazı şeylerden mahrum olanların aynı enformasyona sahip olduklarını ya da seçim yapmada aynı yeteneğe sahip olduklarını belirtir. Yoksullar ve hastalıklar pekçok hastalık konusunda daha az bilgiye sahiptirler. Childers ve Post (1975) mahrum yetişkinlerin sağlık enformasyonu ile ilgili dört büyük problem saptamışlardır:

²⁴⁸ Kreps ve Thornton, s.122.

-hastalıklar hakkında–belirtileri, semptomları, bulaşabilirliği-daha az şey bilme eğilimindedirler

-koruyucu sağlık hizmetleri (erken doğum bakımı, diş bakımı ve sağlık sigortası gibi) hakkında daha az bilgiye sahiptirler.

-sağlık hizmetlerini genel olarak nereden sağlayacaklarını ve hangi spesifik hizmetlerin uygun olduğunu bilmeme eğilimindedirler

-kocakarı ilaçları (informel ve formel çeşitleri) şehrin dışında mahrumiyet içindekiler arasında yer edinmiştir²⁴⁹.

David E. Nelson, kamu sağlığı enformasyonunun iletişimindeki engellerin ortadan kaldırılması ve bilim dışındaki hedef kitlelere enformasyon iletilmesi için aşağıdaki noktalara dikkat edilmesini önermektedir:

-bilimin kalitesini değerlendirmek: Güvenilirlik önemlidir. Burada kastedilen bilimsel bulguları sunanların güvenilirliğidir. Sigara firmaları, ilaç firmaları ve savunuculuk gruplarınca sponsorluğu yapılan araştırmalarda güvenilirlik sorun olabilir. Özellikle hakemli dergilere güvenilirlik çok yüksektir.

-verinin etik sunumu: aşırı yorum katma ve aşırı genelleme en sık görülen etik sorunlardır. Bazı nedenlerle manipülasyon söz konusu olabilir.

-verilerin kullanımında seçici olma: kamu sağlığı uzmanlarının bilimadamı olmaması durumunda (ABD’de kamu sağlığı uzmanları tıp doktoru değildir) verilerde seçici olunmalı, veriler ana hatlarıyla verilmelidir.

-verilerin hedef kitlenin ilgisini çekmeyeceğini bil: şiddeti (sorun ne büyüklükte), sorunun hangi bağlamda oluşuyor (yerel, ulusal vs.), anlamı (sorun önlenebilir mi? kim maruz kalıyor?), eylem (bu bulguların sonucunda ne yapılmalı?).

²⁴⁹ Vicki S. Freimuth, “*The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health*”, *Communication and Health: Systems and Applications*, s.171-173.

Veriler sunulurken aşağıdaki noktalara uyulması, enformasyonun “kullanılabilir” ve “güvenilir” olması için önemlidir:

-verinin basitleştirilmesi ve bilinmeyen terim ve kavramların açıklanması: mortality (ölüm düzeyi), görülme sıklığı, doğum oranları gibi terimler bilim adamları dışındaki kitlelerce tanınmaz..

-ilgili sayısal analogilerin yaratılması: “yaratıcı epidemiyoloji” ya da “sosyal matematik” olarak adlandırılabilir. İlk olarak kısa döneme dayalı sayılar kullanılmalı (gün ya da saat). İkincisi hedef kitlece bilinen yerlerce karşılaştırılmalı (üniversite, hastane veya şehir gibi). Üçüncüsü hedef kitlenin kolayca kavrayabileceği sayılarla karşılaştırma yapılmalı. Dördüncüsü ironinin kullanılması. Beşincisi hedef kitle için sayıların kişiselleştirilmelidir²⁵⁰.

3.3.1. Kamu Sağlığı ve Medya: Önceliklerin Çatışması

Medyada yer alan kamu sağlığı enformasyonu ile ilgili olarak yukarıda açıklanmaya çalışılan “paradoks”un nedenleri ne olabilir? Öncelikle sağlık düzeyi kişinin üzerinde çok az kontrolü olduğu (ya da hiç kontrolü olmayan) dış faktörlere bağlı olduğunu hatırlayalım. Sağlığı geliştirme çabaları öncelikle “sosyal değişim” sorunu olarak ele alınmalıdır. Sosyal değişim, Berelson ve Steiner tarafından şöyle tanımlanmaktadır:

Her ne kadar hayatta her şey değişmekte ise de, bu terim yalnızca toplumun yapısındaki temel ve geniş değişimleri belirtir: Ailenin örgütlenişindeki, hayat kazanma yollarındaki, dinsel davranışlardaki, insanlar tarafından benimsenen değerlerdeki ve kullanılan teknolojideki değişimler. Terim, toplumun temel kurum ve örgütlenişindeki kaymaları belirler²⁵¹.

Toplumdaki bireylerin sağlık davranışlarındaki ve tıp teknolojisindeki değişimler, hastalıkların önlenmesi ve tedavisindeki yeni eğilimler vb. konular sosyal değişim içinde

²⁵⁰ David E. Nelson, “Translating Public Health Data”, *Communicating Public Health Information Effectively: A Guide for Practitioners*, s.37-39.

²⁵¹ Emre Kongar, *Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği*, 8. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000, s.55.

ele alınabilir. Sağlık iletişiminin ana hedeflerinden biri de sağlığın geliştirilmesi amacıyla sosyal değişimin yönünün doğru tarafa çevrilmesi olmalıdır.

Kamu sağlığı sosyal değişimi sağlamaya çalışırken, medya da var olan sosyal düzenlemelerin yani sistemin korunmasına çalışır. Lazarsfeld ve Merton'a göre (1948) kitle iletişim araçlarından gelen en önemli mesajlardan biri sistemde kökten değişikliğe ihtiyacın gerekli olduğu değil, sosyal yapının devamının gerekliliğidir. Dolayısıyla medya, *status quo*'yu sürdürebilmek için yapısal konuları yok sayar. Kamu sağlığı uzmanları medya profesyonelleri ile birlikte çalışarak sağlık konularını kamunun gündeminde tutmaya çalışır²⁵². İşte bu noktada da iki tarafın önceliklerinin çatışması söz konusu olur. Tablo 4'de kamu sağlığı ve medyanın önceliklerinin nasıl karşı karşıya geldiği görülmektedir.

Tablo 4
Kamu Sağlığı ile Medyanın Önceliklerinin Çatışması

Kitle İletişiminin Amaçları	Kamu Sağlığının Amaçları
Eğlendirmek, ikna etmek, bilgi vermek	Eğitmek
Yarar sağlamak	Kamu sağlığını iyileştirmek
Toplumu yansıtmak	Toplumu değiştirmek
Kişisel konulara eğilmek	Toplumsal konulara eğilmek
Kısa süreli kampanyaları izletmek	Uzun süreli kampanyalar yürütmek
Tanımlanmış mesajları iletme	Karmaşık bilgilerin anlaşılmasını sağlamak

Kaynak: Atkin ve Arkin, s.16.

Sağlık iletişimi alanında medyada yürütülen kampanyalarda, hazırlanan PSA'lerde, ve savunuculuk faaliyetlerinde yukarıdaki "çatışma" hesaba katılmalı ve bu yönde stratejik çalışmalar yürütülmelidir.

²⁵² Wallack, "Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge", s.48-49.

3.4. Küreselleşmenin Kamu Sağlığı Enformasyonu Üzerindeki Etkileri

“Küreselleşme enformasyonun, malların, paranın ve insanların; politik ve ekonomik sınırların ötesine akışı” olarak tanımlanabilir²⁵³. Anthony Giddens küreselleşmeyi “uzak yerleşim birimlerini birbirine, yerel oluşumların kilometrelerce uzaktaki olaylarla biçimlendirildiği ya da bunun tam tersinin söz konusu olduğu yollarla bağlayan, dünya çapındaki toplumsal ilişkilerin yoğunlaşması” olarak tanımlamakta ve onu modernliğin bir sonucu olarak, günümüzdeki toplumsal değişmeyi yansıttığını ileri sürmektedir²⁵⁴.

Held, McGrew, Goldblatt ve Perraton küreselleşme ile ilgili yaklaşımlar sonucunda: “aşırı küreselleşmeciler” (*hyperglobalist*), “kuşkucular” (*sceptical*) ve “dönüşümcüler” (*transformationalist*) olmak üzere üçlü bir sınıflandırma yapmaktadırlar. Aşırı küreselleşmecilere göre ulus-devlet önemini yitirmiştir, piyasalar devletlerden daha güçlüdür. Küresel piyasa politikanın yerini almaktadır. Küresel bir uygarlığın doğuşu için ortak bir zemin oluşmuştur ve bu da yeni dünya düzenidir. Küreselleşme karşıtları ise yaşadığımız dünyada hiç bir şeyin yeni olmadığını iddia ederler. Onlara göre küreselleşme, ekonomik ya da teknolojik gelişmelerin sonucunda ortaya çıkan bir olgu değil, ideolojik bir tutumdur. Dönüşümcüler ise küreselleşmeyi modern toplumları ve dünya düzenini yeniden şekillendiren hızlı sosyal, siyasal ve ekonomik değişmelerin arkasındaki ana siyasal güç olarak kabul etmektedirler²⁵⁵.

Küreselleşmenin kamu sağlığı üzerindeki etkileri genelde olumsuzdur ve aslında yeni bir olgu da değildir. Küreselleşmenin en yıkıcı etkilerinden biri 1500-1800 yılları arasında Avrupalıların özellikle de Amerika ve Okyanusya kıtalarını istilâları ve kolonizasyonlarının sonucunda ölümcül salgınların yayılması olmuştur²⁵⁶. Sağlığın küreselleşmesinin tarihini Amerika kıtasının keşfine dayandıran bu görüşlere göre, bu

²⁵³ Nils Dauaire, “Globalization and Health”, *Development*, Vol.42, Issue.4, 1999, s.22.

²⁵⁴ Anthony Giddens, *Modernliğin Sonuçları*, Çev. Ersin Kuşdil, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1994, s.62-63.

²⁵⁵ Veysel Bozkurt, “Küreselleşme: Kavram, Gelişim ve Yaklaşımlar”, <http://www.isguc.org/vbozkurt1.htm>, (05.01.2001), s.1-2.

²⁵⁶ Richard G.A. Feecham, “Globalization: From Rhetoric to Evidence”, *Bulletin of The World Health Organization*, Ref. No. 01-1489, 2001, s. 804.

keşiflerle birlikte söz konusu kıtaların yerlileri kızamıkçık, kızamık, sarı humma gibi hastalıklar, ayrıca ateşli silahlar ve şiddet ile de tanışmış, bir anlamda küreselleşmenin sonuçları ortaya çıkmıştır²⁵⁷.

21.yy.ın global ekonomisinde, ekonomik gelişme gittikçe bilginin ve enformasyon ağlarının ulus-ötesi ulaşımına ve enformasyon değiş tokuşuna bağlı olacaktır. Biyo-teknoloji ve genetik mühendisliği gibi yeni bilimsel bilgiler, etik tartışmaların öznesi olacaktır. Hastalık ve uluslararası ticaret arasındaki ilişkilerin geçmişi 14.yy.daki veba salgınına kadar gitmektedir²⁵⁸.

Malların dolaşımının liberalizasyonuna bağlı olarak sağlık riskleri ve faydaları sözkonusu malların doğasına bağlıdır. Bunlar dört grupta toplanabilir: yasal ve faydalı mallar (örn. beslenme için gıda, düşük maliyetli teknoloji), yasal ve faydalı olduğu tartışmalı mallar (örn. yüksek maliyetli teknoloji), yasal ve zararlı mallar (örn. tütün, alkol ve ateşli silahlar) ile yasadışı ve zararlı mallar (örn. uyuşturucu). Günümüzde küreselleşme ile yaygınlaşan batılı yaşam ve beslenme biçiminin sınırlar ötesi yayılımının sonucunda obezitenin, alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımının artmasına neden olmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak da kardiyovasküler hastalıklarda, kanserde, diyabette ve şiddete bağlı yaralanma ve ölümlerde artış kaçınılmazdır. Yine küreselleşme sonucunda eşitsizlikler artmakta ve keskinleşmektedir. Devletin sağlık hizmetlerinden elini çekmesiyle, zaten bu hizmetlerden yararlanma konusunda sıkıntısı olan yoksul kesimlerin özelleştirilen sağlık hizmetlerinden daha az yararlanacak olması, işsizlik ve yoksulluğun artışına paralel olarak yaşam koşullarının bozulması, bunların sonucu olarak da ruhsal sorunlarda, alkolizm, tüberküloz ve cinsel temasla bulaşan hastalıklardaki hızlı artış, bu durumu çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır.

Ticari ve finansal liberalizasyonun sağlık statüsünü iyileştirmede olumlu etkileri de olabilir. Örneğin genellikle ekonomik ve sosyal gelişmenin motive edici gücü olarak

²⁵⁷ Osman Hayran, "Küreselleşme ve Sağlık", Yeni Türkiye, S.40, Temmuz-Ağustos 2001, s.1110.

²⁵⁸ Douglas W. Bettcher, Derek Yach ve G. Emmanuel Guindon, "Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges", Bulletin of The World Health Organization, Ref. No. 99-0215, 2000, s.521-522.

görülen bilgi teknolojilerinin, internetin tıpta kullanımının artması ile birlikte gerek profesyonellerin, gerekse sıradan insanların sağlıkla ilgili yeni bilgilere ve hizmetlere ulaşması kolaylaşmıştır. Bu durumun olumlu ve olumsuz bir dizi sonuca yol açması söz konusudur. Tele-tıp ve robotik tıp uygulamaları gibi gelişmeler ile gelişmemiş bir bölgeye en gelişmiş bilgi ve uygulamaları ulaştırmak olanaklı hale gelmiştir. Uzaktan eğitim ve konsültasyon giderek artan şekilde kullanılmaya başlanmıştır. İnternet sayesinde kendi kendine bakım, evde bakım uygulamalarının artması söz konusudur. Ancak yine internet sayesinde şarlatanlık olarak nitelendirilen tıp dışı uygulamaların popüleritesinin artması da mümkün olacaktır. Hızlı iletişim sayesinde bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere her türlü sağlık sorununun yayılımını, durumunu öğrenmek ve incelemek kolaylaşacaktır²⁵⁹.

Bugün gerek küreselleşme taraftarlarının her yıl Davos'ta yapılan World Economic Forum'da (Dünya Ekonomik Forumu) gerekse küreselleşme karşıtlarının Porto Alegre'de (2003) kabul ettikleri "büyüyen uçurumlar" (aynı zamanda 2001 yılı Davos toplantılarının da ana temasıdır) küreselleşmenin olumsuz sonuçlarındandır. BM Genel Sekreteri Kofi Annan'ın da ifade ettiği gibi "küreselleşme herkesin işine yarayacak bir süreç haline getirilemezse, sonunda kimsenin işine yaramayacak bir süreç haline gelecektir". "Büyüyen uçurumlar"dan kastedilen şudur: düşük milli gelir yoksul ülkelerin, zengin ülkelerden daha düşük refah düzeyine sahip olmalarının tek nedeni değildir. Ekonomi, teknoloji ve sağlık gibi konulardaki bilgi eksikleri uçurumun açılmasına neden olan sebeplerin başında gelmektedir²⁶⁰.

3.4.1. Bilgi Uçurumu Hipotezi: "Enformasyon Yoksulları" ve "Enformasyon Zenginleri"

Toplumdaki bilgi artışı yüksek statü kesimlerinde alt kesimlere oranla daha fazladır. Eğitim seviyesi bilgi edinmeyi, bilgiden yararlanmayı kolaylaştırmakta ve iletişim yeteneğini arttırmaktadır. Kitle iletişim araçları da bu araçlardan yararlanma olanağı

²⁵⁹ Hayran, s.1113 ve Bettcher, Yach ve Guindon, s.522-524.

²⁶⁰ "Büyüyen uçurumlar"la ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.wef.org> ve <http://www.portoalegre2003.org> ile Osman Ulagay, "Korku da Küreselleşiyor", Milliyet Ekonomi, S.12, 9 Şubat 2001, s.2.

bulunan kesimlerin bilgiye ulaşmalarını kolaylaştırırken, bu araçlardan yararlanma olanağı bulunmayan kesimlerle arasındaki bilgi açığını arttırmaktadır. Bu yaklaşım “Bilgi Uçurumu Hipotezi” (*Knowledge Gap Hypothesis*) olarak adlandırılmaktadır. Bu hipotez ilk olarak 1970 yılında Tichenor, Donohue ve Olien isimli üç sosyolog tarafından (*Public Opinion Quarterly*’de yayınlanan bir makale ile) ortaya atılmıştır. Bu hipoteze getirilen eleştirilerde bilgilenenin yalnızca kitle iletişimin bağlı olmadığı, bilgi uçurumunun gözlemcilerin kendi kurgularından ibaret olduğu, insanların yalnızca kendileri için önemli bilgiyi aradıkları ifade edilmektedir. Ancak kıt kaynaklara sahip insanların sağlık ve yaşam standartları açısından yaşamsal önem taşıyan finansal, teknik ve tıbbi bilgileri yeterince elde edememesi 21.yy.da dahi çok önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır²⁶¹. Bilgi uçurumu, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin hastalık ve sağlık, yoksulluk ve refah verilerinde kendini ortaya koymaktadır.

Türkçe’de “bilgi uçurumu”, “bilgi açığı” ya da “bilgi gediği” olarak adlandırılan bu kuram, enformasyon kaynaklarının dengesiz dağılımı ile ilgilidir ve özellikle de yeni teknolojilerin gelişmesi sonucu görülmektedir²⁶².

Sağlık iletişimi profesyonelleri düşük eğitilmiş ve enformasyondan yoksun bu gruplara sağlık enformasyonu ile ulaşmak için kitle iletişimüne başvurur, ancak sonuç sıklıkla hayal kırıklığıdır. İşte “Bilgi Uçurumu Hipotezi” bu hayal kırıklığına bazı açıklamalar getirmektedir. Tarihsel olarak kitle iletişiminin etkileri hakkındaki çalışmalar, eğitimin güçlü bir şekilde kitle iletişiminden elde edilen kamusal konularla ve bilimle ilgili “bilgi” ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Tichenor vd. bu gözlemi bilgi uçurumu içinde formüle etmişlerdir.²⁶³ Bu hipoteze göre:

Kitle iletişimi enformasyonunun bir sosyal sistem içinde yayılması arttıkça, popülasyonun daha yüksek sosyo-ekonomik segmentinde bulunanlar bu enformasyonu daha

²⁶¹ Mutlu, s.63.

²⁶² Tekinalp ve Uzun, s.139.

²⁶³ Freimuth, “*The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health*”, s.173-174.

*düşük statü segmentindekilere oranla daha hızlı elde ederler, bu da bu segmentler arasındaki bilgi uçurumunu azaltacağına arttırır*²⁶⁴.

Yani “enformasyona sahip olmayanlar” (*information have nots*) bilgilerini arttırırlar ama “enformasyona sahip olanlar” (*information haves*) bu bilgiyi çok daha yüksek düzeyde elde ederler. Sonuç olarak aralarındaki uçurum büyür.

Hipotezin varsayımları hem bir kerelik hem de çok defalık ölçümlemelerle ortaya atılmıştır:

-zamandan bağımsız olarak (*overtime*) çok fazla duyurumu yapılan konunun iyi eğitim görmüş kişiler arasındaki bilgi kazanımı, daha az eğitim görmüş kişiler arasındaki bilgi kazanımına oranla daha hızlı gelişim gösterir.

-zaman içinde belli bir noktada ise, kitle iletişimde daha az duyurumu yapılan konular için bilgi kazanımı ile eğitim arasındaki korelasyon yüksektir²⁶⁵.

Bilgi uçurumu hipotezi üç değişken içermektedir: belli bir ortamda kitle iletişimi duyurusunun düzeyi, bireylerin eğitim düzeyleri ve belirli bir konuda bireylerin bilgi düzeyleri. Zaman da dördüncü değişken olarak ilave edilebilir. Bilgi uçurumu terimi literatürde farklı anlamlara gelmektedir. Gaziano 1983’deki çalışmasında bilgi uçurumu ile ilgili 58 araştırmadan bahseder ve şu farklı anlamların kullanıldığını ifade eder:

-belli bir zamandaki uçurum, zamandan bağımsız olarak ortaya çıkan ve önemi değişebilen uçurum, medyayı referans almadan yalnızca eğitim ve bilgi arasındaki ilişki ile uçurum, medyanın yayınları ya da müdahalesi ile oluşan uçurumlar.

Bilgi uçurumu hipotezine pek çok eleştiri getirilmiştir. Gaziano, eğitimin ne kadar yüksek olursa, farklı konulardaki bilginin de o kadar çok olacağını belirtmiştir. Bu ilişki orjinal bilgi uçurumu hipotezini desteklemez çünkü kitle iletişimi duyurumlarının düzeyi

²⁶⁴ Cecile Gaziano, “A Twenty-Five-Year of Knowledge Gap Research”, paper presented at the 50th annual conference of the American Association for Public Opinion Research, Fort Lauderdale FL, (21 May 1995), <http://www.csu.edu.au/special/conference/AAPOR/proceedings/Gaziano.html>, (30.01.2003), s.2.

²⁶⁵ Gaziano, s.2-3.

hesaba katılmamıştır. Gaziano'nun zaman trendli çalışmaları orjinal hipotezi tersine çevirmiştir. Sonuç olarak Gaziano, medyanın artan duyuru düzeyinin uçurumları azaltabileceğini ancak başka pek çok faktörün de aynı şekilde hatta daha da etkili bir biçimde uçurumları kapatmada etkili olabileceğini belirtir. Bilgi uçurumu hipotezini çürüten başka bulgular zamana bağlı *case-study*'lerden kaynaklanmaktadır; ılımlı uçurumların olması medya duyurumunun daha büyük uçurumları kapatmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Gaziano, söz konusu 58 çalışmada başka hangi değişkenlerin bilgi uçurumunu etkileyebileceğini incelemiş ve uçurumların, sorun yerel düzeyde ise ya da daha çok düşük SES (sosyo-ekonomik statü) katmanına sesleniyorsa daha az görünür olduğunu ya da daha az olduğunu ortaya koymuştur.

Sağlık enformasyonu ile ilgili olarak bilgi uçurumunu ele alırsak Gaziano, insanların eğitimsel arka planları ve sağlık sorunlarıyla ilgileri ne derecede olursa olsun yine de bilgi uyumsuzluklarını gösterebildiklerini belirtmiştir. Butler ve Paisley (1976) sağlık bilgisinin toplumda eşitsiz bir dağılım gösterdiğini, sağlık bilgisine sahip olanların gençler, beyazlar, iyi eğitilmişler olduğunu belirtir, buna karşılık bilgi sahibi olmayanların ise yaşlı, beyaz olmayan ve daha düşük eğitime sahip de olanlardır²⁶⁶. ABD temel alınarak yapılan bu araştırmalarda ırksal faktörlere yer verilmiştir. ABD'de iyi eğitim gören siyahların oranı beyazlara oranla oldukça düşüktür. Aynı durum İspanyolca konuşan etnik kesim (Hispanikler) için de geçerlidir. Bu noktada sağlık enformasyonu elde etmede ülke içindeki "dil" farklılıkları özellikle de yaşlı nüfus dikkate alındığında önemli bir kriterdir. ABD'de devlet tarafından kitle iletişimi yoluyla bu kişilere kendi dillerinde sağlığı geliştirme amaçlı yayınların yapılması, sağlık kuruluşlarında bu kişilere yardımcı olabilecek tercümanların bulunması gibi uygulamalar bulunmaktadır.

Ettema, Brown ve Luepker (1983) da orjinal bilgi uçurumunu değil, Gaziano'nun medya duyurusunun birincil büyük uçurumları azaltmadaki rolü fikrini desteklemişlerdir.

²⁶⁶ Freimuth, "The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health", s.174-175.

Ettema ve arkadaşlarının bir enformasyon kampanyasının kardiyovasküler sağlık üzerine etkileri üzerine yaptıkları araştırma; iyi ve orta düzeyde eğitim görmüş olanlar arasındaki uçurumu hemen hemen kapatmada etkili olduğunu göstermiştir. Motivasyonun uçurumun etkileri üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu da ortaya koymuşlardır. Sağlık alanında yapılan sınırlı araştırmaya dayanarak, belirli bir zamanda pek çok sağlık konusuyla ilgili bilgi düzeylerinde hep bir uçurumun olması söz konusudur ancak konuyla ilgili olarak “kitle iletişimiyle enformasyonun yayılması uçurumu azaltacaktır” demek mantıklı olacaktır.

Bilgi uçurumu fenomeni ile ilgili pek çok alternatif açıklama yapılmıştır. Bunlar üç grupta toplanabilirler: bilgi uçurumunu hedef kitlenin, mesajın ve sosyal sistemin özellikleri açısından ele alan açıklamalar.

3.4.1.1. Hedef Kitlenin Özellikleri

Hedef kitle “enformasyona sahip olanlar”ve “enformasyona sahip olmayanlar”dan oluşmaktadır. “Enformasyona sahip olanlar”ın özellikleri şöyle tanımlanabilir: okuma ve anlamada üstün iletişim becerileri, daha çok hafızada saklanan enformasyon, yeni enformasyonu anlayacak kapasite ve artan farkındalık, sorunu tartışabilecek kişilerle daha uygun sosyal ilişkiler, seçici maruz kalma, kabul etme ve daha önceki farklılıklardan elde edilen mesajların saklanması²⁶⁷. Bu arada “enformasyon kaynağı olarak daha çok radyo ve televizyonu kullanan ortalama bireylere oranla basılı iletişim araçlarını daha fazla kullanan üst sınıf bireyleri” enformasyon arayanlar (*information-seeker*) olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu “aranan enformasyon” kişisel ya da toplumsal olabilir²⁶⁸. Yani bu kişiler enformasyonun kendilerine gelmesini beklemez, ihtiyaç duydukları enformasyonu arayıp, bulurlar.

Childers ve Post’a (1975) göre enformasyondan mahrum kişilerin en önemli engelleri kullanabilecekleri yetilerin düzeyidir; bu kişilerin iletişim becerileri çok azdır,

²⁶⁷ Freimuth, “*The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health*”, s.175-176.

²⁶⁸ Mutlu, s.113.

okuma yetenekleri de genelde düşüktür. Ayrıca bu kişiler bir “enformasyon gettosu” içinde hapsedilmişlerdir. Enformasyon sistemleri kapalıdır; dışarıyla irtibat genellikle kitle iletişimi yoluyla kurulur, ki bu da tek yönlü bir akıdır. Sonuç olarak mezenformasyon yaygındır. İçeriden elde edilen enformasyon kabul görür ve benzer şekilde başka topluluklara yayılır. Ama Childers ve Post “dışarıdan elde edilen enformasyonun büyük bölümüne karşı belirsiz bir sosyal ambargo vardır” demektedirler. Bir diğer engel de bu kişilerin kaderciliğe yatkın olmalarıdır. Araştırmaların çoğu onları çaresiz, kaderci kişiler olarak betimlemektedir. Bu kişilerin kendi yaşamlarının üzerinde çok az kontrolü olduğu, dış güçler tarafından kontrol edildikleri görülmektedir. Niemi ve Anderson (1971) bu yatkınlığı farklı şekilde tanımlarlar. Bu kişiler toplumun genel değerlerini terketmezler ancak kendi durumlarına uyacak, rasyonalize edilmiş alternatif değerler üretirler ve enformasyonu kendilerini kurtaracak bir araç olarak görmezler.

“Enformasyona sahip olmayanlar”ın, bir diğer deyişle “enformasyon yoksulları”nın, uygun iletişim araçlarını kullanma yolları da bir diğer engeldir. Bu kişiler hem formel hem de informal enformasyon kaynaklarına ulaşabilirler ve belirli ihtiyaçlarına cevap vermek için informal kaynakları tercih ederler. Enformasyon ihtiyacı duyduğunda arayışı çok yoğun olmaz. Okuma düzeyleri düşüktür. En önemli enformasyon kaynakları yine de gazetedir, TV ikinci, arkadaşları üçüncü ve sosyal çalışanlardan da en son olarak enformasyon edinirler. Yoksullar TV’yi her zaman en sık kullandıkları kaynak olarak belirtirler. Yine de belirsizlik vardır. TV eğlence için mi, enformasyon için mi kullanılmaktadır? Tichenor vd.’e (1978) göre eğitim arttıkça gazeteleri kaynak olarak seçenler artarken TV’yi seçenler azalmıştır. Parker ve Paisley’in bu bulgulara cevabı, eğitimin enformasyon ihtiyacını arttırdığı ve kaçış ihtiyacını da azalttığı şeklindedir.

Childers ve Post (1975) enformasyonu “ends” (araç) ya da “means” (amaç) olarak ayırma tabi tutmuştur. İlki neyi başarmak istediğimizle, ikincisi ise nasıl başaracağımızla ilgilidir. Elektronik medya daha çok “araç” enformasyon, yazılı basın ise daha çok “amaç” enformasyonu içermektedir. Childers ve Post, bu ikilemi “enformasyon yoksulları”nın elektronik medyaya aşırı güvenmeleriyle açıklamaktadır:

TV ve radyodan gelen araç enformasyonlarla aşırı maruz kalmıştır ve arzu ettiği amaca ulaşmasına yardımcı olabilecek türden enformasyona da çok az maruz kalmaktadır. Hangi formel kanalların problemini çözebileceğini ve ihtiyaçlarına hangi spesifik programların cevap verebileceğini bilmez. Günde çok fazla saat TV seyrederek, çok seyrek gazete ve dergi okur, kitap hiç okumaz. Sorunlarını enformasyon ihtiyacı olarak görmez. Aktif bir enformasyon arayıcısı (information seeker) değildir. Informel kanalların yetersiz olduğu durumlarda ve çok fazla ihtiyaç hissederse, formel enformasyon kanallarına eğilim gösterir. Toplumun geri kalanı için kolayca elde edilebilen suradan enformasyonun eksikliği içinde informal bir ağ içinde kilitlenmiştir²⁶⁹.

Bilgi uçurumunu açıklamaya çalışan iletişim eksikliği gibi bir vurgu (yoksunluk tezi) uçurumların her zaman genişleyeceğini ve asla kapanmayacağını önceden belirtir. Buna karşılık farklılık tezinde ise, düşük SES'e sahip olanların enformasyon elde etmede daha az motive olmaları ya da enformasyonların onlar için daha az işlevsel olduğu genişleyen uçurumlardan söz edilir (Ettema ve Kline 1977). Düşük SES'e sahip olanların enformasyon elde etme motivasyonları arttığında ya da enformasyon onlar için işlevsel olduğunda uçurumlar kapanabilir (ya da ilk etapta gerçekleşmez). Ettema vd. (1983) "ilgi ya da motivasyon bilgi uçurumunda eğitimden de önemli anahtar aracı durumundadır" demektedir.

Ettema (1984) daha sonraki çalışmasında ilgi ve motivasyonun ağır bastığı SES'in enformasyon sağlamanın belirleyicisi olduğu argümanını desteklemiştir. Enformasyonun önemini görmede yeteneğin ve girişimciliğin SES'den daha önemli olduğunu bulmuştur. McKnight (1985) ise bilgi eksikliğinin, güvensizlikten kaynaklandığını tartışır.

Sonuç olarak hedef kitlenin nedensel faktörlerini yoksunluk ya da farklılık perspektifleri altında gruplandırılabilir. Farklılık perspektifi daha kullanışlıdır çünkü uçurumları ortadan kaldırmaya ya da kapatmaya çalışmak için fırsatlar sunar. Enformasyonu hedef kitle açısından ilginç ve işlevsel, aynı zamanda da güvenilir hale getirmek için gerekli strateji bu şekilde oluşmaktadır.

²⁶⁹ Freimuth, "The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health", s.177-178.

3.4.1.2. Mesajın Özellikleri

Bilgi uçurumunu etkileyen mesaj karakteristikleri genellikle bilginin yayılmasında üst sınır tipleriyle ele alınır. Ettema ve Kline (1977) bilgi uçurumu literatüründe üç tip sınır belirler: insan eliyle oluşturulan, empoze edilen ve gerçek sınır. İnsan eliyle oluşturulanlar ölçülebilen sınırlardır ve düşük SES'e sahip olanların verilerini ortaya koymaktan sorumludurlar. Empoze edilen sınır ise mesaj tarafından ya da hedef kitle tarafından empoze edilirler. Mesaj tarafından empoze edilenler; mesaj basit ve sınırlıysa, daha çok enforme olan hedef kitlenin daha önceden enformasyona sahip olmaları durumunda oluşur, mesaj; daha az enforme olmuş hedef kitleye aradaki farkı kapatmasına olanak sağlar. Örneğin "sigara sağlığa zararlıdır" mesajını ileten kampanya hemen hemen herkese ulaşmıştır ve belli bir uğuruma rastlanmaz (bilgi kazanımının davranış değişikliğini izlediği sonucunu çıkaramayız). Diğer kategori ise hedef kitlenin kendisi tarafından empoze edilenlerdir. Sonuçlar bir aile planlama çalışmasından ve yetişkinlere yönelik bir çalışmadan elde edilmiştir. Daha iyi enforme olmuş yetişkinler yeterince enformasyona sahip olduklarını düşünürler ve daha fazlasını aramaya motive olamazlar. Daha az enforme olanlarla aradaki farkı kapatmaları için şans verirler. Gerçek sınır ise yayılan bilginin kesin sınırı olması durumunda söz konusudur. "Erken bilgiye ulaşanlar" bu sınıra varmışlardır, "geç bilgiye ulaşanlar" için bu sınıra ulaşma şansları vardır (diğerlerini yakalama şansları). Kaynak tarafından empoze edilen sınır ya da gerçek sınır söz konusuysa uçurumlar kapanmalıdır. Buna benzer şekilde yüksek SES'e sahip hedef kitlenin kendileri için sınır empoze etmeleri ve düşük SES'e sahip olanların da empoze etmemeleri durumunda uçurumlar kapanacaktır. Sağlık iletişimcileri empoze sınır tipinde kampanya amaçlarını gerçekleştirirler, istenilen davranışın karmaşıklığı en basit şekline indirgerler. Örneğin "Sigara içme. Sigara sağlığa zararlıdır" ve "Emniyet kemeri tak. Emniyet kemeri hayatını kurtarabilir" gibi.²⁷⁰

²⁷⁰ Freimuth, s.179-180.

3.4.1.3. Sosyal Sistemin Özellikleri

Sosyal sistemin nedensel faktörleri kişisel suçlamadan sosyal sistemi suçlamaya geçişi yansıtır. Uçurumları bireyden çok sosyal sisteme yüklemek aynı zamanda farklılık tezinin yoksunluk tezine karşı uygunluğunu da güçlendirir. Bazı yazarlar (Tichenor vd. gibi) yapısal değişkenlerin hesaba katılmasının gerekliliğinin altını çizerler. Örneğin en önemli bilgi kaynakları, en eğitilmiş kişilerce daha kolay ulaşılabilir olanlardır. Bilimle ve kamuyu ilgilendiren enformasyonların yazılı olarak iletiliğini, yüksek statü sahipleri için daha uygundur. Ettema (1984) sosyal sistemde uçurumların gelişebileceği yerleri şöyle belirlemiştir:

-sistemin gelişmesi: sistemlerin genellikle daha önceden enformasyon zengini olan uzmanlaşmış kullanıcılar için yaratılmış ve uygun hale getirilmiştir. (örn. video-text kullanıcıları, profesyonel sağlık hizmeti kullanıcıları). Sistemlerin gelişmesi, özel sektöre kimin ulaşabileceğini belirleme hakkını vermiştir ve bu da genellikle yüksek SES gruplarıdır. Bu sorun sağlık alanında daha az belirgindir, çünkü enformasyon sistemleri özel sektörden çok kamu sektöründe geliştirilmiştir.

-sistemin benimsenmesi: adapte olanlar nispeten genç, iyi eğitilmiş, sistemin enformasyon değerini görme yetileri vardır. Düşük SES'e sahip olanlar hakkında varolan araştırmalar sağlık iletişimi kampanyalarını planlamak için yeterli olmayabilir. Düşük SES gruplarının eğitim, gelir, meslek ya da bu kategorilerin kombinasyonu ile farklı çalışmaların nasıl tanımlandığına dair uyumsuzluk vardır. Ayrıca bu araştırmaların çoğu etnik kökeni bu değişkenlerden herhangi biri yerine kullanır ve sosyal sınıf farklılıkları belirtilmez. Kampanyanın erken aşamalarında daha iyi ihtiyaç belirleme çalışmaları yapılmalıdır ki mesajlar özel olarak en yüksek risk grubundaki kişilere ulaştırılabilsin. İhtiyaç belirleme, amaçlarının geleneksel amaçların yapısına (hedef kitlenin demografik, sağlık durumu, bilgi, tutumlar ve hastalıkla ilgili davranışların belirlenmesi), bu araştırma hedef kitlesi için etkili olabilecek motivasyonel çağrılar içermelidir. Nedensel faktörlerin hepsi bilgi uçurumunu gidermeye yöneliktir. Hedef kitlenin iletişim yetileri bilgi uçurumunun neden olduğu

zararların üstesinden gelmek için kullanılabilir. Bilinçlendirme programları da örnek olabilir, aynı zamanda spesifik davranış biçimlerini, temel süreçleri öğreten kampanyaları da sayabiliriz. Örneğin aile planlaması kampanyaları basit üreme döngüsünü öğreterek enformasyon yoksulu olanların bilgilerini arttırmaya çalışır. Mesajların içeriği basit ve somut olmalıdır, uzun süreliden çok ani yararlar üzerinde durur. Mesajlar, hedef kitlenin kültürel inançlarına hassas bir şekilde adapte edilmelidir. ABD’de beyaz ırktan hedef kitle için geliştirilen mesaj, İspanyolca tercüme edilemez ve İspanyol kökenli olanlar için etkili olmadığı ortaya konulmuştur. Tek bir kampanya ile bir toplumdaki farklı kesimlere ulaşmak çok güçtür²⁷¹.

Hedef kitlenin konuya karşı ilgi eksikliği ya da enformasyonun düşük işlevsel değeri kampanya stratejisiyle, mesajın bir bölümü ilgiyi uyardırmaya ve savunulan davranışın fonksiyonel değerini ortaya koymak söz konusu olabilir. Broşür, pamphlet gibi yazılı araçlarla, özellikle de bu araçlar okuma yetisi gerektiriyorsa az okuyan gruplar için etkili olmayacaktır. Shingi ve Mody (1976) TV’nin üçüncü dünya kültüründe bilgi uçurumunu kapatabileceğini, bunun da düşük bilgi seviyesine sahip olanlara seyretmeleri için olanak ve cesaret verilirse, teknik dil basitleştirilirse ve çok güvenilir kaynaklar kullanılırsa ve de enformasyon hedef kitleye önemli ve çekici olarak sunulursa sağlanabileceğini ifade ederler. Ayrıca diğer yenilikçi kanallar da denenmelidir. Örneğin doğrudan posta bazı düşük SES’e sahip olanların diğer medyaya ulaşma imkânsızlığını gidermek için kullanılabilir. Finnegan ve Loken (1985) doğrudan postanın erkekler ve düşük eğitilmiş gruplar üzerinde etkili olduğunu belirtir. Ayrıca kişisel mektuplar da broşürlerden daha etkilidir derler. AIDS’e karşı önlem amacıyla CDC bilgi içeren broşürlerle ABD’deki tüm evlere ulaşma gibi eşsiz bir çaba göstermiştir. Telefonlar da sağlık enformasyonunu iletmede bir araçtır. CIS; 1-800-4 CANCER ücretsiz telefon hattı ile bireysel ağ oluşturmuş ve kanserle ilgili soruları cevaplamıştır.

Bilgi uçurumunu kapatmak için kitle iletişim kanallarının yanısıra informal kanallar da kullanılabilir. Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar için AIDS’ten korunma ile ilgili

²⁷¹ Freimuth, s.180-181.

enformasyon iletmek zordur. Korkuyu ve AIDS'in ölümcül etkisini mesajda kullanmak etkili olmaz çünkü onlar zaten ölüm tehdidi altında yaşadıklarını bilirler. Bağımlıların çoğu bağımlılıklarının sonucu olarak düşük sağlık kalitesini tolere ederler. Zaten toplumun dışına itildikleri için normal kitle iletişim ve kişilerarası kanallar onlara ulaşamaz. Onları AIDS'ten korumak için uyuşturucu tedavisi daha kolay hale getirilmeli, düşük fiyatlı, güvenilir test kolaylıkları sağlanmalı, HIV pozitif olanlara uzun süreli medikal ve sosyal destek sağlanmalıdır.

Bilgi uçurumu hipotezi sağlık konularına uygulanırsa hipotezin bir bölümü desteklenir görülmektedir. Sağlık bilgisindeki uçurum düşük ve yüksek SES gruplarında zaman içinde belli bir noktada görülür. Buna karşılık bu konuda kitle iletişiminde yayılan artan enformasyon aslında uçurumları arttıracak yerde azaltır²⁷².

İnsanların toplumsal konularda enformasyon sağlamak için yalnızca kitle iletişimine bağlı olmadığını biliyoruz. Eğer bilgi uçurumunun açılmasına yeni iletişim teknolojileri neden oluyorsa, bu uçurumun kapatılmasına en büyük katkıyı da yine kişilerarası ya da kitle iletişiminde kullanılan araçlar ve stratejiler yapacaktır. Bu noktada McLuhan'ın "karşınızdaki söylediklerinizi duymadıysa, aslında siz bir şey söylememişsinizdir" sözünü hatırlamakta yarar var; yani neyi, kime, nasıl, hangi araçlarla söylediğiniz önemlidir. Eğer medya yoluyla iletilen sağlık mesajları ile "söylediğiniz", karşı tarafta yani alıcıda tutum ya da davranış değişikliğine neden olmuyorsa; ya bu araçlar yanlış seçilmektedir, ya da "bilgilendirme" işlevinden yararlanılmıyordur. Bugün medyada ağırlıklı olarak bilgilendirici değil, "duygusallık" ve "sansasyonelizm" dozu ağır basan sağlık haberleri (diğer konulardaki haberler için de geçerlidir) yer almaktadır. Sağlık iletişimi, bilgi uçurumunu kapatmada kullanılması gereken bir disiplin olmalıdır. Zaten sağlık iletişimi kampanyalarının birincil stratejisi, doğru araçların ve mesajların seçimidir.

²⁷² Freimuth, "The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health", s.179-183.

3.5. Sağlık Bilinci ve Medya Bilinci

Medyanın olumlu sağlık davranışına yöneltebilecek mesajların yanısıra, kamu sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek mesajların da iletildiği bir ortam olması paradoksu ve ayrıca kamu sağlığının sosyal değişimi sağlama çabalarına karşılık medyanın *status quo*'yu sürdürmeye yönelik tutumu; "sağlık bilinci"nin (*health literacy*) yanısıra "medya bilinci"nin (*media literacy*) de gerekliliğini ortaya koymaktadır.

American Medical Association'a bağlı (Amerikan Tıp Derneği) Ad Hoc Committee on Health Literacy (Sağlık Bilinci Oluşturulması Amacına Yönelik Komite), 1999 yılında sağlık bilincini şöyle tanımlamıştır: "bir hasta olarak başarılı şekilde işlevde bulunmak için gerekli prospektüsleri ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama yeteneği"²⁷³. Sağlık bilinci, "Healthy People 2010"da "bireylerin doğru sağlık kararları verebilmek için basit sağlık enformasyonlarını ve hizmetlerini elde etme, sürdürme ve aynı zamanda da sağlık hizmetlerini elde etme, sürdürme ve anlama kapasitesinin derecesi" olarak tanımlanmıştır²⁷⁴. Diğer tanımlamalar da sağlık bilincini hastaların tedavi ile ilgili direktifleri, sağlık eğitimi malzemelerini okuma yetisi olarak ele almaktadır.

WHO'nun daha geniş kapsamlı tanımında ise "iyi sağlığı geliştirecek ve koruyacak enformasyona ulaşma, anlama ve kullanma güdüsü ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal yetiler" denilmektedir. WHO ve Healthy People 2010'un tanımlamalarında klinik oryantasyonlu tanımlamalardan farklı olarak bilişsel yetenekler ve sosyal yetiler söz konusudur.

Medya bilinci, kendimizi medya karşısında nasıl konumladığımıza ve maruz kaldığımız mesajların anlamlarını yorumladığımıza dair bakış açısıdır. Yüksek medya bilincine sahip olanlar, medya hakkında güçlü ve geniş bakış açısına sahiptirler. Bu kişiler medya mesajlarını farklı boyutlarda yorumlayabilme kapasitesine sahiptirler. Düşük medya

²⁷³ Jay M. Bernhardt ve Kenzie A. Cameron, "Accessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy", *Handbook of Health Communication*, s.584.

²⁷⁴ Healthy People 2010, s.7

bilincine sahip olanlar ise güçsüz ve sınırlı bakış açısına sahiptirler ve mesajın yalnızca yüzeysel yorumlamasını yapabilirler²⁷⁵. Medya bilinci, sağlık bilinci için çok önemlidir. Medya bilinci “iletişime çeşitli medya biçimlerinde ulaşma, analiz etme, değerlendirme ve üretme” veya “medyanın doğasını informal ve eleştirel olarak anlamayı, onun tarafından kullanılan teknikleri ve bu tekniklerin etkisini geliştirme” olarak tanımlanmaktadır. Düşük medya bilincine sahip olanlar doğru olmayan ya da sağlıksız medya betimlemelerine ve mesajlarına daha az direnebilirler, bu da doğru olmayan enformasyona inanmalarına ve sağlıksız davranışları benimsemelerine neden olur. Düşük sağlık bilincine sahip hedef kitlelere yüksek sağlık bilincine sahip olanlardan farklı sağlık iletişimi mesajlarıyla ulaşılabilir. Düşük sağlık bilincine sahip olanlara kişilerarası kanallar ve multimedya ile ulaşmak daha etkilidir²⁷⁶.

Sağlık kampanyalarının kitle iletişiminde başarılı bir şekilde yer almasını sağlamak için toplumun medya sistemini anlamak ve de medya çalışmasının kültürünü ve alışkanlıklarını anlamak ve de medya kuruluşlarının yapısını anlamak gereklidir²⁷⁷. Freimuth, eğitsel programlarla okur yazarlığı ve medya bilincini arttırmayı önermektedir. Bunun için de medya mesajlarının daha iyi tasarlanmasını ve hedeflendirilmesini, özellikle de hedef kitlenin kültürel bağlamlarının dikkate alınmasını, televizyona daha az bağlılığı ve yazılı broşürlerin, informal iletişim kaynaklarının yoğun şekilde kullanımını uygun görür²⁷⁸.

²⁷⁵ W. James Potter, *Media Literacy*, California: Sage Publications, 1998, s.5.

²⁷⁶ Bernhardt ve Cameron, s.584-585.

²⁷⁷ John R. Finnegan Jr. ve K. Viswanath, “*Mass Media and Health Promotion: Lessons Learned, With Implications for Public Health Campaigns*”, *Health Promotion at the Community Level 2*, Neil Bracht (ed.), California: Sage Publications, 1999, s.122.

²⁷⁸ Geist-Martin, Berlin Ray ve Sharf, s.282.

4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN KURAMLAR VE ÖRNEKLERLE SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARI

Üçüncü bölümde ele alınan kamu sağlığı enformasyonu üzerindeki medyanın paradoksal etkisinin ardından, bu bölümde öncelikle sağlığın geliştirilmesinde birincil önem taşıyan sağlıkla ilgili davranışın oluşum süreci incelenecektir. Sağlıkla ilgili bilgilerimizin inançlarımızı ve tutumlarımızı, tutumlarımızın da davranışlarımızı nasıl etkilediği kuramsal olarak ele alınacaktır. Kitle iletişim araçlarının mesajlarına maruz kalmanın sağlıkla ilgili davranışlarımızı etkilemesini açıklayan iletişim kuramlarının yanı sıra, sağlık iletişiminde kullanılan davranışsal kuramlara ve modellere de çok disiplinliliğin gereği olarak bu bölümde yer verilecektir. Ayrıca bireyleri ve toplulukları olumlu sağlık davranışına yönlendirmek için dizayn edilen sağlık iletişimi kampanyalarının özellikleri de örneklerle ele alınacaktır. Bu örnekler, sağlık iletişimi disiplinin sistematik bir yaklaşım olarak gelişmesinde önem arz eden ve literatürde sıklıkla karşımıza çıkan örneklerdir.

4.1. Sağlıkla İlgili Davranışın Oluşumu

Dünyadaki hastalıkların kökenindeki yadsınamayacak biyolojik ve tıbbi nedenlerin yanı sıra, bireylerin sağlıksız davranışları bu olumsuz sağlık durumlarının çoğunda ana etkindir²⁷⁹. Bu olumsuz sağlık davranışı, ikinci bölümde ele aldığımız gibi bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği gibi (ki enformasyon eksikliği ya da hatalı enformasyonda medyanın etkilerini incelemiştik); kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerden de kaynaklanabilmektedir. Sahip olduğumuz bilgi, inancımızı ve tutumlarımızı, tutumlarımız da davranışlarımızı etkilemektedir. Aşağıda inançlar ve değerler ile tutumlarla ilgili özellikler genel hatlarıyla ele alınacaktır.

²⁷⁹ John P. Elder, *Behavior Change & Public Health in the Developing World*, California: Sage Publications, 2001, s.6.

4.1.1. İnançlar ve Değerler

İnançlar; bilgi, duygu, tavır ve hareketlerden oluşmaktadır. Fishbein ve Ajzen'e göre inançlar, ikna sürecinin yapı taşlarını oluştururlar. İnançlar, belirli bir nesneyi, belirli bir sıfat ile bağıntılandırır. Söz konusu nesne bir insan, grup, davranış, olay vs. olabilir. İnançlar, objektif gerçeğe uymayabilir. "Sigara ya da eroin sağlığa zararlı değildir" ifadesi bir inancı yansıtmaktadır. Kişinin inancı ne kadar güçlüyse, bu inancı değiştirmek de o denli zordur. İnançlar, tutumlarımızı oluştururlar²⁸⁰. (Ayrıca, inançlarla ilgili olarak Fishbein ve Ajzen'in kuramına daha aşağıda değinilecektir).

Değerler ise, tutumları hem ifade eden hem de tutumları etkileyen seçimlerdir. Farklı toplumlarda farklı değerler mevcuttur, hatta aynı toplumun farklı kesimlerinde de farklı değerler söz konusudur. Sosyal ve bireysel değerlerden söz etmek mümkündür²⁸¹. Sosyal değerler, bir inanç tipidir ve insanın toplum içinde nasıl hareket edip etmemesi gerektiğini gösterir. Bu değerler, sosyal normlarda somutlaşmıştır ve bazı tutumların oluşmasında rol oynayabilirler²⁸². Sağlığın geliştirilmesi açısından sosyal değerleri ele alırsak; insanın fiziksel bütünlüğünün ve sağlığının, saldırı ve hastalıklardan korunmasının sosyal yaşam içinde öncelik taşıması gerekliliği karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca insan, her tür psikolojik baskıya karşı da savunmasızdır. Kişiye zarar vermeme, gerekli olduğunda başkalarına yardım etme, kanunlardan önce kişilerin birbirlerine eşit ve adil davranması, çoğunluğun yararına mümkün olan en iyi sonuçların üretilmesi; "consensus değerlerdir". Bireysel değerler ise kişinin kendi kendi ayakları üzerinde durabilmesi, ne istediğini bilmesi, kendini idare edebilmesi, sorumluluk hissi taşıması ve kendini gerçekleştirme ve geliştirmesidir.²⁸³

²⁸⁰ Mahmut Oktay, *Davranış Bilimlerine Giriş*, İstanbul: Der Yayınları, s.162.

²⁸¹ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.158.

²⁸² Oktay, s.164.

²⁸³ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.158-163.

4.1.2. Tutumlar

Tutumlar bireylere ait özelliklerdir ancak pek çok sosyal ve durumsal (aynı zamanda da kişisel) faktörlerden etkilenmektedir. Tutumlarla ilgili yapılan pek çok tanımlama arasında Roediger vd.'nin (1984) yaptıkları tanımlamada tutum “belirli bir kişiye, nesnelere ya da durumlara karşı istikrarlı bir tepkinin, nispeten değişmez bir şekilde verilmesi eğilimi” olarak ifade edilmektedir. Ribeaux ve Poppleton'un (1978) tanımında ise tutum, “belirli bir nesne ya da nesneler sınıfı karşısında düşünmek, hissetmek ve eylemde bulunmak için öğrenilmiş yatkınlık” olarak ele alınmaktadır. Öğrenmek, bilinçli olabileceği gibi kimi zaman da farkında olmadan öğreniriz. Dolayısıyla tutumların ille ki bilinçli olarak öğrenilmiş yatkınlıklar olması gerekmez. Tutumlar, doğrudan ya da dolaylı olarak kazanılırlar. Örneğin yeni bir ağrı kesicinin “ağrıyı çabucak geçirdiğine” dair tutum, doğrudan deneyimle ya da dolaylı olarak edinilen kanıt ile kazanılmış olabilir. Burada önemli olan tutumların doğuştan itibaren aynı olmadığıdır²⁸⁴. Ayrıca tutumlar yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı gibi geçici değil, uzun süreli ve kalıcı düşünsel oluşumlardır. Kişi çevresini tutumlarına göre algılar ve yargılar. Tutumlar, belli bir taraflılık doğurmaktadır ve bunlar gözlemlemeyle anlaşılmaz, tutumların dış belirtileri davranışlardır²⁸⁵.

4.2. Sağlık İletişiminde Kullanılan Davranışsal Kuramlar ve Modeller

Sağlık iletişiminin çok disiplinli özelliği nedeniyle, sağlık iletişimi alanında kullanılan kuram ve modellerde, davranış bilimleri içinde geliştirilen kuram ve modellerin yanı sıra, iletişim disiplinin geliştirdiği kuram ve modellerden de yararlanılmaktadır. (Kişilerarası iletişim ile ilgili kuram ve modellere davranışsal kuram ve modeller arasında değinilmiştir ancak kitle iletişimi, tezin sınırlandırılması bağlamında bizim asıl konumuzu oluşturmaktadır).

Sağlık iletişiminde kullanılan davranışsal kuramlar ve modeller; McGuire'in İkna Modeli, Sebep Eylem Kuramı, Sağlık İnanç Modeli, Sosyal Öğrenme Kuramı,

²⁸⁴ Downie, Tannahill ve Tannahill, s.120-121.

²⁸⁵ Oktay ,s.163.

PRECEDE-PROCEED Modeli, Transteorik Model ya da Değişimin Evreleri ve Yeniliklerin Yayılması Kuramı'dır.

4.2.1. McGuire'in İkna Modeli

McGuire'in İkna Modeli (1964), iletişimin, tutumları ve davranışları değiştirme amacıyla kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Bunun için gerekli olan iletişim çabası, farklı itkilere (input) ve tepkilere (output) bağlıdır. Bilgide ve tutumlarda meydana getirilecek değişiklik, sağlıkla ya da başka konulardaki tutum ve davranışların değiştirilmesi için ön koşuldur. İtkiler; mesajın kaynağı, mesajın kendisi, mesajın gönderildiği kanal," alıcının özellikleri ve iletinin yönüdür. Tepkiler ise; bilgi, tutum ve karar alma ve hatta gözlemlenebilen davranışlar gibi belirli bilişsel faktörlerdeki değişikliklerdir²⁸⁶. Bu modelin zayıf yönü, alıcıları tamamen rasyonel olduklarını varsaymasıdır. Ayrıca, iletişimin aşamaları her zaman aynı sırayı takip etmeyebilir (mesajı anlamadan benimsemenin, mesaj içeriğinin hatırlanmadan davranış değişikliğinin olabilmesi gibi)²⁸⁷.

4.2.2. Sebepli Eylem Kuramı

Fishbein ve Ajzen'in Sebepli Eylem Kuramı (Theory of Reasoned Action-1975) davranışın meydana gelmesini belirleyen kişisel niyetin rolü üzerinde durur. Kuram, davranışın genellikle niyeti takip ettiğini ve onsuz meydana gelmeyeceğini içerir. Kişilerin niyetleri aynı zamanda, davranışın önemli olduğunun hissedilmesi gibi davranışla ilgili diğer tutumlarca da belirlenir²⁸⁸. Davranışsal bir niyetin gücü, kişinin buna ilişkin davranışı gerçekleştirme olasılığına bağlıdır. Davranışsal bir niyetin yerine getirilme olasılığı, kişinin o davranışın belirli sonuçlar doğuracağına dair inancına, kişinin önem verdiği referans grubunun normatif baskısına bağlıdır. Kişinin davranışları önce inançlarında, sonra

²⁸⁶ Graeff, Elder ve Mills Booth, s.21.

²⁸⁷ Oktay, s.212.

²⁸⁸ Graeff, Elder ve Mills Booth, s.21.

tutumlarında, daha sonra davranışa yönelik niyetlerinde görülmekte, daha sonra da bu niyetler davranışa dökülmektedir²⁸⁹.

4.2.3. Sağlık İnanç Modeli ve “Tüberküloz Tarama Programı”

Sağlık İnanç Modeli'nin geliştirilmesinde, ABD'de 1959 yılında gerçekleştirilen Tüberküloz Tarama Programı (TB Screening Study) öncü olmuştur. Bu program, ilk sağlığı geliştirme kampanyası olarak ele alınabilir. US Public Health Service (USPHS-Amerikan Kamu Sağlığı Hizmeti) fabrikada çalışan işçilerin tüberküloz taramasına katılım oranını yükseltmeyi hedeflemiştir. Belli bir fabrikadaki işçiler hedef kitle olarak seçilmiş ve araştırmacılar (Hochbaum ve arkadaşları) işçilerin tüberküloz hastalığı hakkındaki inanç ve algılamalarının, para gibi dış etkenlerin tarama oranlarının düşük olmasına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Araştırmacılar, tarama fiyatlarını düşük tutarak tarama yeri olarak fabrikaya yerleşmişler, tüberkülozun ciddi bir hastalık olduğu konusunda işçilerin eğitilmesi için medya kampanyasından yararlanmışlardır. Kuramsal olarak kampanya sonucunda tarama yaptıranların sayısının artması beklenirken, işçilerin yalnızca 1/3'i tarama yaptırmıştır. Bu başarısız sonucun nedenleri araştırılarak, Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) geliştirilmiştir. Bu modele göre insanların neden sağlıklarını geliştirecek bir davranışa yöneldiklerini ya da yönelmediklerini beş nedenle açıklamaktadır: kişi sağlık riskinin ciddi olduğuna, sağlık riskine maruz kalabileceğine, önerilen çözümün etkili olacağına inanmalı, kendisini eyleme geçmesini sağlayacak bir başlangıca maruz kalmalı ve başına gelebilecek sakatlık tehlikesini önleyebileceğine inanmalıdır.

Genel bir sağlık riskiyle ilgili olgu, bireye risk kişisel düzeyde yansımıyorsa davranışı değiştirmeyecektir. Ayrıca kişi davranışını değiştirmek için kendinde bir güç hissetmeli, davranışın değiştirilmesinin finansal ya da fiziksel avantajı da bulursa davranışı değiştirmek için kendini zora sokmak durumunda kalmamalıdır²⁹⁰.

²⁸⁹ Oktay, s.213.

²⁹⁰ Kar, Alcalay ve Alex, s.50-51.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre, eğer kişiler kendilerinin söz konusu hastalığa yakalanabileceklerine, hastalığın bazı ciddi sonuçları olduğuna, yapılacak bazı uygulamaların duyarlılığı azaltacağına ya da sorunun boyutunu azaltacağına, uygulama veya eyleme geçmenin yararının maliyetten (ekonomik, zaman vb.) fazla olacağına inanıyorlarsa; sağlıklarına yönelik tehlikeleri önleme, hastalıklarını araştırma ya da önleme çarelerini araştırmaktadırlar²⁹¹. Örneğin bir kadının doğum kontrol hapını kullanmaya başlaması için; çok çocuğa sahip olduğunu ve potansiyel olarak yeni çocuklar doğurabileceğini bilmesi, yakın çevresindeki çok çocuklu ailelerin çok çocuk nedeniyle ekonomik durumlarının buzulduğunu görmesi, doğum kontrol haplarının %95 etkili, aynı zamanda da güvenilir ve ucuz olduğunu bilmesi ve bir sağlık uzmanı tarafından bu hapları alması önerilmiş olmalıdır²⁹².

Sağlığımızı etkileyen bilinç-vücut interaksyonunun farklı çeşitlerinin yanısıra kimi interaksyonlar da bilinçaltı düzeyinde ya da en azından bilincimizin çok az kontrolünün olduğu düzeyde olmaktadır. Risk almaya yönelik davranışlar da bu kategori içinde ele alınabilir. Bilgi, tutum ve sahip olunan yetilerin belirli bir davranışın benimsenmesi ve uygulanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Sosyo-kültürel çevre bilgi ve tutumları derinden etkilemektedir. Becker'in Sağlık İnanç Modeli sağlıkla ilgili davranışı açıklamaya çalışır. Bu modelde bilinçli yaklaşımlar ele alınmaktadır²⁹³.

Suchman da (1966, 1967) sosyal ağların etkisinin sosyolojik perspektifinden etkilenmiştir. Suchman, bazı sosyal ilişkiler ve grup yapılarıyla, bazı grup üyeliği ve özdeşleşme arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtir. Bu da tıbbi tedavi ve koruyucu davranışlar aramada etkilidir. Belirsizlik durumunda sağlıkla ilgili karar almada Sağlık İnanç Modeli; sağlık davranışının belli başlı belirleyicileri; algılar ve motivasyonlardır (Janz ve Becker 1984). Langlie (1977), her iki perspektifin öğelerini birleştirmiş ve koruyucu sağlık davranışını, değişkenlerin algılanmasının (yararlanılabilirlik, faydalar,

²⁹¹ Güler ve Vaizoglu, s.799.

²⁹² Graeff, Elder ve Mills Booth, s.20.

²⁹³ Last, Public Health and Human Ecology, s.227.

kendine yarar sağlama), ayrıca farklı sosyal ağların üyesi olarak (evlilik, aile, komşuluk, dinsel cemaat, akrabalık) ve sosyo-ekonomik durumun işlevi olarak ele almaktadır²⁹⁴.

4.2.4. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal Öğrenme Kuramı (*Social Learning Theory*), “davranışın içsel süreçlerle, dışsal ya da çevresel etmenlerin arasındaki etkileşimin bir işlevi olduğunu öne süren bir kuramsal yaklaşım”dır²⁹⁵. Bandura’nın 1977’de ortaya koyduğu Sosyal Öğrenme Kuramı’na göre, davranışı yönlendiren, bu davranışın sonucunda beklenen sonuçlardır. Bu sonuçlar ne kadar olumlu olursa, davranışı o kadar kabul görür. Pek çok olumsuz davranış ise olumsuz sonuçları görüldüğü halde devam eder. Bu paradoksun açıklamalarının ilki, davranış sonucunda kısa dönemli doyumun, uzun dönemli zarar görmeden daha motive edici olduğudur. Örneğin sigara içenlerin, kısa dönemde sigaradan alacakları keyfi, uzun dönemde sigaradan görecekleri zarara tercih etmelerinde olduğu gibi. Kimi zaman ise kişinin kendi üzerindeki irade kontrolü, zihninde eyleminin uzun dönemli sonuçlarını canlandıracaktır. Kişinin kendi üzerindeki irade kontrolü sağlığı geliştirme stratejilerinin amaçları arasındadır. İkinci açıklama ise aralıklı yenileme ilkesidir. Alkolikler, içki içtikten sonra her zaman bu davranışlarından bir doyum almazlar, bunun yerine depresyon, anksiyete veya şiddet içeren saldırganlık söz konusu olabilir. Ancak alkolün kendilerini tıpkı gizlice olmayı istedikleri gibi akıllı, sokulgan ve nüktedan yapacağını düşünerek bu davranışlarını gelecekte tekrarlarlar. Üçüncü açıklama ise yenilemenin göreceli olmasıdır. Bir oda dolusu sigara içmeyen kişinin bulunduğu bir ortamda sigarasını yakan kişi, bu eyleminin odadakiler tarafından kabul görmeyeceğinin farkındadır. Ancak, kişi sigara içmeyerek kendini çok daha kötü hissedeceği yargısına sahiptir. Bu sosyal açıdan kendini rahatsız hissetme durumu, sigarayı içmemekten duyulacak rahatsızlıktan çok daha kolay bir kenara atılabilir. İnkâr etme de paradoksun bir diğer açıklamasıdır. Sigara içen bir kişinin,

²⁹⁴ John R. Finnegan Jr. ve K. Viswanath, “*Health and Communication: Medical and Public Health Influences on the Research Agenda*”, *Communication and Health: Systems and Applications*, s.19.

²⁹⁵ Mutlu, s.331.

92 yaşında sigara bağımlısı bir kişiyi tanıdığını söylemesi, kişinin kendi sağlıksız davranışına öznel bir değer biçmedir²⁹⁶.

Bandura, davranışların yalnızca başkalarının davranışlarının gözlemlenerek ve ardından taklit edilerek (modellenerek) uygun bağlamda öğrenildiğini belirtirken bu kuramının bir diğer durumunu ortaya koyar. Bu modelleme bir medya kişiliği ile olabileceği gibi, gerçek yaşamdan bir kişi ile de olabilir²⁹⁷. Örneğin kişi uyuşturucuyu nasıl damarına zerk edeceğini ya da nasıl yapıştırıcı koklayacağını diğerlerinden görerek öğrenir. Davranışın bir televizyon ya da film karakterinden modellenerek öğrenilmesi ise dolaylıdır. Televizyon, alkol tüketiminin olumsuz sonuçlarını çok az yansıtarak, gençlere alkol tüketimine teşvik etmektedir²⁹⁸.

Sosyal Öğrenme Kuramı (Bandura 1977, 1986) ve Sağlık İnanç Modeli (Becker 1974) tutum değişikliğinin olabilmesi için şunları önermektedir:

- istenilen davranışın örneklerle, deneylerle açıklanması ya da modellenmesi
- istenilen amaçlara ulaşmak için özellikle de acil olanlar için (iyi hissetme ve iyi görünme gibi) davranışın etkili tanıtımı
- davranışın kavramsal olarak hayat şartlarına uygun olduğunun belirtilmesi. Bunu yaparken davranışın amacının ve değerinin yükseltilmesi (hastalık riskinden korumak için)
- hastalık riskini önlemek için belli bir davranış biçimini telkin et. Hastalığın zararlarından korunmak ve uzun dönemde yaşam kalitesini yükseltmek için belli bir davranışı empoze et.
- toplumun desteğini almış davranış biçimini sun.
- istenilen davranış için kamu desteğini harekete geçir

²⁹⁶ Paul Bennett ve Roy Hodgson, "Psychology and Health Promotion", *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, s.24-25.

²⁹⁷ Neuendorf, s.111-112.

²⁹⁸ Bennett ve Hodgson, s.25.

- kişinin kendi kendine eski davranışlarını değiştirmesi için yeni davranışa yönelik rehberlik hizmeti ver
- yanlış yapmakta olan kişinin kendi kendine davranışı değiştirmek için yaptığı hatayı yenilememesi ve tekrar denemesi için rehberlik hizmeti ver
- istenilen davranış değişikliğinin başarılmaması için kişilerarası sosyal desteğin geliştirilmesi
- istenilen davranış değişikliğinin başarılmaması için bir alt yapı desteği verilmeli, bu ise varolan alt yapının kullanılmasının desteklenmesi veya değişikliğe neden olacak eylemlerin hedef kitleye, devlet veya sivil toplum örgütlerine baskı ile desteklenmeli
- gerekli davranış değişikliğini baltalamaya yönelik herhangi bir sosyal hizmet kuruluşundan gelen engellemelere karşı kamu desteğini alarak aktivite gerçekleştir²⁹⁹.

4.2.5. PRECEDE-PROCEED Modeli

PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evolution-Eğitimsel/Çevresel Teşhis ve Gelişimde Hazırlayıcı, Güçlendirici ve İmkân Yaratıcı Yapılar) Modeli bir sağlık eğitimi uygulama sistemidir. PRECEDE yönteminde sağlığı tehlikeye düşüren çevresel etmenler ikincil olarak kabul edilerek, sağlığın sorumluluğu kişinin olumsuz sağlıklı davranışı ile doğrudan ilişkilendirilir. Sistem bir neden-sonuç aşamaları zincirinden ibarettir. Model, hedefe yönelik ve odaklanmış eğitim programlarının düzenlenmesini olanaklı kılmıştır³⁰⁰.

Lawrence Green tarafından geliştirilen bu modelde bireyin ya da grubun davranış değişikliğinde etkili olan etmenler şunlardır:

- kolaylaştırıcı etmenler: bireyin değişme isteğini etkileyen bilgi, tutum, davranışı, inanç ve değerleri

²⁹⁹ Brian R. Flay ve Dee Burton, "Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns", Mass Media and Public Health: Complexities and Conflicts, s.132-146.

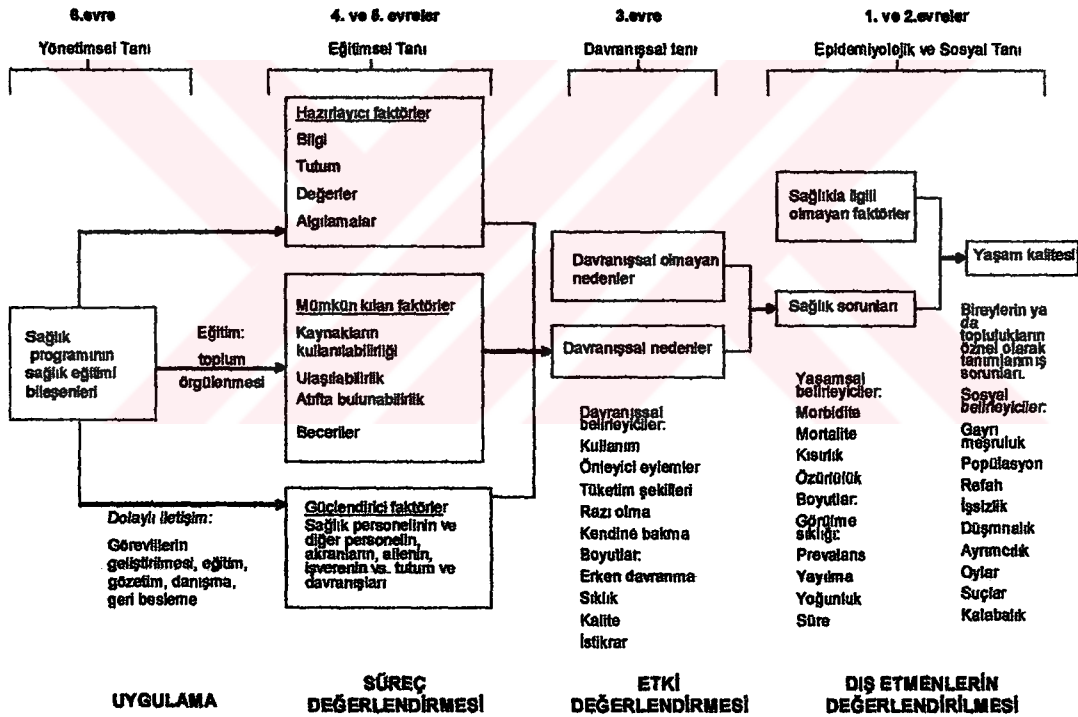
³⁰⁰ Güler ve Vaizoglu, s.805.

-mümkün kılan etmenler: değişmeyi kolaylaştıran ya da engeller ortaya koyan çevresel, toplumsal ya da bireyin durumuyla ilgili yapılar

-güçlendirici etmenler: davranışı sürdürmeyi etkileyen ve davranışı benimsemenin olumlu ya da olumsuz etkileri (sosyal destek dahil olmak üzere). Bu etmenler, insanları izole edilmiş olarak değil, içinde bulundukları topluluk ve sosyal yapı içinde ele alınmasını gerektirir³⁰¹ (bkz. Tablo 5).

Tablo 5

PRECEDE Modeli



Kaynak: John. E. Bowes, "Communication and Community Development for Health Information: Constructs and Models for Evaluation", Review prepared for the National Network of Libraries of Medicine, Seattle, December 1997, <http://nnlm.gov/pnr/eval/bowes>, (14.09.2000), s.12.

³⁰¹ "Role of Communication in Disease Prevention and Health Promotion", <http://www.emerson.edu/acadepts/cs/healthcom/Resources/commrole.htm>, (19.11.1999), s.4-5.

Bu model, sağlığı etkileyen çevresel etmenleri ikinci plana attığı, sağlığın sorumluluğunu doğrudan kişinin sağlıksız davranışının sonucu olarak nitelendirdiği ve politik, mevzuta dayalı ve örgütsel kapsamı kişinin hayaline bıraktığı için eleştirilmiş ve bu modele bazı eklemeler yapılarak PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Enviromental Development) Modeli haline getirilmiştir. Bu model, odak olarak planlamadan çok uygulamayı esas almaktadır³⁰².

4.2.6. Transteorik Model ya da Değişimin Evreleri Modeli

Transteorik Model ya da Değişimin Evreleri Modeli'nde, Prochaska ve DiClemente belirli teorilerden bağımsız olarak sağlık davranışını anlamaya ve ölçmeye çalışırlar. Prochaska ve DiClemente (1983) önce alkoliklerin içkiyi bırakmaları sürecini ve daha sonra da sigarayı bırakma sürecini incelerler. Sonuç olarak, davranış değişikliğinin beş etapta kavramlaştırılabileceği sonucuna ulaşırlar:

-Tasarlama öncesi (*precontemplation*): Davranış değişikliği için düşünce ya da farkındalık yoktur (bilgisizlik, inkâr ya da moralsizlik söz konusu olabilir).

-Tasarlama (*contemplation*): Davranışı olası bir şekilde değiştirmek için hedef, enformasyon arayışındadır.

Sağlık iletişimcileri, kişileri genellikle tasarlama öncesi ya da tasarlama evresinde "yakalarlar".

-Eylem (*action*): Hedef, arzu edilen davranış değişikliği için girişimde bulunur.

-Sürdürme (*maintenance*): Uzun bir süre için davranış değişikliğinin sürdürölmesi.

³⁰² Elaine Arkin, Edward Maibach and Claudia Parvanta, "General Public: Communicating to Persuade", Communicating Public Health Information Effectively, s.63. ve Güler ve Vaizoglu, s.805.

-Geri dönüşüm (*recycling*): Sürdürme evresinin kesintiye uğraması ve hedefin yeniden tasarlama öncesi ya da tasarlama etabına geri dönmesi³⁰³.

Bu modeldeki evreler evdeki hijyen ile ilgili olarak düşünülebilir. Bir ev hanımı gerekli bilgiye sahip olmadığı için suyu kaynatarak içmiyor, yemeklerin üzerlerini örtmüyor veya mutfağı temiz tutmuyor olabilir. Bir radyo spotunda mikroplarla ilgili teorileri dinledikten ve komşusunun kendi evinin mutfağını temizlediğini gördükten ya da semtindeki bir sağlık ocağından bilgi aldıktan sonra (farkındalık) tasarlama aşamasına girerek gerekli eylemleri yerine getirir. Bir süre sonra bunu gündelik rutini haline getirir. Bu model, kamu sağlığı uzmanlarınca özellikle kronik ve enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelede kullanılmaktadır³⁰⁴.

4.2.7. Yeniliklerin Yayılması Kuramı (Innovation-Diffusion Theory) ve Kuzey Karelia Projesi

“Yeniliklerin (yeni fikirlerin, pratiklerin, nesnelerin vb.) bir topluma nasıl sokulduğunu ve insanların bu yenilikleri nasıl benimsedikleri ya da reddettiklerini açıklamaya çalışan bir iletişim araştırmaları alanı”³⁰⁵ olan yeniliklerin yayılması kuramının (*Diffusion of Innovations Theory*) en tanınmış kuramcısı Everett M. Rogers da, *Yeniliklerin Yayılımı* adlı kitabında, yeniliği “kişi ya da başka bir kabullenme birimi tarafından yeni olarak algılanan düşünce, uygulama ya da nesne” olarak tanımlamaktadır.³⁰⁶ Rogers’a göre mesajın kabul görmesi (ya da davranışın benimsenmesi) hedef kitlenin yeniliği kendisi için faydalı, ihtiyaçları ve değerleri ile uyumlu, anlaşılması ve benimsenmesi kolay olarak görmesine, ayrıca davranışın denenebilir, denemenin sonuçlarının akranlarınca olumlu bulunmasına bağlıdır. Rogers, kitle iletişimlerinin yeni enformasyonun kabulünde özellikle de hedef kitleye ulaşmanın ilk etaplarında hızlı ve etkili bir yol olduğunu belirtmektedir³⁰⁷.

³⁰³ Maibach, s.217-225. ve Bennett ve Hodgson, s.27-28.

³⁰⁴ Graeff, Elder ve Mills, s.21-23.

³⁰⁵ Mutlu, s.371.

³⁰⁶ Tekinalp ve Uzun, s.105.

³⁰⁷ “Role of Communication in Disease Prevention and Health Promotion”, s.3.

Bu kuramın kökeni 19.yy.da İngiliz ve Alman sosyal antropologlarının belirli bir toplumun niçin yeni uygulamaları ve fikirleri benimsediklerini açıklamak için yaptıkları çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Bu kuramlar Fransız sosyolog Tarde (1903) tarafından “S biçimli yayılma eğrisi”ni oluşturulmasında rol oynamıştır. Ancak bu kuram, 20.yy.ın ortasında karma mısır yetiştirilmesi üzerine çalışan Iowa’lı Ryan ve Gross (1943) tarafından yayınlanmıştır³⁰⁸.

Yeniliğin benimsenmesi süreci bilgi, ikna, karar, uygulama ve sağlamlaştırma evrelerinden oluşmaktadır. Özellikle üçüncü dünya ülkelerinde sağlık, tarım, sosyal ve politik alanlarda yeniliklerin benimsetilmesi çalışmalarında kullanılan bu yaklaşım, yenilik hareketinin tabandan yani değişime gereksinim duyan kesimlerden de başlayabileceğini göz önüne almaz.³⁰⁹ Yeniliğin yayılması sosyal değişimle ilgilidir, yeniliğin iletişim sürecidir. Yayılma belirli bir sosyal sistem ya da toplulukta farklı kanallarla iletilir. Yayılma sonucu red olsun ya da kabul olsun, her ikisi de bazı sonuçlara neden olur ve sosyal değişim meydana gelir.³¹⁰

Finlandiya’nın Kuzey Karelia kırsal bölgesinde 1972 yılında başlatılan bu sağlık kampanyası, kalp ve damar hastalıkları riskinin azaltılmasına yöneliktir. Kampanya 1971 yılında Finlandiya’nın en yüksek kalp ve damar hastalığı istatistiğine sahip Kuzey Karelia’da yaşayanların bir dilekçeye imza atmalarıyla başlamıştır. Dünyada da en yüksek kalp ve damar hastalığı istatistiğine sahip Finlandiya’nın bu sakinleri dilekçelerinde hükümetten bir kamu sağlığı programı yürütülmesini istemişlerdir. Bu program, WHO ve yerel liderlerce desteklenmiştir. Proje, Dr. Pekka Puska ve arkadaşları tarafından Helsinki’deki National Public Health Institute’de (Ulusal Kamu Sağlığı Enstitüsü) yürütülmüştür. Kampanya aktivitelerinin çoğu yerel liderler ve STK’larca yürütülmüştür. Proje, kalp hastalığı riskinin azaltılmasına yöneliktir. Uzmanlar, projenin bölgede yaşayanların sosyal ve sağlık hizmeti yapılanmasına entegre edilmesi gerektiğine karar

³⁰⁸ Gordon MacDonald, “Communication Theory and Health Promotion”, *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, s.184.

³⁰⁹ Tekinalp ve Uzun, s.106-107.

³¹⁰ Gordon MacDonald, “Communication Theory and Health Promotion”, s.185.

vermişlerdir, çünkü Puska, “davranışın karmaşık bir biçimde sosyal ve fiziksel çevre içine yerleşmiş” olduğunun önemi üzerinde durmaktadır. Bu proje, bütün ülke için bir pilot çalışma olacaktır. Tıp ve kamu sağlığı otoriteleri kalp ve damar hastalıklarına neden olan faktörleri sigara, yüksek kolesterol ve yüksek tansiyon olarak belirlemişlerdir. Bu risk faktörlerinin azaltılması, hastalıkların da azalmasına neden olacaktır. Bu kampanyanın medya bileşeninde ise Kuzey Karelia’da yaşayanlarla ilgili yedi bölümlük bir televizyon dizisi hazırlanarak, kalp hastalıklarından korunmada en önemli etkenin sigara içmenin bırakılması olduğu anlatılmıştır. Ayrıca kalp için sağlıklı davranışa yöneltmede, posterler ve basılı reklamlar kullanılmıştır.

Finlandiya’da II. Dünya Savaşı’nı izleyen yirmi yılda artan gelire bağlı olarak yağ oranı yüksek besinlerin tüketilmesinde artış olmuştur. Enformasyon teknolojisinde çalışan Finlilerin daha az hareketli çalışma koşulları da kalp hastalığı riskini artırmıştır.

Proje ekibi süpermarketlerle, ekmek üreticileriyle ve diğer işletmelerle iş birliği yaparak hazır gıdalarda yağ, tuz ve şeker içeriğinin giderilmesine çalışmıştır. Hayvansal yağlar yerine bitkisel yağ ve margarinlere yer verilmesine gidilmiş, yağlı süt yerine yağsız süt içilmesi için tüketicilerde davranış değişikliği sağlamaya çalışılmıştır. Bu yeni diet, sağlık profesyonelleri ve yerel halk arasında güven kurulana dek belli bir zamana ihtiyaç göstermiştir. Kuzey Karelia’nın köyleri arasında bir yarışma düzenlenerek altı aylık bir sürede en düşük kolesterol seviyesine inenler arasında bir çift Hawaii gezisine gönderilmiştir.

1975 yılında proje çerçevesinde iki günlük seminerlerle 800 kamuoyu lideri sağlıklı yaşam biçimi ve bu enformasyonun diğer kişilere aktarımı ile ilgili eğitilmiştir. 1982 yılında yapılan bir alan araştırmasının sonucuna göre, aradan geçen yıllarda bu kamuoyu liderlerinin yarısının halen aktif olduğu görülmüştür. Bu kişiler arkadaşlarına, komşularına sigara içmeyi bırakmalarını, daha fazla sebze yemelerini ve televizyondaki sigarayı bırakma konulu programları seyretmeleri için biraraya gelmelerini önermişlerdir. Kuzey Karelia Projesi, hem kişilerarası iletişimden hem de kitle iletişiminden yararlanmıştır.

Bu projede Sosyal Öğrenme Kuramı da kullanılmıştır. Örneğin 1978 yılında Finlandiya televizyonundaki sigarayı bırakma kampanyasında stüdyoya getirilen 10 kişilik bir grup (her biri hedef kitle segmentasyonuna göre dikkatle seçilmiş orta yaşlı erkek, genç kadın, onlu yaşlardaki erkeklerden oluşmuştur) yedi bölüm boyunca sigarayı bırakmaya çalışmışlar, kendilerine karşılaştıkları zorluklar vs. sorulmuştur. Sonuç olarak sekizi sigarayı bırakmıştır. Bu program sonrası ulusal düzeyde 10.000 kişinin sigarayı bırakması öngörülmüştür.

Sosyal Öğrenme Kuramı, proje çerçevesinde yerel futbol takımı ile ilişkide de kullanılmıştır. Takımın oyuncuları projenin iki kırmızı kalpli logosunu taşıyan şapkalarla kalp için sağlıklı davranışları öneren posterler ve basılı reklamlarda yer almışlardır. Oyuncular, sağlıklı yaşam biçimi için pozitif rol model olmuşlardır³¹¹.

Sağlık iletişimi alanındaki ilk çalışmalardan bir diğeri de 1971 yılında Stanford Üniversitesi'nden kardiyolog Dr. John Farquhar ve iletişimci Dr. Nathan Maccoby'nin yürüttükleri, sponsorluğunu National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Enstitüleri) tarafından yapılan ve çok disiplinli bir çalışma olan Stanford Heart Disease Prevention Program'dır (Stanford Kalp Hastalığını Önleme Programı).

Program, California Stanford'da bir dizi sağlık iletişimi aktivitesiyle kalp hastalığı risk faktörünü azaltmak amacıyla sigarayı bırakma, kilo verme, egzersiz, stresin azaltılmasını amaçlamıştır. Programda hem kişilerarası iletişim (örn. aerobik sınıfları ve sigarayı bırakma sınıfları) hem de kitle iletişimi (televizyon ve radyo, gazeteler ve diğer basılı araçlar) kullanılmıştır. Sınıflarda yüz yüze iletişimi ve medyayı birlikte kullanan eğitim aktiviteleri, yarışmalar gerçekleştirilmiştir. İspanyolca da kitle iletişim araçlarında verilen mesajlarda kullanılmıştır.

Sürekli olarak gözlem ve değerlendirme ile programın etkileri ölçülmüştür. Programdan sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleriyle ilgili dersler çıkarılmıştır. Kampanyanın

³¹¹ Thomas E. Backer, Everett M. Rogers ve Pradeep Sopory, *Designing Health Communication Campaigns: What Works?*, California: Sage Publications, 1992, s.8-12.

logosu olan küçük kırmızı kalpli logoları yer aldığı buzdolabı mıknatısları evlerde sağlıklı yaşam biçimini hatırlatmada başarılı olmuştur. Bu logo ayrıca radyo ve televizyon spotlarında bir ses sembolüyle birlikte kullanılmıştır³¹². Kampanyanın değerlendirilmesi sonucunda risk faktörlerinde %17'lik bir azalma görülmüştür. Aynı süre içinde kontrol bölgesinde ise %6'lık bir azalma kaydedilmiştir³¹³.

Bu noktada davranışları değiştirmeye çalışmanın etik bazı sorgulamalara ihtiyacı olduğu yolunda tartışmalar olduğu da ifade edilmelidir. Önceki davranış “kötü” olarak yorumlanmıştır ve bu davranışa ne yönde müdahale edileceği bilinmektedir. Burada etikle ilgili bir sorun bulunmaktadır: iyi ve kötü davranışlara kim, hangi kriterlere göre karar vermektedir? Devlet tarafından düzenlenen kampanyaların temalarının seçimi; siyasilerin kamuoyu ve baskı gruplarının birlikte karar vermesiyle alınır. 1950'lerden bu yana, iletişim yalnızca kriz dönemlerinde ele alınmaktadır: tıpkı BSE ve AIDS örneğinde olduğu gibi³¹⁴.

4.3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Kitle İletişim Araçlarının Etkileriyle İlgili Kuramlar

Medyanın sağlık iletişimi alanında kullanımı şu amaçlara yönelik olarak gerçekleştirilebilmektedir:

- sağlık konuları hakkında bilinci arttırmak (örn. içkili araba kullanmama)
- sağlığın kamu gündemine yerleştirilmesine yardım etmek (örn. kağıtların geri dönüşümü)
- basit enformasyon ve tekli mesaj iletmek (örn. bebekleri sırtüstü yatırmak)
- başka kolaylaştırıcı faktörler mevcutsa davranış değiştirmek (örn. zaten bırakmayı vaadeden sigara tiryakilerine cesaret vermek)

³¹² Backer, Rogers ve Sopory, s.12-13.

³¹³ Kar, Alcalay ve Alex, s.51.

³¹⁴ “*Quels Peuvent Être les Effets de la Communication Sur les Comportements?*”, Travaux en Ateliers, CFES-Du Bon Usage de la Communication en Education Pour la Santé, s.75-78.

Araştırmalar, medyanın sağlığı geliştirme amacıyla kullanılmasının; bire bir danışma gibi diğer öğeleri içeren bütünleştirilmiş kampanyaların bir parçası olduklarında, enformasyon duygusal bağlamda sunulduysa ve yeni ise, ayrıca enformasyon “benim gibi kişiler” için ilgili gözüktüğü hallerde kullanılmasının çok daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Medyanın sağlık iletişimde kullanılması şu hallerde etkili olamaz: karmaşık enformasyon iletmeye (örn. yağın farklı şekillerinin göreceli riskleri), beceri öğretmek (örn. güvenli seks için partnerlerin anlaşması), insanların tutum ve davranışlarını tek başına değiştirmek ve diğer kolaylaştırıcı faktörlerin yokluğunda davranış değiştirmek³¹⁵. Kitle iletişimi kampanyalarının mortalite ve morbiditeyi (ölüm ve hastalık düzeyi) doğrudan azaltma ve davranışta geniş değişikliklere neden olduğu gerçekçi değildir. Ancak medya, sağlık için bireysel ve sosyal değişimi destekleyerek çalışabilir. Medya bireysel düzeyde farkındalığı arttırabilir, enformasyon sağlayabilir ve insanları eğer çevreleri destekleyici ise değişmeye motive edebilir. Medya, aynı zamanda kamuoyunu değiştirerek savunucu olarak kullanılabilir ve de sağlıklı kamu politikaları oluşturmada destek verebilir³¹⁶.

Medyanın hedef kitleleri nasıl etkilediğine dair dört ana model vardır. Bu modeller “Ana Akım İletişim Kuramları” içinde ele alınmaktadır. Bu kuramlar; Hipodermik Şırınga ya da Sihirli Mermi Kuramı, İki Aşamalı Enformasyon Kuramı, Kullanışlar ve Doyumlar Kuramı ile Kültivasyon Kuramı’dır.

4.3.1. Hipodermik Şırınga ya da Sihirli Mermi Kuramı

Bu model, medyanın hedef kitle üzerindeki ani ve doğrudan etkisini hipodermik şırıngaya benzetir. Kitle iletişim araçları güçlüdür ve etkileri de anında ve doğrudandır. Hedef kitle pasif bir alıcıdır ve medyanın manipülasyonundan kolaylıkla etkilenir. Sihirli mermi kuramı da aynı etkiyi farklı bir metaforla ortaya koymaktadır. Sihirli mermi kalabalığa atılır, dostlara ve tarafsızlara zarar vermeden (hipodermik şırıngadan farkı)

³¹⁵ Naidoo ve Wills, s.253-254.

³¹⁶ Naidoo ve Wills, s.254-256.

zikzaklar çizerek düşmanını bulur. Bu kuram, iletişim araştırmacıları tarafından çok naif ve basit bir model olması nedeniyle reddedilmektedir, ancak alanın dışında olanlar bu modeli benimseyebilmektedir³¹⁷.

Hipodermik şırınga ve sihirli mermi kuramları günümüzde geçerliliklerini büyük ölçüde yitirmişlerdir³¹⁸. Bu modeller daha sonra “aerosol sprej” analogisi (Mendelsohn 1968) ile yer değiştirmiştir. Medya mesajlarının etkisi, bir aerosolün (sprej) yüzeye sıkıldığında bir kısmının hedefi vurduğu, çoğunluğunun boşa gittiği ve çok küçük bir kısmının da hedefe nüfuz ettiğindeki gibidir³¹⁹.

4.3.2. İki Aşamalı Enformasyon Akışı Kuramı

İki Aşamalı Enformasyon Akışı Kuramı, 1940 yılındaki ABD başkanlık seçimleriyle ilgili araştırmalar sonucunda ortaya konulmuştur. Katz, Lazarsfeld ve Berelson’un bu kuramına göre, kitle iletişimi ilk adımda, kamuoyu önderlerini etkiler. İkinci aşamada ise kamuoyu önderleri, fikirlerini kişilerarası iletişimle bilgi için başkalarına bağımlı diğer insanlara yayarlar. Kitle iletişimi farkındalığı arttırmak ve temel enformasyonu iletmek için önemli olabilir, ancak kişilerarası kaynaklar, arkadaşlar ya da tanınmış uzmanlar değişimi sağlamada ikna açısından daha etkilidirler³²⁰. Bu model, medyanın hedef kitlelerinin çeşitli toplumsal ilişkiler içinde yer aldığını ve karmaşık bir toplumsal ilişki ağının parçaları olduğunu vurgulaması açısından önemlidir³²¹.

4.3.3. Kullanımlar ve Doyumlar Kuramı

Kullanımlar ve Doyumlar Kuramı (*Uses and Gratifications*), ilk kez 1959 yılında Elihu Katz tarafından 1959’da yazılan bir makalede açıklanan bu model “medya insanlara ne yapıyor?” sorusuna değil, “insanlar medya ile ne yapıyor?” sorusuna cevap aranması gerektiğini temel almaktadır. Bu model, kitle iletişim araçlarının alıcıları üzerinde etkili

³¹⁷ Mutlu, s.301.

³¹⁸ Tekinalp ve Uzun, s.120.

³¹⁹ Jones ve Telford, s.342.

³²⁰ Naidoo ve Wills, s.243.

³²¹ Judith Lazar, *İletişim Bilimi*, Çev. Cengiz Anık, Ankara: Vadi Yayınları, 2001, s.107.

olduğunu ve bu izleyici/okuyucuların edilgen olmadıklarını ileri sürmektedir³²². Kullanışlar ve doyumlar kuramı, izleyicilerin kendileri için en doyurucu buldukları kitle iletişim içeriklerini az çok etkin biçimde aradıkları varsayımına dayanmaktadır. Model, insanlara kendi ihtiyaçları için medyayı kullanmalarını önerir-var olan inançları güçlendirmek ya da iletişimi reddetmek ya da yorumlamak için (bunlar var olan değerleri ve inançlarıyla örtüşmeyebilir)³²³. Bu modeli şu şekilde formüle etmek mümkündür: “Gereksinimlerin doyumuna ve başka (çoğu kez amaçlanmamış) sonuçlara yol açan, iletişim araçlarını farklı biçimlerde kullanmaya neden olan, kitle iletişim araçlarından ve diğer kaynaklardan beklentileri üreten gereksinimlerin toplumsal ve psikolojik kökenleri nelerdir?” Dolayısıyla izleyicinin psikolojik ve toplumsal olarak tanımlanması sağlanmıştır.³²⁴ Berger (1991) medyanın sunduğu doyumlar arasında eğlenmeyi, toplumun başka üyeleriyle aynı deneyimleri paylaşmayı, merak ve bilgi edinmeyi gidermeyi, başkalarını hata yaparken görmeyi, bir kimlik kazanmayı, taklit edecek modeller bulmayı, mucizeye inanmayı vs. saymaktadır³²⁵.

4.3.4. Kültivasyon Kuramı

George Gerbner ve arkadaşları tarafından 1960 ortalarında başlatılan “*Cultural Indicators*” (Kültürel Göstergeler) isimli araştırma sonucunda ortaya koydukları bu kuram, televizyonda yaratılan “dünya”yı, özellikle de bu dünyadaki şiddetin miktarını betimlemeyi amaçlamaktaydı. Gerbner ve arkadaşları bu araştırmanın sonucunda televizyon dramaları ile seyircilerin gündelik yaşamlarındaki “gerçeklik” kavramlaştırmaları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktı³²⁶. Gerbner’in bu kuramına göre televizyon izleme yoğunluğu arttıkça izleyicilerin gerçek dünya hakkındaki bilgileri de o denli yanıltıcı olmaktadır. Bu kuram, televizyonu sağlık, tıp ve hastalık konusunda inanç ve değerler oluşturmada anahtar role sahip görmektedir. Bunu oluşturmak için soap-operalarda nazik doktorlar, haber

³²² Tekinalp ve Uzun, s.123.

³²³ Jones ve Tilford, s.344.

³²⁴ Mutlu, s.226.

³²⁵ Jones ve Tilford, s.345.

³²⁶ Mutlu, s.236.

bültenlerinde mucize tedaviler ve yüksek teknolojik buluşlar vb. kullanılır, bunların hepsi insanların sağlık anlayışlarına ve tutumlarına katkıda bulunur³²⁷.

Televizyon dünyasının istikrarlı imajlarının tekrarlanmasına maruz kalma sonucunda, gerçek dünya hakkında inançlar ve beklentiler yaratılır. Örneğin çok televizyon seyredenler cinayetten daha çok korkarlar. Bireylerin sağlık ve sağlık profesyonelleri hakkında ne “öğrendiklerini” ve sağlıkla ilgili bir durumun gerçek dünyada oluşması durumunda nasıl davrandıklarını göstermeleri açısından etkilidir³²⁸.

Örneğin televizyonda yaşlı insanlar oldukça az temsil edilmektedir. Bu nedenle televizyon izleyicileri, yaşlıların nüfusunun normalin çok altında olduğuna inanır. Kültivasyon kuramı, eğlendirirken eğiten bir anlayışın benimsenmesini önerir. ABD’de uzun yıllar gösterimde kalan ve Türkiye’de de televizyonda ikinci kez gösterilmekte olan ER (Emergency Room) adlı dizi ile ilgili yapılan bir araştırma, hastalıklar, riskler, ilaçlar vs. gibi konularla ilgili olarak dizide verilen mesajların izleyici üzerinde etkili olduğunu, bilgi, tutum ve davranışları olumlu etkileyebildiğini ortaya koymuştur. İçeriğin öğrenme üzerindeki bu etkisi, potansiyel olumsuz mesajların da aynı olumlu olanlar gibi yayılabileceğini bize hatırlatmaktadır³²⁹.

4.4. Sağlık İletişimi Kampanyası Süreci

Medya, kamu sağlığı kampanyalarının yaşamsal bileşenidir. Medya ve sosyal sistemlerin, değişimi nasıl teşvik ettikleri ya da geciktirdikleri, çeşitli gruplar arasında sağlıkla ilgili uyumsuzluklar ve bunların nasıl azaltılabileceği noktasında kampanyalar bir köprü kurarak, bu gruplar arasındaki bilgi uçurumunu kapatabilirler³³⁰. Genel olarak iletişim kampanyalarının kamuya bilgi vermek, sağlığı kamunun gündemine yerleştirmek

³²⁷ Naidoo ve Wills, s.244.

³²⁸ Donohew, s.117.

³²⁹ Molly Ann Brodie ve Diğerleri., “Communicating Health Information Through the Entertainment Media”, *Health Affairs*, January-February 2001, s.1-5.

³³⁰ John Finnegan Jr., “Public Health Campaigns in the Age of Ubiquitous Media: Promise and Peril”, 14 November 2001, <http://obssr.od.nih.gov/soaring/finnegan.pdf>, (10 Eylül 2002), s.1.

ve yaşam biçimi ile ilgili davranışları değiştirmekte önemli bir rol oynadığında pek çok araştırmacı hem fikirdir³³¹.

Kitle iletişiminin kullanıldığı iki ana yol bulunmaktadır:

-planlı kampanya ve reklam: tüm sosyal sınıflardan geniş sayıda kişiye ve popülasyon gruplarına ulaşma avantajı vardır. Mesajlar, belirli amaçlarla buluşmak için geliştirilebilir ve hedeflenebilir.

-parasız tanıtım ve medyada savunuculuk: düşük maliyet ve büyük güvenilirlik avantajı vardır, mesajlar sağlık kuruluşlarınca doğrudan gönderiliyor olarak görülmez³³² (Bkz. İkinci Bölüm).

Kitle iletişiminin, kişileri belli bir davranışa yönlendirmede ya da belli bir davranıştan kaçınmaya ikna için kullanımı uzun yıllardan beri araştırma konusu olmuştur. İlk örneklerde insanları dişlerini fırçalamaya teşvik etmek için korku çağrışımı kullanılıyordu. Kitle iletişiminin etkisi ile ilgili erken dönem alan araştırmalarına bakıldığında, belli bir adayı desteklemeleri için insanları ikna etmeye yönelik örnekler görülmektedir (Lazarsfeld vd.). Uzun süre ikna araştırmaları, iletişim modellerinin alıcıları yüksek düzeyde rasyonel olduklarını varsaymaları gibi bulgulardan etkilenmiştir ve davranış değişikliğiyle ilgili kitle iletişiminin geniş oranda etkili olamadığı varsayılmıştır. Kamu sağlığı kampanyaları başarısızlıklarla doludur³³³.

Dikkat, algılama, anlama, depolama ve hatırlama; insan enformasyon sürecinin en büyük psikolojik durumudur. Ayrıca araştırmalar bütün bu sürecin yalnızca uyarıcı karakteristikleriyle değil, bireylerin psikolojik uyarılma düzeyleriyle de ilgili olduğunu

³³¹ Wallack, "Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge", s.43-44.

³³² Naidoo ve Wills, s.245-246.

³³³ Lewis Donohew, "Public Health Campaigns: Individual Message Strategies and a Model", Communication and Health: Systems and Applications, s.136.

göstermiştir. Uyarılma düzeyleri kişiden kişiye değişir, bu da dikkat sürecinin seçiminde önemlidir³³⁴.

Sağlık iletişimi kampanyaları, insanların sağlık risklerini tanımaları, kendi sağlıklarını geliştirmeleri, erken teşhis ve tedavi teknikleri ile ilgili bilgilere ulaşması ve sağlık riskini minimize etmeye yarayan uygun stratejileri uygulamasına yardımcı olur. Sağlık iletişimi kampanyaları sıklıkla çok çeşitli mesaj dizaynı stratejilerini ve farklı iletişim kanallarını kullanarak (kişilerarası danışma, destek grupları, workshoplar, gazete ve dergi makaleleri, billboardlar, radyo-TV programları, PSA'ler ve bilgisayar enformasyon sistemleri gibi), hedef kitlelere ilgili sağlık enformasyonunu iletirler³³⁵.

Rodman vd.'nın belirttiğine göre (1990) kitle iletişim programlarının geleneksel kamu sağlığı stratejileri üzerinde çeşitli avantajları vardır. Yapılan çalışmalar, hedef kitlenin seçilmiş de olsa yüksek risk grupları, düşük risk gruplarına oranla sağlığı geliştirme mesajlarına daha az maruz kalırlar ve mesajı unutmaları da daha az olasıdır.

Kitle iletişimi metoduyla kitlelere ulaşmak, popülasyona sağlık enformasyonu iletmek için nispeten en ucuz yoldur. "Kitle iletişiminin toplumun geniş bir kesiminin bilgisini ya da tutumunu eş zamanlı olarak değiştirebilecek potansiyele sahip olduğu söylenir, davranış değişikliği için bireysel olarak hedeflenen girişimlerle mümkün olmayan sosyal desteği sağlar". Bunlara rağmen medyanın davranış değişikliğindeki yaygın ve uzun süreli rolü, gereğinden fazla büyütülmüş olabilir. Bazı iletişim uzmanlarına göre, kitle iletişimi bilgiyi arttırırsa da tutumları ve davranışları değiştirmede etkisizdirler. Klapper'ın 1960'lardaki kitle iletişiminin etkileriyle ilgili klasik görüşü, kitle iletişiminin asıl etkisi kanaatin güçlendirilmesidir. Hedef kitlenin segmentasyonu yapılırken, uygun stratejiler belirlenmelidir, örneğin risk davranışlarının belirlenmesi, sigara içme, yaşam biçimi yaklaşımı ve tutum ya da davranış araştırmaları.

³³⁴ Donohew, s.140-141.

³³⁵ Kreps ve Thornton, s. 198-200.

Rose (1993), Prohaska'ya (1991) referans ile kitle iletişimindeki sağığı geliştirme kampanyalarının “tasarlama öncesi” ve “tasarlama” aşamalarıyla daha başarılı olduğunu ortaya koyar. Bu da bireyin henüz sağığısız davranışını değıştirmeyi düşünmediğı veya düşündüğündeki, ancak yakın gelecekte ya da birincil iş olarak düşünmediğı durumdur. “Ulaşılmaması daha güç” segmentler için hedef belirleme ve kimliklendirme daha önemli hale gelir. Böylece psikolojik faktörler olaya katılır, çünkü azalan ulaşılabilirlik, “hükümet organizasyonlarına güvensizlik, kadercilik duygusu ve zayıf bilişsel işleme becerilerinden” kaynaklanabilir. Bu da kapsayıcı araştırmalarla aşılabilir. Medyanın sağığı konularında kamusal tartışmaya katkısının karşısında medyanın reklam ve eğlence kanallarıyla doğru olmayan enformasyon kaynağı olması kamusal tartışma arenasını ticari çıkar yansıtmasıyla sınırlaması tartışılmaktadır. Medya, sağığı geliştirmenin sosyal ve politik faktörlerini tanımaz. Sağığı geliştirme ve sosyal değışim ve kamu politikası gelişmesi arasında bir bağ vardır³³⁶.

Halkla ilişkilerin ikna sürecinde oluşturduğu kampanyalar, sağığı iletişiminde de aynı iletişim stratejilerinin ve tekniklerinin kullanıldığı uygulamalardır. Kampanya sürecinin ele alınmasından önce bu terimin kökenine inmekte yarar görmekteyiz. Kampanya terimi Latince kökenlidir. Latince *campus* ve daha geç Latince'deki *campania* kelimesi “düz ülke” anlamına gelmektedir. Bu kelimeler eski Kuzey Fransızcasındaki *campagne* ve İngilizce *campaign* kelimelerinin öncülleridir. “Düz ülke” denilen yerler, çarpışmaların yapıldığı alanlardır. Antikite günlerinde kampanya; topografi ve zaman olarak belirlenmiş askeri bir müdahaledir. Çarpışmadan daha büyük ama savaştan daha küçük olan “kampanya” bir ya da iki yıl sürer, bu süre zarfında bölükler düz bir yerde konaklar; bir nehri, duvarların ardındaki bir şehri ya da bir limanı elde etmeyi amaçlarlar. Buraları ele geçirilmesi daha büyük bir savaş için stratejik önem taşır. Başarılı olunduğı takdirde bölükler kışlalara geri döner ve bu da kampanyanın bittiğinin sinyalidir. Terimin orijinal kullanımına halen rastlanmamaktadır ancak çağdaş olarak kampanya sürecinde askeri anlamına gönderme yapılmaktadır. Kamu sağığı bağlamında kampanya kelimesinin

³³⁶ Naidoo ve Wills, s.109-117.

kullanımıyla saldırgan imajların yaratılmasını ele alalım: Kamu sağlığı profesyonellerinin “orduları”; “gözetleme sistemleri”ni oluştururlar, bunlar “bilgi toplarlar” (formatif araştırmayla “istihbarat”), “amaçları belirlerler”, “strateji ve taktikler” kullanırlar, “mesaj iletirler”, hedefleri çok iyi “saptarlar”, “sihirli mermiler” kullanırlar, “savunmaları bertaraf” ederler vs.

Devlet başkanları (ki aynı zamanda pek çok ülkede başkomutandırlar); bazı sosyal problemlerle ilgili, AIDS’e ya da uyuşturucuya karşı savaş başlatırlar. Sağlık kampanyalarını hazırlayanlar tartışmacı, savaşçı insanlar demek değildir, ya da kişilere yönelik “askeri metaforları bilinçli kullanıyorlar” demek de değildir. Kampanya, uzun, iyi tasarlanmış, saygı duyulan bir mirastır; barışçıl, gelişmeci bir sosyal değişim sağlama aracı ve aynı zamanda da kamu sağlığı ve refahını geliştirmek için bir araçtır. Rogers ve Storey (1987) iletişim kampanyalarını 11 tanımlama altında toplamışlardır. Bu tanımlar, dört ögeye indirilebilir:

- bir kampanya belirli sonuçları ve etkileri üretme eğilimindedir
- nispeten geniş popülasyonlara yöneliktir
- genellikle belirli bir zaman aralığında yürütülür
- organize edenler iletişim aktivitelerinden yararlanırlar.

Yine Rogers ve Storey’e göre, kampanyanın özü, geniş kitlelerde belirli sonuçlara ulaşmak için sistematik yaklaşımı gerektirir. Başarılı sağlık kampanyalarını planlamak ve uygulamak için sistematik yaklaşım; kampanyayı planlayanların durumsal bir analiz yapmalarını, pragmatik stratejik bir plan geliştirmelerini ve mesajları da etkili bir medya kampanyasının ilkeleri olarak yaratmalarını gerektirmektedir³³⁷.

³³⁷ Charles T. Salmon ve Charles Atkin, “Using Media Campaigns for Health Promotion”, *Handbook of Health Communication*, s.449-450.

Kampanyaların pek çok tanımı vardır. Kamu sağığına uygulanan iletişim kampanyaları, çeşitli operasyonları ve kanalları kullanan, halk kitlelerine ya da hedef kitlelere ulaşmayı amaçlayan, uzun süreli, amacı açıkça belli olan bütünleşik iletişim aktiviteleri serileri olarak tanımlanabilir (hedef yoğun ve ölçülebilir olmalıdır). Pek çok benzerlikleri olmasına rağmen, herhangi bir ürünü pazarlamaya, tanıtmaya yönelik (reklam ya da ürün PR'ı) kampanyalarla sağıık kampanyaları bazı boyutlarıyla birbirinden ayrılırlar. Bu boyutlar şöyle açıklanabilir:

-beklenen değıışimin tipi: pek çok sağıık kampanyası belli davranışları değııştirmeyi amaçlar, buna karşılık ürün kampanyalarının çoğı var olan eğilimleri hareketlendirmeye çalışır, örneğın marka değıışiklikleri gibi. Tabii ki bazı reklamlar yeni pazarlar yaratmaya çalışırlar.

-beklenen değıışimin miktarı: sağıık kampanyaları geniş bir popölasyonu geniş bir şekilde değııştirir. Ürün kampanyaları, pazar payında genellikle küçük kitlelere ulaşmakla tatmin olurlar.

-vaadedilen faydaların zaman çerçevesi: sağıık kampanyaları hedef kitlelerinden ertelenmiş istatistiksel olasılıklar için beklemelerini ister. Hastalığın azalması ya da biraz daha yaşam süresi gibi. Ürün kampanyası yürütenler ise anında kesinlik ve tatmin vaadederler.

-ürünün tanıtımı: reklamcılar ürünlerini abartılı şekilde süsleyebilirler, belli miktardaki hayal kırıklığı izleyenlerce kabul edilebilir (belli bir Scotch viskinin içilmesiyle sosyal başarının sağılanabileceğini gösteren reklamlar gibi). Öte yandan sağıık kampanyaları bir davranışın faydalarının (ya da bir tedavinin) aşırı "satış"ını yapmaktan kaçınırlar.

-uygun bütçeler: ticari reklamcılar genellikle büyük bütçeleri vardır, sağıık kampanyaları ise göreceli daha küçük bütçelerle çalışırlar.

-güvenilirlik: insanlar genellikle reklama güvenmezler, hatta reklam tarafından etkilenmiş olsalar dahi. Sağıık kampanyalarının hükümet sponsorluğunda yapılanlarına az da olsa kuşkuyla yaklaşılsa dahi güvensizlik yaratmazlar.

-değerlendirme düzeyi olarak: reklamcılar kampanyadan önce formatif araştırma üzerinde dururlar. Pek çok sağlık kampanyası halen değerlendirmeye açık değildir³³⁸.

Halkla ilişkiler teorisyenlerince geliştirilen ve “Halkla İlişkilerde Dört Adım Süreci” olarak adlandırılan; Araştırma, Planlama, Aksiyon ve İletişim ve Değerlendirme süreçleri³³⁹, halkla ilişkilerle aynı araç ve yöntemleri kullanan sağlık iletişimi kampanyalarının da evrelerini oluşturmaktadır.

Sağlık iletişimi kampanyası sürecini yukarıdaki 4 ana süreçte, 12 adımda gerçekleştirmek mümkündür:

1. Adım-Başlangıç: Kampanyanın yöneleceği sağlık konusunun tanımlanması (örn. cilt kanseri, HIVAIDS vs.), kampanyanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli kaynakların değerlendirilmesi (finans, insan, zaman vs.) ve öncelikli sağlık konularının ana hatlarının tesbitinden oluşan üç aktiviteden oluşmaktadır.
2. Adım-Bir Sağlığı Geliştirme Stratejisinin Geliştirilmesi: Amaçların ve hedeflerin saptanması, kampanyanın hedef kitlesinin belirlenmesi, yöntemlerin belirlenmesi (örn. PSA) ve iletişim kampanyası için değerlendirmenin planlanması.
3. Adım-Hedef Kitlenin Analizi ve Segmentasyonu: Hedef kitlenin analizi; hedef kitlenin ihtiyaçlarının ve bu ihtiyaçlara seslenebilmek için algılanan maliyetlerin ve yararların tesbitidir. Hedef kitle segmentasyonu ise, sağlık iletişimi kampanyasını yürütenlerin birincil hedef kitlenin alt-gruplarının tanımlanması sürecidir. Böylelikle bu alt-grupların ihtiyaçlarına cevap verebilmek için mesajlar ve programlar geliştirebilmeleri mümkün olmaktadır.
4. Adım-İletişim Kaynaklarının Envanterinin Çıkarılması: Kampanyada kullanılabilecek her türlü kaynağın (finansal vs.) envanterinin çıkarılması.

³³⁸ Brian R. Flay ve Dee Burton, “Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns”, *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, s.132-146.

³³⁹ Halkla ilişkiler süreci ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Balta Peltekoğlu, s.150-162.

5. Adım-İletişim Amaçlarının Belirlenmesi: Kampanyanın neyi başarmak istediğinin belirlenmesi.
6. Adım-İletişim Kampanyası için Kanalların ve Yöntemlerin Seçimi: Kanallar, mesajların iletileceği araçlardır (örn. radyo), yöntemler ise kanallarda kullanılacak mesajların iletmesinde kullanılan spesifik formatlardır.
7. Adım-Kampanya Aktivitelerinin Sıralanması: İletişim planının hazırlanması. Bu plan zaman çizelgesini, ana sağlık iletişimi aktivitelerini ve nasıl iletileceklerini içermektedir.
8. Adım-Kampanya Mesajlarının Geliştirilmesi: Mesaj, kampanyanın iletildiği enformasyondur ve bu adımda mesaj sstratejilerinden yararlanır.
9. Adım-Kampanyanın Kimliğinin Geliştirilmesi: Kampanyanın yansıttığı “imaj”ın geliştirilmesi.
10. Adım-Kampanya Materyalinin Geliştirilmesi: Kampanyada kullanılacak her türlü (yazılı, görsel-işitsel vs.) malzemenin hazırlanması.
11. Adım-İletişim Kampanyasının Yürütülmesi: Planlamayı yapanlar ve birincil hedef kitlenin üyeleri birlikte kampanyanın iletmesi, test edilmesi ve tekrardan planlanması için birarada çalışırlar.
12. Adım-İletişim Kampanyasının Değerlendirilmesi: Kampanyanın etkisinin ölçülmesi ve diğer grupların benzer kampanyalar yürütebilmeleri için katedilen mesafenin ölçümlendirilmesi³⁴⁰.

Buna göre 1. ve 2. evreler halkla ilişkiler sürecindeki “Araştırma”, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. evreler “Planlama” evresini, 11. evre “Aksiyon ve İletişim” evresini ve 12. evre de “Değerlendirme” evresini oluşturmaktadır. Şimdi bu evrelerin oluşturulmasını ve özelliklerini ayrıntılarıyla ele alalım.

³⁴⁰ “An Overview of Health Communication and Community Mobilization Strategies”, University of Toronto, The Health Communication Unit, <http://www.utoronto.ca>, (22.11.2002), s.2-3.

4.4.1. Araştırma Evresi

Kampanyanın ilk evresi, sağlık statüsünü geliştirmek için hangi insanlara, hangi eylemlerin uygulandığını belirlemek için sağlık probleminin davranışsal durumlarını analiz etmektir. Mesajları dizayn edenler, nüfusun sağlıkla ilgili uygulamaları değiştirilecek olan odaksal segmentleri belirlemelidirler³⁴¹.

Araştırma evresinde hangi sağlık sorununun ele alınacağı, bu sağlık sorunundan kimlerin nasıl etkilendikleri, bu kişilerin sorunun kendilerini etkileyeceğinin farkında olup olmadığı, soruna kimlerin ilgi duyduğu, sorunla ilgili olarak medya ya da diğer kuruluşların herhangi bir çabalarının olup olmadığı sorularına cevap aranmalıdır³⁴². Bu amaçla formel ve informel araştırmalardan yararlanılabilir. Etkili kampanya dizaynı genellikle formatif değerlendirme girdilerine ihtiyaç gösterir. Kampanyanın geliştirilmesinin erken evrelerinde, kampanyayı dizayn edenler odaksal segmentler ve kişilerarası etkileyiciler hakkında arka plan enformasyonlar toplamalı, istatistiksel veri tabanları ve müşteri araştırmalarını kullanarak hedef kitlenin özellikleri hakkında bilgi edinilmeli (örneğin konu hakkında şimdiye dek bildikleri neler, hangi değerlere ve tutumlara sahip, hangi sağlık davranışlarında bulunuyor?). Kanal kullanım biçimleri, biçimsel tercihler ve gelecekteki çağrılarının değerlendirilmesi de bunu izlemelidir³⁴³.

Bu doğrultuda formel araştırma için kütüphaneler, DİE, devlet kuruluşları, sağlıkla ilgili STK'lar, reklam ajansları, medya, ticaret odaları veri sağlamada kullanılabilir. Informel araştırmalar için de focus gruplardan vs. veri elde edilebilir (bkz. 1. Bölüm). Kalitatif ya da kantitatif (veya her ikisi birden) araştırma böylece tamamlanır ve sağlık iletişimi stratejisi belirlenir.

³⁴¹ Salmon ve Atkin, s.451.

³⁴² "The Health Communication Process Summaries",

http://rex.nci.nih.gov/NCI_Pub_Interrace/HCPW/OVER.HTM, (12.01.2000), s.6.

³⁴³ Salmon ve Atkin, s.451.

4.4.2. Planlama Evresi

Araştırmadan sonraki adım, odaksal davranışların izini takip etmektir. Bunu da çok yakın ve çok uzak belirleyicileri saptayarak, daha sonra da tutumlar, inançlar, bilgiler, sosyal etkiler ve çevresel faktörlerden hareketle etki yollarının modellerini yaratmak izler. Çoğunlukla model, sağlık konusuna göre farklılık gösterir ve odaksal davranışlar ve popülasyon segmentlerine göre değişiklik gösterir. Daha sonraki adım, modeli bir iletişim perspektifinden değerlendirmektir. Belirlenen hedef kitleler ve tepkiler, kampanya mesajlarıyla doğrudan etkilenebilir. Sağlık iletişimi kampanyası, en umut verici yolları harekete geçirmek için dizayn edilebilir. Bu da kampanyayı hazırlayanın manipüle edeceği sayısız stratejik bileşenin birleştirilmesi için çok ayrıntılı bir plan ister. Planın formüle edilmesinde kampanyanın stratejisini belirleyenler gelecekteki yolları, odaksal davranışları, mesaj tipleri, kanalları ve iletilme seçenekleri arasında kaynak dağıtımına karar verme gibi basit kararlarla karşı karşıya gelir. Kampanya belli başlı davranışları değiştirmeye mi çalışmalı, yoksa daha az önemli davranışları hedef almalı? En dirençli ve en alıcı segmentler, kampanya çabasının yoğunlaştığı noktalar mı olmalıdır? Kaynaklar hangi oranda kullanılmalıdır? Hangi etkileyiciler hedeflenmelidir? Dikkat çeken, bilgi veren ve ikna edici mesajların optimum kombinasyonu nedir? Kaç tane mesaj sağlıklı davranışa saldırmalı ve kaç sağlıklı davranış geliştirmelidir? Pahalı TV kanallarıyla mı, mini-medya ile mi iletmek daha etkilidir? Kampanya mesajları belli bir zamana sığdırılarak mı, yoksa zamana yayılmış olarak mı programlanmalıdır? Stratejistler hedef kitlenin kampanya mesajlarına tepkilerini tahmin edebilmelidir. Mesajlara maruz kalma, hem ilk adımı, hem de kampanya mesajlarına dikkatin derecesini içerir. İşleme süreci ise zihinsel kavrayışı yorumlayıcı algıları, kampanyadan önceki ve kampanya anındaki yorumları içerir. Hedef kitlenin yatkınlıkları, bu tepkilerin belirlenmesinde önemli rol oynar. Genel prensiplerin uygulanabilirliği spesifik bağlama, özellikle de etkilenecek hedef kitlenin tipine ve söz konusu ürünün tipine bağlıdır³⁴⁴.

³⁴⁴ Salmon ve Atkin, s.451.

4.4.2.1. Hedef Kitle Segmentasyonu ve Mesaj Stratejisi

Planlamanın en can alıcı noktasını hedef kitlenin segmentlere ayrılması ve mesaj stratejisinin belirlenmesi oluşturur. Tipik bir sağlık kampanyası popülasyonu bir düzine boyuta böler (örn. yaş, cinsiyet, etnik köken, değişim evresi, duyarlılık, kendine yardım, değerler, kişilik özellikleri ve sosyal bağlam), bunların hepsinin de farklı düzeyleri bulunmaktadır. Bunlar da binlerce alt gruba bölünerek her biri ayrı bir hedef kitle olarak seçilebilir. Segmentasyonun iki büyük avantajı vardır. İlki, mesajın etkisi arttırılabilir. Eğer hedef kitlenin alt kümeleri önemlerine göre (kim en çok değişime ihtiyaç göstermektedir?) ve de algılamasına göre (kim daha çok etkilenmiş görülüyor?) ele alınırsa bu etki artabilir. İkincisi etki; mesaj içeriği, biçim ve stili farklı alt kümelerin özelliklerine ve yatkınlıklarına göre biçimlenirse arttırılabilir.

Medyadaki sağlık kampanyalarında üç temel yaklaşım vardır: İlkinde mesajlar davranışı değiştirilecek odaksal segmenti doğrudan hedefler. İkincisi kampanya, İki Aşamalı Akış Kuramı'nı kullanarak, odaksal bireyleri etkileme durumundakileri etkilemeyi hedefler. Üçüncü yaklaşım ise çevreyi değiştirmeyi hedefler, bireylerin sağlık davranışlarını biçimlendirmede de etkili olan politika yapan kişileri etkiler. Sağlık problemlerinin doğası, etkilenecek odaksal segmentin geniş parametrelerini belirler (örn. uyuşturucuya karşı kampanyada gençler, meme kanserinde orta yaşlı kadınlar). Maksimum iletişim etkisini başarmak için kampanyayı hazırlayanlar, en kolay hedefleri tek tek vururlar. Kampanya en büyük etkiyi zaten mesajı almaya hazır insanlara ulaşarak yapar (örn. günde beş öğün meyve-sebze tüketimi, diyet yapanlara uygundur, eskiden sigara içenlere sigara içmeme davranışını yerleştirmek gibi). Daha önemli fakat daha az alıcı hedef, henüz sağlıklı davranışta bulunmamış ancak arka planları yakın gelecekte "risk altında" olanlardır (örn. asi gençlerin uyuşturucu kullanmalarını önleme, arkadaşları uyuşturucu kullanan ve tehlike arayan erkek çocuklar). Öte yandan sağlıklı davranışta bulunanlar doğrudan kendilerini hedefleyen kampanyalardan kolaylıkla etkilenmezler, bu nedenle daha fazla kaynak yatırımı gereklidir. Kampanyayı hazırlayanlar diğer demografik,

sosyal ve psikolojik kökenli alt grupları da hesaba katmalıdırlar (yüksek ve düşük gelir grupları ya da heyecan arayanları, heyecan aramayanları vs.).

Sağlık arenasında odaksal davranış genellikle spesifik bir uygulama ya da soyut aksiyondur. İki temel yaklaşım, sağlıklı davranışı geliştirmek (örn. “uyuşturucusuz bir yaşamdan zevk al”) ya da sağlıksız davranışı azaltmak ya da önlemek (örn. “uyuşturucu kullanma”). Bazı konular için istenilen uygulamaların geliştirilmesi daha iyi işler (örn. alkollüyken eve sağ salım dönmek için gönüllü sürücü fikrini geliştirmek, uyuşturucu kullanmamayı çekici kılmaktan daha kolaydır) ve olumsuz olarak yönlendirilen önleme yaklaşımı, zararlı etkilerin daha tehlikeli olduğu konularda daha güçlüdür.

Önleyici kampanya mesajları rekabet edecek pozitif alternatifleri sunmaktansa öncelikle sağlıksız davranışın kötü sonuçları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Özellikle de uyuşturucu ya da tütün gibi maddelerin kullanımında durum böyledir. Sağlık iletişimi uzmanları rekabete saldırırlar (yasal haklardan yoksun davranışı uygulamak için korkunç sonuçları tehdit ederek). Tehdit iyi bir biçimde yapılırsa etkili olabilir. Daha yumuşak taktik, sağlıksız davranışın algılanan yararlarını önceden düşündürmektir. Odaksal bir segmente doğrudan pozitif bir ürün sunulan kampanyalarda, benimsenme için açıkça önerilebilecek olası hedeflerin tepkilerinin süreci vardır. Bu eylemler, hedef kitlenin kabul edebilirliğine göre değişir. Davranışı gerçekleştirmek ve maddi harcamayı sağlamak için çaba ve fedakârlık gerektirir. Bu engelin üstesinden daha az harcama gerektiren, daha “yumuşak” ürünle gelinebilir. Ürünler, önerilen eylemlerin daha çekici kılınması için bu şekilde “paketlenmeli”dir. Önleme kampanyalarında pozitif ürünün aslında “hiç bir şey” olduğu durumlarda en büyük meydan okumadır. Yaratıcı etiketleme ve paketleme “kullanmamayı” satmak için gereklidir. “Uyuşturucusuz yaşam biçimi” gibi terminoloji; alkol, tütün ve uyuşturucu alanlarında yeterince etkili değildir. Onun yerine bazı mesajlar (örn. AIDS’e karşı kırmızı kurdele takmak) ya da “diyet”in sınırlı şekilleri (örn. bir hafta uyuşturucu kullanmama, bir dahaki kullanıma kadar) ön davranış açısından daha etkilidir. Ayrıca farkındalık, bilme, imajlar, beklentiler, belirgin öncelikler, değerler ve tutumlar gibi hedeflenebilecek orta seviyede bir çok tepki vardır.

Kampanyalar, odaksal davranışa giden yolda anahtar değişkenleri değiştirmeye çalışabilir. Diğer tepki çeşitleri, kampanyaların etkileyiciler ve sosyal politika yapanları hedeflemesi esnasında ortaya çıkar. Kampanyalar hedef kitleyi istenilen tepkiye yönleltmek için üç temel iletişim sürecini kullanırlar: farkındalık sağlama, eğitme ve ikna. Farkındalık sağlama ile ilgili mesajlar, insanları ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirir, ne yapılması gerektiğini belirtir ve ne zaman ve nerede yapılması gerektiği ile ilgili işaretler sağlar³⁴⁵.

Eğitici mesajlara gelince, bu tür mesajlar “nasıl yapmalı” enformasyonu içerirler. Kampanyada aynı zamanda hedef kitlenin neden savunuculuğu yapılan eylemi benimsemesi ya da belirlenen sağlıklı davranıştan kaçınması gerektiği ile ilgili ikna edici nedenleri içeren mesajlara da ihtiyaç vardır. Klasik şıkta, tutum kreasyonu ya da değişimi gerekir, genellikle de bilgi edinme ve inanç formasyonu yoluyla sağlanır. Eğilimi olan hedef kitlelerde kampanya ikna edici olur: pozitif bir tutum güçlendirilir, daha sonra göstereceği davranış sağlamlaştırılır ve zaman içinde davranışsal sürdürme motive edilir. Bu üç tip mesajda ilgili etki, kampanyanın farklı noktalarında değişiklik gösterecektir ve farklı hedef kitleler için çünkü etki edilecek patikalar hedef kitlenin var olan bilgi ve tutum şekillerine bağlıdır.

İkna edici mesaj stratejileri geliştirmeyi ele alırsak, kampanyaların ana ögesi bireysel mesajların içerik, biçim ve anlatımıdır (stili). Sofistike mesaj dizaynı sağlam malzemenin stratejik seçimi, mesaj öğelerinin mekanik inşası ve anlatımsal özelliklerinin yaratıcı uygulanışını içerir. Güdüler, ikna edici mesajların merkezindedir. Etkiyi arttırmak için pek çok ilave mesaj özellikleri vardır. Güvenilirlik; mesaj içeriğinin doğru ve geçerli olduğuna inanılmasının ölçüsüdür. Öncelikle kaynağın güvenilirliği ve uzmanlığı ve kanıtın ikna edici tedariki ile sevk edilir. Biçim ve fikirler cazip olmalıdır. Yüzeysel olarak çekici ve eğlendirici (ve de daha az beğenilen özellikler; durdurucu ve canlandırıcıdır) anlamsal özellikler kullanılarak cazip kılınabilirler. Sağlam içerik, ilginç, düşünsel olarak uyarıcı veya duygusal olarak canlandırıcıdır. Davranışı etkilemek için sunum; alıcıların öneriye

³⁴⁵ Salmon ve Atkin, s.453-455.

bakışına ve ihtiyaçlarına uygun olabilmesi için kişisel olarak kapsayıcı ve alâkalı olmalıdır. Mesajın anlaşılabilirliği, alıcının öğrenmesine yardımcı bulunur. Diğer bir deyişle mesajın sunumu basit, açıklayıcı, yeterli ölçüde detaylı, kapsamlı ve anlaşılabilir olmalıdır³⁴⁶.

Mesaj stratejisinde, yukarıda bahsettiğimiz (bkz. 4.2) davranışsal ve kuramsal modellerden yararlanılır. “Ulaşılması güç” olarak tanımlanan bu hedef kitlelerin kadercilik, enformasyonu anlama becerisine sahip olmaması, sınırlı iletişim kanalları ve baskın kaynağa karşı güvensizlik (kimi zaman devlete karşı) gibi özelliklerine göre mesaj stratejileri geliştirilmelidir³⁴⁷. Sağlık iletişimi kampanyalarını hazırlayanların hedef kitlelerin kültürel özelliklerini tanıyan, onların kullandıkları dili dikkate alan, medyanın özelliklerini ve alışkanlıklarını bilmeleri gerekmektedir. Sağlık enformasyonunun ve sağlığı geliştirmeye yönelik materyallerin doğrudan tercümesinden kaçınılmalıdır. Hedef kitle merkezli perspektif; kişilerin günlük yaşamlarını ve gündelik uğraşlarını, tutumlarını ve inançlarını, yaşam biçimlerini yansıtır. Hedef kitleye ait bazı özelliklerin arasında toplumsal cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi, etnik köken, cinsiyet eğilimi, kültürel inançlar ve değerler, ana dil (ler), fiziksel ve zihinsel işlevler yer almaktadır. Bunlara ek olarak hedef kitlenin sağlık hizmetleriyle ilgili tecrübeleri, farklı sağlık sorunlarına karşı tutumları, belirli sağlık hizmetini kullanmaya yönelik istekli olmaları da dikkate alınır. Nüfusun belirli bir katmanını hedeflemek ve kişisel kullanıma yönelik mesajlar dizayn etmek; ilgili hedef kitleye yönelik sağlığı geliştirme aktiviteleri hazırlamakta kullanılan iki yöntemdir. Örneğin yetişkin genç kızlarda artan sigara içme oranına karşı, medya mesajlarının hedefe uygun şekilde kullanımını ya da farklı ana dilleri olanlar için telefonla AIDS enformasyonu ve danışma, referans hizmetlerinin verilmesini burada saymak mümkündür. Araştırmalar, hedef kitleye yönelik sağlık iletişimi girişimlerinden sonra bile düşük eğitim ve gelire sahip olanlardan çok daha az bilgiye sahip olduklarını ve daha az oranda davranış değiştirdiklerini ortaya koymuştur. Bu durum da bilgi uçurumuna neden olur ve bazı kişileri “kronik” şekilde bilgisiz bırakır. Enformasyon ve hizmetlere ulaşmakta

³⁴⁶ Salmon ve Atkin, s.454-455.

³⁴⁷ Vicki S. Freimuth, “Mass Media Strategies and Channels: A Review of the Use of Media in Breast and Cervical Cancer Screening Program”, *Wellness Perspectives*, Vol.11, Issue.2, Winter 1995, s.79.

bile ne yazık ki farklılıklar yine de vardır çünkü pek çok insan sağlık bilincine sahip değildir. Sağlık bilinci karmaşık sağlık sistemlerini idarede yardımcı olmakta ve bireylerin kendi sağlıklarını daha iyi idare etmekte gittikçe daha yaşamsal olmaktadır. Kişisel sağlıkla ilgili materyali okuma ve anlama yetisindeki ve aynı zamanda da sağlık sisteminin idaresindeki farklılıklara katkıda bulunduğu görülmektedir. Düşük sağlık bilincine sahip olanların sağlık sorunlarını anlama ve çözmede başarısız oldukları görülmektedir. Çok düşük sağlık bilincine sahip bireylerin yıllık tedavi giderleri genel nüfusun dört katı daha fazla olabilir³⁴⁸.

Planlama evresinde zamanlama ve bütçeleme de çok önemlidir. Hangi mesajların ne zaman, hangi kanalla ve ne sıklıkla iletileceği, ne kadarlık bir bütçeye gereksinim duyulacağı ayrıntılı çizelgelerle ortaya konulmalıdır³⁴⁹.

4.4.3. Aksiyon ve İletişim Evresi

Aksiyon ve iletişim evresinde hazırlanan mesajlar, ön-teste tabi tutulurlar (*pretesting*). Bu amaçla kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemlerinden yararlanılır. Ön-test sonucu elde edilen verilere göre mesajlar yeniden gözden geçirilir, tekrardan planlanır ve hedef kitlelere iletilir.

4.4.3.1. Güdü Çağrışımları

İletişim kampanyaları hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır, ancak sağlıkla ilgili etkili kampanyalar tasarlamak güç bir iştir. Arkin'in belirttiği gibi "sağlık enformasyonu sıklıkla karmaşık ve tekniktir. Üstelik de bu enformasyon sonucu olmayan, ihtilâflı, aykırı olabilir ve yeni araştırma bulguları açıklandığında değişmek durumundadır". Ayrıca iletişim uzmanları, kampanyalarında insanlardan konforlu alışkanlıklarından vazgeçmelerini isterler. Örneğin hedef kitleden

³⁴⁸ Healthy People 2010, s.7.

³⁴⁹ Planlama ve bütçeleme ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. "The Health Communication Process Summaries", http://rex.nci.nih.gov/NCI_Pub_Interrace/HCPW/OVER.HTM, (12.01.2000).

yağlı gıdalardan uzak durmasını, sigarayı bırakmasını isteyen mesajları ele alalım: “Yalnızca Hayır De”, “Aklını Kullan, Hiç Başlama” gibi.

Sağlıklı olmayan alışkanlıklarla ilgili olarak hazırlanan mesajlarda iki strateji kullanılır: korku duyusuna seslenme ve olgunun doğrudan sunumu. AIDS ile ilgili olarak ABD’de son zamanlarda hazırlanan PSA’lerin içerik analizi; ¼’ünün korku çağrışımı kullandığını, kişilerin risk taşıyan davranışlarını değiştirmelerini hedeflediğini ve yarısının da duygusal olarak nötr olduğunu ve olguların doğrudan sunumunun kullanıldığını ortaya koymaktadır.

Sağlık iletişimi kampanyalarının tersine, sağlıkla ilgili “ticari” reklamlar negatif etkiden ve rasyonel taleplerden kaçınır ve bunun yerine mesajlarını hayatın pozitif yanı üzerinde yoğunlaştırır. (Pozitif duygulara seslenen reklamlar ürüne de olumlu yaklaşıma neden olur ve mesaja itaat daha fazla olur).

Etki, duygu ve heyecanla ilgili genel bir terimdir. Teorisyenler “etki” terimini, öznel duygu bileşeni içeren mesajlar ve tepkiler için kullanırlar. Duygu ya da heyecan gibi daha spesifik terimler etkinin yoğunluğu ve yaygınlaşması ile tanımlanır. Pozitif duygular göreceli olarak hafif öznel tepkilerdir, cazibe ve beğeni gibi özellikle hoş olanlar söz konusudur. Bu duygulara “mood” (ruh hali) denilir, eğer global, belirgin olmayan duygusal olayları etkileyen genel duygusal olaylara aitse “mood”dan söz edilebilir. Heyecanlar ise daha az yoğun ve “mood”a göre daha kısa sürerler. Ayrıca heyecanların fiziksel olduğu kadar zihinsel belirtileri de vardır.

İki mesaj formu vardır: duygusal fayda çağrısı ve heuristic (araştırmaya yönettici) çağrı: ilkinde hem etki hem de rasyonel elemanlar vardır, ikincisinde ise birincil olarak etkiye bel bağlanmıştır. Geleneksel olarak mesajlar ya rasyonel ya da etkiseldir. Örneğin olguların doğrudan aktarımı rasyonel çağrılarla gözümüzde canlandırılmaktaydı, buna karşın korku ile yapılan çağrılar duygusal tepki amacıyla yapılmıyordu. Yakın zamanda yapılan analizlerde mesajların çoğunun hem rasyonel hem de etkisel çağrıda bulunduğu görülmektedir. Hem etkisel hem de rasyonel öğeler içeren mesajlar duygusal yarar çağrısı

olarak adlandırılırlar; hastalığı yenenlerle ilgili kampanyalar (aynı gruptan insanlar yoluyla ikna), ünlülerin rol aldığı kampanyalar (güvenilirlik yoluyla ikna) ve korku çağrısını kullanan kimi kampanyalar (korku, sakatlık, kötülük yoluyla ikna) bunlara örnek verilebilir.

Duygusal yarar çağrısının alıcılarının mesajla uyum içerisinde olmaları gerekmektedir. Sağlıklı insanları eğlenceli aktivitelerde gösteren bir kampanyanın mesajı örneğin “daha fazla meyve ve sebze yiyerek uzun ve sağlıklı yaşa” olabilir. Araştırmaya yönelten çağrılarda daha dolaylı yaklaşım kullanılır. Hedef kitlenin zamanı, becerileri ya da motivasyonu yoktur. “Ürün” hakkında izleyicinin kendisini iy hissetmesini sağlar. Kampanyada müzik, sanat vs. kullanılarak pozitif imaj ya da uygun “mood” sağlanmaya çalışılır³⁵⁰. Duygusal çağrılar hedef kitlenin savunma mekanizmasını alt etmede daha güçlü olabilmektedir çünkü insanlar duygusal mesajlara oranla daha çok dikkat ederler. Kişinin duyguları sıklıkla seçici bir filtre gibi çalışır. PSA’lerin eğlendiren, oyalayan, mizahı ya da dramatizasyonu kullananlarının, rasyonel mesajlara göre seçici algılama ve seçici hatırlama gibi engelleri aşmada daha başarılı olduğu görülmektedir. Araştırmaya yönelten çağrılarda görsel tasarımlar, iyi görünümülü sözcükler, popüler şarkı gibi unsurların kullanılması dikkat çekmede önemlidir. Hedef kitle, kendini verilmek istenen ipuçlarını düşünmek zorunda hissetmez, pozitif etki anında sağlanır. Pozitif etki, kendilerinin kampanyaya yakın olduğunu düşünen kimselere yöneltmekte özellikle ilgi çekmede kullanılabilir. Bu durumda kişiler yeni enformasyona dikkat göstermezler çünkü zaten bilmeleri gereken her şeyi bildiklerini hissederler. Mizahın ya da sıcak ve dokunaklı durumların kullanılması, daha önceden konuyu bilenler için özellikle etkili olmaktadır. Bazı durumlarda pozitif etki büyük çaplı bir algılamaya neden olmayabilir. Özellikle de kişilerin tehdit edildiği durumlarda pozitif etkinin kullanılması, mesajın algılanmamasına neden olur, bu durum da kaçınma davranışıyla sonuçlanır³⁵¹.

Sağlık iletişiminde mesajlar oluşturulurken araştırmacılar, uygulamacılar kuramsal yaklaşımları ne olursa olsun, mesajların hedef kitle üzerinde etkili olmasına çalışır

³⁵⁰ Edward Maibach ve Louiselle Parrott, *Designing Health Messages: Approaches From Communication Theory and Public Health Practice*, California: Sage Publications, 1995, s.81-82.

³⁵¹ Maibach, s.84-85.

(farkındalık, tutum, kanaat ve/veya davranış değişikliğine çalışmak gibi). Mesajlar, hedef kitlenin ihtiyaçlarına ve ilgisine göre hazırlanmış olmalıdır. Hedef kitleler hakkındaki enformasyon kalitatif ve kantitatif yöntemlerle elde edilir. Kimi zaman yetersiz kaynak ya da hedef kitleye doğrudan ulaşamama gibi nedenlerle ikincil kaynaklara; yani daha önceden yayınlanmış ya da yayınlanmamış çalışmalara, önceki araştırmaların yeniden analizine ve arşiv analizlerine başvurulur. Bu yaklaşımların sınırlılığı, önceki çalışmaların iletişim programlarını oluşturanlar açısından birincil anlamda az ilgili olabilir ve hedef kitleyi uygun biçimde tanımlamaya gerekli olan önemli bir enformasyon açığını içerebilir. Bu gibi durumlarda programı hazırlayanlara üç seçenek kalır: eksik enformasyonu kendileri doldurmak, sorularını yöneltebilmek için hedef kitleye yönelik birincil araştırma yürütmek veya mesajı biçimlendirmeden programı hazırlamak.

Güdü çağrışımlarıyla ilgili olarak pek çok araştırmaya konu olmuş bir örnek olan “5 A Day” (Günde Beş Öğün) Kampanyasını ele alalım. 1988 yılında ABD’de National Cancer Institute (NCI-Ulusal Kanser Enstitüsü) bağlı California Department of Health Services tarafından kamu sağlığı grupları ve özel sektör arasında ortak bir programla ödül kazanmıştır. California’da 1800’den fazla süpermarketi temsilen 17 büyük süpermarket zinciri seçildi. Kampanya başarı kazanınca 1991’de NCI ve meyve-sebze endüstrisi arasında ulusal bir işbirliğine gidilmiştir. Program, süpermarketlerde POP’lar (point-of-purchase), endüstrinin promosyon desteği ve ulusal medya kampanyasından oluşmaktaydı. Bağımsız, kâr amacı gütmeyen ve tüketicinin eğitime yönelik ve meyve-sebze endüstrisinden gelen 120 üyeli bir kuruluş olan PFBH (Produce for Better Health-Daha İyi Sağlık İçin Üretim) da bu kampanyada önemli bir role sahipti.

5 A Day kampanyasının amacı Amerikalıları meyve ve sebzenin sağlıklarını nasıl olumlu etkileyebileceği ve bu yiyeceklerin kanser riskini nasıl azaltabileceği hakkında farkındalık yaratarak, meyve-sebze tüketimini arttırmaktı. Program günde yalnız beş öğün meyve-sebze yemeyi değil, aynı zamanda da meyve-sebzenin diyetlerde kolay ve pratik kullanılma yollarını da sunmaktaydı. Bu kamu sağlığı programında diyet ve bazı kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran federal bilimsel kurumların raporlarına dayanılmıştır

(örn. National Research Council 1989, US Department of Agriculture ve US Department of Health and Human Services 1985, US Department of Health and Human Services 1988). Bilimsel literatürden bağımsız olarak raporlarda Amerikalıların kronik hastalık ve kanser riskini azaltmak için günde en az beş öğün meyve-sebze yenmesi öneriliyordu.

Tüketici odaklı sağlık iletişimi programını planlayanlar, iletişimin doğrudan sonucu olarak hedef kitlenin ne istediğini anlamanın şart olduğunu hesaba katmalıdırlar. Arzu edilen davranış yerine hedef kitlenin şu anda ne yaptığı belirlenmelidir. Örneğin meyve ve sebze tüketimindeki “süreçleri” nedir? Hedef kitle meyve-sebzeler hakkında ne düşünmektedir? Hedef kitle meyve-sebze ile nerede karşılaşmakta ya da karşılaşmamaktadır? Hedef kitle alışveriş listesi yaparak mı, yoksa rastgele bir şekilde mi meyve-sebze almaktadır? Meyve-sebzeleri evde nasıl saklamaktadır, yemeklere nasıl katmaktadır, ya da çerez olarak mı kullanmaktadır?

Hedef kitle bir bireymiş gibi ele alınır; adıyla, toplumsal cinsiyeti, mesleği, yaşam stiliyle bir bütün olarak ele alınır. Bu kişi için önemli olan nedir? Bu kişinin davranış değişikliği hakkındaki duyguları, tutumları ve inançları nedir? (algılanan yara ve sınırlamalar dahil olmak üzere). Ayrıca hedef kitlenin medya alışkanlıkları nedir? Hedefle ilgili zihinde yaratılan canlı resim bize bu soruları yanıtlamada yardımcı olur. Etkili iletişim yüksek oranda iki kişi arasında (mesajı gönderen ve alan) meydana gelen kişisel bir süreçtir. Etkili kamu sağlığı iletişiminde hedef kitle istatistik yığını olarak değil, bir kişi olarak tasvir edilmelidir. Sağlık mesajları nasıl dizayn edilirse edilsin bazı gruplara ulaşamaz.

Arzu edilen davranış değişikliğiyle ilgili olarak hedefin en çekici ve motive edici bulduğu ne olacaktır? Bu, programı planlayanlar için değil, hedefi ikna edecek bir şey olmalıdır. Pek çok kamu sağlığı mesajı açık, bilimsel yararlar üzerine kurulur: örneğin “kanseri riskini azaltın” gibi. Yine de kamu sağlığı yararları hedef kitleyi iknaya yetmeyebilir. Çoğu zaman yararlar, tüketicilerin zihnindedir: “Günde beş öğün meyve-sebze yemek beni genç tutar” gibi. Kimi zaman ise duygusal yararlar söz konusudur:

“Çocuklarıma daha fazla meyve-sebze vermek beni daha iyi ebeveyn yapar” gibi. Kimi zaman da yararlar, bunları planlayanların zihninde yoktur: “Meyve-sebze yemek kilo vermeme yardımcı olabilir”. Bu yararlar ister öznel, ister ampirik olsun gelecekte bir ödül vaad ederler ve davranış değişikliğiyle bu ödül kazanılır. Mesaj, doğrudan iletişim vaadini iletme durumunda değildir, hedef kitlenin mantıklı sonuç çıkarabileceği gibi biçimlendirilmelidir. Vaadlerin güvenilir ve gerçekleşmesi mümkün hale getirmek için davranış değişikliğiyle ilgili bilimsel olgular, değişimin sağlayacağı değerler hakkında gerçek ya da dramatik demonstrasyonlar kullanılmalıdır. Duygusal çağrışımlar ve destek genellikle ikna edicidir, rol modelleri ya da kamuoyu liderleri kullanılabilir. Vaad için destek yeni davranışa uyum sağlamada, değişim sırasındaki karşı koyma noktaları (“Evet ama...” cevaplarına yönelik), yeni davranışın hedef kitlenin sosyal ve fiziksel çevresine nasıl uyum sağlayacağı. Destek yönergeleri, vaad edilen yararlarla ilgilidir, daha fazla meyve-sebze yemenin yararları, hedef kitlenin zihnindeki belirli destekle bağıntılıdır (“Tanıdığım insanlar bunu yapabilir”, “Market harcamamda azalma olur” gibi).

Gedikler (*apertures*) ise hedef kitlenin mesaja daha açık olduğu zaman, yer ve durumları ifade eder. Bunlar yukarıda açıklanan kritik noktalardır, örneğin öğleden sonra bir şeyler atıştırmak için aç olmak ama meyve yemeyi düşünmemek gibi. Bir diğer gedik de hedefin çekiciliği özellikle de ödülle bulması (yeni giysiler için alışverişte kilo kaybetmenin ödülü). Kritik gedikleri belirlemek, en uygun medyayı seçmede önemli bir adımdır. Hedef kitle markette alışveriş yapıyorsa POP'lara önem verilebilir.

Davranış değişikliğinin kişiliği nedir? Nike reklamlarında “Just Do It” sloganı kullanılıyordu. Sonunda ünlem kullanılmamıştı. Reklamı hazırlayanlar yanlış “ses” kullanarak reklamı berbat etmekten çekiniyorlardı. Sonuç olarak “potansiyel otoriter” kişiliğe gönderme yapmak yerine, bunu eklemeyi izleyicilere bıraktılar. Bu kampanya, insanları fiziksel olarak aktif olmaya çağırıyordu. Eğer insanlar aktif olurlarsa Nike ayakkabıları ile bütünleşeceklerdir. Sağlık iletişimi kampanyası tasarlayanlar, kişiliğin tüm mesajın süreç içinde olacağı bir bağlam yarattığını bilmelidirler. Davranış değişikliğinin kişiliği hedef dışındaysa, en iyi yararlar ve destekler sınırlı değere sahip olacaktır. Tek

yönlü iletişim tasarlayanlar, davranış değişikliğinin bir kişi olduğunu varsayarak mesajlarının kişiliğini oluşturmaya ve anlamaya çalışırlar. Bu teknik, kampanyanın ya da programın gizli nüanslarını belirlemeye yardım eder. Standart yaklaşım, hedef kitleye yönelik soru sormaktır. Eğer bir kişi belli bir davranış içindeyse (örn. günde beş öğün meyve-sebze yiyorsa), o kişiyi ne karakterize eder? Bu özellikler hedef kitleye çekici gelen canlı bir karakter oluşturacaktır. Günde bu kadar meyve-sebze yemek gibi bir özellik “sıkıcı, eski moda, hoş olmayan vs.” olarak görülüyorsa, hedef kitleye daha çekici hale getirmeye ihtiyaç var demektir³⁵².

Hedef kitlenin dikkat düzeyleri: Hedefin mesaja bilişsel bir çaba ile dikkat göstermesinin en önemli belirtisi, mesajın konusuna olan ilginin düzeyidir. Bu ilgi de farklı yollarla kavramlaştırılır. Kanserde erken teşhis ile ilgilenen biri aktif olarak bu konuyla ilgili enformasyon arayacaktır (*top-down information process*: yukarıdan aşağıya enformasyon süreci). İlgi duymayan ise enformasyonu pasif olarak (*peripheral route*: çevre yoluyla) almaktadır. Bu çevresel enformasyon süreci; aktif farkındalık sağlama, algılama ve destekleme için argüman geliştirmeyi içermez. Buna rağmen, tutum ve davranış oluşumu, değişimi ve güçlendirilmesi hem aktif hem de pasif enformasyon sürecinde söz konusudur. Mesajı oluşturanın amacı pasif kitlede aktif düşünceyi harekete geçirmektir.

Bireyler genellikle sağlık enformasyonunun otomatik sürecine bel bağlarlar, hazırdaki mesajın anlamlandırılması ve yorumlanması için geçmiş bilgi ve deneyimlerden yararlanırlar. Louis ve Sutton’ın modeli (1991), bireylerin bilişsel, aktif olarak motive olduklarını aşağıdaki durumlarla ortaya koymaktadır:

-İçeriğin sunumu olağandan farklı, bilinmeyen ya da alışılmışın dışındaysa: “Deri kanserini durdurmak için asla çok erken değil...ya da çok geç değil” başlığı Amerikan Deri Kanseri Vakfı’nın bir broşüründe yer almaktaydı (1985). Deri kanserinin semptomlarını anlatan bu broşürde mesajın amacı okuyucuyu cilt kanserinin fiziksel semptomları ile ilgili olarak eğitmektir. Bu mesaj okunduğunda kişiyi bir doktora danışmak için sevk etmelidir. Buna

³⁵² Maibach, s.217-225.

rağmen bu eğitimin gerçekleşmesi için bireyin bu broşürü edinmesi, okuması, anlaması için yeterli dikkati göstermesi ve o an için kendisiyle ilgili olsun ya da olmasın enformasyonu aklında tutması şarttır. Cilt kanseri mesajının içeriği okuyucuya yabancı olabilir, kullanılan kelimeler tıbbi terimlerle dolu, herkesin kullanmadığı kelimeler olabilir. Louis ve Sutton'ın aktif enformasyon sürecini geliştirmedeki ilk şartı bu mesaj da yer almamaktadır. Çünkü basılı mesajlar genellikle olgusal, klinik direktiflerden oluşan, pozitif etki çağrışımlı, gizlisi saklısı olmayan mesajlardır ve daha fazla dikkat isteyebilirler. Hiç kimse kanser hakkında pozitif hissetmez, ama basılı mesaj davranışın pozitif olması durumunda pozitif his sağlayacak şekilde dizayn edilmiş olabilir: örn. "Cilt kanserinin bu işaretlerini bilmek, kişiye sağlığını korumak için fazladan bir olanak sunar". Hedef kitlenin kendi sağlığıyla ilgili kontrolü sağlayabilmek için yolları ve anlamlar bilmesi halinde kendini pozitif hissedecektir, ancak sağlık mesajları nadiren bunun üzerinde durur. Mesajlar bireysel sorumluluklara hitap eder şekilde hazırlanmış olabilir, ancak içeriğinde "sağlık" çok sık bulunmaz: "Cilt kanserinin işaretlerini bilmek, arkadaşlarınıza ve ailelerinize, hastalığın kendileri ve sevdikleri için erken tanısına yardımcı olur". Bir diğer yol da klinik direktif yerine basit bir güdü ileri sürmektir: "Cilt kanserinin bu işaretlerini bilmek, olağan olmayan cilt durumlarının ciddi bir hastalık olmadan tanınmasına yardımcı olur".

İçeriğin basılı medyada alışılmamış sunumuna komik çizgi romanlar da rastlanır. *The Amazing Spiderman*'ın (*Muhteşem Örümcek Adam*) maceralarında kahraman, sağlık konularına dikkat çekmeye çalışır. Örümcek adam bir serüvende ergenlik çağındaki gençlerle uyuşturucu bağımlılığı hakkında konuşur. Bir diğerinde ana karakter bisiklete binerken kask giyilmesini ister. Bu yolla mesaj didaktik ton yerine söyleşi yoluyla verilmiş olur. Hedef kitle, kurgusal karakterler arasında kişisel bir ilişki görmese de sosyal bir ilişki içinde olduğunu düşünür. Önceden oluşan bu ilişkiyle sağlıklı olmayan davranışları değiştirmede, sağlıklı davranışları kuvvetlendirmek için fırsatlar belirir.

Televizyondaki soap-operalarda ciltteki bir benin nasıl renk değiştirdiğine yer verilebilir. Soap-opera karakterinin cilt kanseri hakkındaki şüpheleri, korkuları aynen bireylerin şüphelerini korkularını yansıtır. Böylelikle sağlık mesajları konusunda daha aktif

düşünme sağlanır. Hassas, potansiyel olarak özel konular karşısında alışılmadık yol ile mesaj verilebilir.

-İçeriğin sunumunda beklentiler ve gerçek arasında çelişki varsa: Bireyler, daha önceki deneyim ve gözlemlerine dayanarak sağlık mesajlarının ne söyleyeceği, bu mesajların nerede çıkacağı hakkında beklentiler oluştururlar. Bu beklentiler bireye içerik üzerine düşünme ve buna göre davranma olasılığı sağlar. Yıllarca güneşin D vitamini sağlaması ilgili olarak sağlığa iyi geldiği söylenmiştir. Geçen yıllarda ise güneş ışığına maruz kalmanın verdiği zararlar eleştirilmeye başlanmıştır. Her iki mesaja da maruz kalanlar için, eski mesajın yokluğunda yeni mesaj daha çok düşünmeye neden olur. Kondomlarla ilgili mesajlar hedef kitlenin çoğu önceki mesajların, yani kondom kullanımının cinsel hastalıkları engellediği mesajı ile ilgi kurulur. HIV'in yayılmasını engellemede mesajlar, daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı mesajlar alanlarda daha aktif düşüncelere neden olacaktır. Önceden öğrenilen enformasyona göre mesaj, beklenmedik de olsa daha önceden öğrenilen enformasyonla ters düşmez. Zaten kondomu cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kullanıyorsa, HIV'in yayılmasına karşı kullanımı, davranışı pekiştirecektir. Cilt kanseri ve AIDS ile ilgili sağlık mesajları için beklentilerle ilgili olarak, mesaj tasarlayanlar da hedef kitlenin bu mesajlara nerede maruz kalmayı beklediklerini belirlemelidirler (ya da mesajda sözü geçen ürünleri-güneş yağı, kondom vs.-nereden edinebileceklerini). Bu sağlık mesajları genellikle PSA'lerde ve eczanelerdeki ticari kampanyalarda görülmeyi beklerler. Peki ya sağlıkla ilgili mesajları (çiftçilerin yaralanması vs. ile ilgili) yem vs. aldığı yerlerde görmeye alışkın olan çifti, cilt kanseriyle ilgili mesajla burada karşılaşır mı? Bu beklenmedik mesajlar, doktor muayenelerinde çok daha aktif düşünce yaratacaktır.

Kimi restoranlar menülere salata koyarak müşterilerinin taleplerini yerine getirir. Buna rağmen bu durum tüm müşterilere yemek seçimleri ve sağlıkla ilgili daha aktif düşünce sağlayan beslenme seçenekleri hakkında beklenmedik mesajlar sunar. Tüketiciler, restoranın "sağlıklı", "etli" hamburgerler gibi mesajlarını beklerler, yağ ve kolesterol ile ilgili mesajlarını beklemezler.

-İçten ya da dıştan gelen nedensel taleplerin bireye artan düzeyde dikkat etmesini istiyorsa: Dış talepler açık ifadelerdir, hedef kitleye mesaja dikkatini arttırmasını söyleyen mesaj kaynaklarıdır. Örneğin “kilo kaybetmenin cevabını mı arıyorsunuz? O halde buna dikkat edin”. İç talepler ise mesaj alıcısının mesaj uyarıcısına psikolojik ya da fizyolojik tepkisidir, katılım için kendi hükmünü oluşturur. Alışılmışın dışında ya da beklenmedik mesajlar katılım için irade isteseler de, bazı dilbilimsel biçimler ve seçilen kelimeler mesaj içeriği alışılmışın dışında ya da beklenmedik olsun ya da olmasın hedef kitlenin tepkisini azaltır. Alışılmışın dışında ya da beklenmedik mesajlar bu önerilerle birleşebilir. Dış talepler, hedef kitleye çoğunlukla doğrudan emir verir ve bilinçli dikkatin artmasını sağlar: “Şimdi şunu dinle”, “Bir sonrakine dikkat et”, “Mesajı kesecek bir şeye izin verme” vs. Kimi zaman da farklı düzeylerde doğrudanlık içeren sorular şeklinde olabilir: “Herkes gelecek grip mevsimi ile ilgili enformasyonu dinliyor mu?”(Eğer dinlemiyorsa lütfen dinlesin). “Alkol sorunu ya da uyuşturucu sorunu olan bir kişiyle karşılaştığında ne yapacağını kaç kişi biliyor?” (Ne yapılacağını bilmeye dikkat edin). Böylelikle hedef kitlenin dikkati arttırılmaya çalışılır. İç talepler ise hedef kitlenin duydukları ile ilgili bir tepki olarak mesaj içeriğine “dikkat etmek” için kendilerini harekete geçirmelidir. İçeriğin oluşturulmasında hangi kelimelerin kullanılacağı belirlenmelidir. İç talepler belirli kelimelere tepki olarak oluşabilir. Belirsiz dil (iki anlama da gelen vs.) kullanmaktan kaçınılmalıdır. Çünkü mesaj, hedef kitle tarafından yanlış anlaşılabilir. Ayrıca sağlık mesajlarının kişiselleştirilmesi, bazı kelimelerin yerine başkalarının kullanılması; mesaj ve hedef kitle arasında psikolojik mesafe yaratır. Sözsəl yakınlık; iletişimi kuran ile nesneler ya da olaylar arasındaki doğrudanlığın derecesidir, seçilen zamirle, fiilin zamanıyla, kullanılan dil ile belirlenir. Duyumsal uyarımı arttırır, bunu da sözsəl yakınlık; ifadede yer alan enformasyonu mesajın alıcısı tarafından farkındalığını kolaylaştırarak yapar, ancak konuşmanın içinde illa ki beyan edilmiş olması gerekmez. Yakın olmayan dil ise kaçınmayı, en yakın olan ise sorunlara ya da kişilere yönelik dikkati arttırarak bunu yapar. Wiener ve Mehrabian (1968) kaçınmaya karşı yaklaşma ile ilgili konuşma kategorileri belirlemişlerdir:

-İşaret edilen özellik: Mesajdaki zamir, obje ve/veya eylemi açıkça belirtir. Mesajı hazırlayanlar ya anında kelimeleri (belirli nesneleri vs.) ya da anında olmayan kelimeleri (genel nesneleri) kullanmalıdır. “Cildinizi korumak için koruyucu giysi giymelisiniz”: eyleme bağlı olarak zamir bellidir. “İnsanlar güneşten korunmak için.....”: burada ise kategorik sınıf vardır. Bu tür dil kullanımında mesaja verilecek dikkat; mesajın kişiselleştirilmesi ve basitleştirilmesi ile sağlanır. Dinleyici, mesajın uygun olup olmadığını düşünmemelidir, çünkü mesajın içindeki tetikleyici kelime ilgiyi kurar. Basit mesajlar karmaşık mesajlara oranla daha çok bilişsel çabaya neden olacaktır. Bu da aktif düşünceyi kolaylaştırmak ya da kendi deneyimlerinin kullanılmasında bu tür mesajların kişisel sorumluluğunun algılanmasının tetiklenmesinden kaynaklanabilir. Böylelikle çağrının ikna edici etkinliğini arttıracaktır. American Cancer Society’nin 1985 yılındaki bir broşüründe cilt kanserinin nasıl tedavi edileceği anlatılmıştır: “Cilt kanserinin büyüklüğüne, tipine, vücuttaki pozisyonuna ve hastanın riskine göre değişik metodlar uygulanır. Cerrahi tedavi, elektrik akımı, radyasyon terapisi ve dondurma işlemi gibi. Kimi zaman da bunların bazıları birarada kullanılır. Daha sonra da plastik cerrahi uygulanabilir”. “Doktorlar”, “yöntemler” ve “riskler”; kategorik ifadeler kullanılmasına örnektirler. İlk iki ifade şöyle anlatılabilir: “Cilt doktorunuz, cilt kanserinin tedavisinde cerrahiye, elektrik akımını, radyasyon terapisini ya da dondurma işlemi kullanabilir ya da bunların bir kombinasyonunu kullanabilir”. Bu mesajdaki “cilt doktorunuz” (sizin) referansı, aktif enformasyon sürecini tetikler, bunu da hedef kitlenin mesajla ilgisini ortaya koyarak yapar, ayrıca revize edilmiş mesaj, tedavinin “yöntemleri”ni de kısaca anlatır. Risklerle ilgili doktorun belirlediği daha açık enformasyon, hastanın hoş görülmeyen sonuçlarla karşılaşmasını nispeten azaltır.

-Konumsal anımsalılık: Kesinlik taşıyan “bu, bunlar, burada, şurada” gibi kelimelerin kullanılması yerine “nerede” gibi zarflar ya da fiziksel, konumsal ayrılıkları vurgulayan kelime ya da cümleler, ifadenin anımsallığını artırır.

A mesajı: “Bu senin beynin...Bu da uyuşturucu kullanan beynin...Başka soru?”

(Görselde; ilk fotoğrafta bir tava içinde kırılmış bir yumurta, ikinci fotoğrafta ise tavadaki yumurta kömürleşmiş olarak verilmiştir).

B mesajı: “Bu bir insanın beyniydi. Şu da uyuşturucu kullandıktan sonraki beyni...Başka soru?”

A mesajında hem konumsal açıdan hem de işaret edilen bakımından belirginlik var. Buna karşılık B mesajı daha az kişisel, daha az açık ve daha az kişisel.

-Zamansal anımsalılık: Şimdiki zamana ait olaylar için şimdiki zaman fiilinin referans olarak kullanılması zamansal anımsalılığı sağlar. Fiilin zamanı, bağlamın algılanmasını etkiler. Farkındalığın dışında bir düzey olarak işlev görürler, terapist için yaşamsal öneme sahiptirler. B mesajı zamansal olarak anımsalılık sağlamaz, hedef kitlenin sözsöz metaforu anlama ve hatırlama olasılığını pişen yumurtanın görsel imajı mevcut olsa da kısıtlar.

-Niteleyiciler: Şüphesizliği, kesin olmayanı belirten kelime ya da cümlelerin kullanımı (belki, olabilir, muhtemelen gibi) şüphe için neden yaratırlar. Georgia Department of Human Resources WIC Program ve Office of Nutrition’ın “Sağlıklı Bebek İçin İyi Başlangıçlar” adlı kampanyasının broşüründe: “Nişasta, un, tebeşir, toprak, kül yemekten kaçının, bunlar zararlı olabilir. Bunları yenilmesi anemiye neden olabilir” denilmektedir. “Olabilir” demekle hamile kadınlara mesaj vermede pek başarılı olunamaz. Bir sağlık mesajına dikkati daha kolay çekmek için niteleyicileri kullanmaktan kaçınmak gereklidir.

Anında olanlar, anında olmayanlara oranla farkındalığı daha çabuk artırır. Ne yazık ki amaca yönelik sağlık enformasyonu ihtiyacı, genellikle bireylerin bizzat hastalanmaları ya da tanıdıkları hastalandığında ortaya çıkar, özellikle de aktif olarak enformasyona sahip olsalardı hastalığın önlenilebileceği söz konusudur. Sağlık mesajlarıyla ilgili aktif düşüncüyü sağlamak için (algılanan bir ihtiyaç olmadığında):

-sağlık mesajlarını iletmek için alışılmadık mesajlar, ortamlar ve medya kullanın

-geleneksel mesajlar için beklenmeyen mesajlar, medya kullanın

- mesaja dikkat etmesi için hedef kitleyi bilgilendirin
- sağlık mesajlarında işaret edici özellik kullanın
- mekâna dayalı anında belirticiler kullanın
- zamansal anında konuşma kullanın
- davranışları değiştirmek için niteleyiciler kullanmak yerine bazı davranışların belirli sonuçlarıyla ilgili olasılıkları belirtin³⁵³.

Sağlık iletişimi kampanyalarının planlamasında, hedef kitlenin güdülerine seslenilmektedir. GÜDÜ çağrışımları negatif, pozitif, psikolojik, sosyal ya da çoklu çağrışımlar olarak ele alınabilir. İkna edici kampanya mesajlarında pozitif ve negatif güdü çağrışımlarından yararlanılır. Yüksek ilgi oranlı sağlık uygulamaları için mesajlar sağlam güdüler üzerinde durma eğilimindedirler, güvenilir mesaj veren tarafından ikna edici önermeler ya da hedef kitleyi dikkat, tutum değişikliği ya da eylem gibi adımlara yönlerecek kanıtlar sunma eğilimindedir. En çok kullanılan çerçevelmeler Sağlık İnanç Modeli'ndeki gibi temel "beklenti-değer" mekanizmasını kullanırlar. Bunun anlamı, mesajların öncelikle inanç düzeyini etkilemek için yönlendirilmesidir. Meydana gelen her çıktının öznel olasılığına göre; davranışsal tepkiler her bireyin bu çıktıları değerlendirmesine bağlıdır.

Bireyleri belirli bir yönde davranmaya teşvik etmek, uyarmaktansa mesaj içeriğinin arzu edilen sağlık davranışını saygın özelliklere ya da sonuçlara (olumlu güdü olarak) bağlanması daha yerindedir (ya da içeriğin olumsuz davranış negatif güdüye bağlanarak sunulması). Sağlık mesajlarında klasik güdü stratejisi; belirli bir davranış için ya da buna karşı olarak güvenilir kanıt ya da kuvvetli kaynak savlarıyla desteklenmiş sağlam savlar sunmaktır. GÜDÜ çağrışımları için önerilerle uyum içinde olan, hedef kitlenin var olan değerleri üzerine kurulmalıdır. Güdülerin temel boyutları fiziksel sağlık, zaman/çaba,

³⁵³ Maibach, s.7-20.

ekonomik, psikolojik/isteğe yönelik ve sosyal olanları içerir. Hepsi de pozitif ve negatif değer yatkınlıklarıyla mümkündür. Sağlık alanında en sık kullanılan boyut; fiziksel sağlıktır, pozitif takviyeden daha çok, negatif olarak sağlıksız sonuçlara önem verir (ölüm, hastalık ve sakatlık). Negatif güdü stratejilerini, yalnızca fiziksel sağlığın kendisine yönelik olmayan çağrışımlarla çeşitlendirmek gerekir (örn. psikolojik üzüntü, sosyal dışlama) ve ödül oryantasyonlu güdülere daha çok önem verilmelidir (örn. iyi olma, altruizm, çekicilik vs.). Çağrışımlar, beklenti-değer formülasyonunda iki temel öge üzerinde durabilir: beliren bir sonucun öznel olasılığı ya da bu sonucun pozitif ya da negatif değerlilik derecesi. Sağlıksız davranışlar için operasyonel formül = yararlanılabilirlik X vehamet'tir. Bu formül, hedef kitlenin çok acı bir sonuçtan dolayı yüksek acı çekme olasılığı ile en fazla biçimde motive olacağını önermesi üzerine kurulmuştur.

Birincil iletişim stratejisi, inançları olasılık ögesine göre değiştirmektir. Hedef kitlenin beklentisi ve aktüel olasılık arasında çelişki varsa mesaj, beklenen olasılık üzerinde değil, yüksek olasılık üzerinde durmalıdır. İkinci iletişim stratejisi, değerliliği ya da faydaların olumluluğunu ya da hedef kitlenin zaten avantajlı gördüğü "beklenti-değer" denklemi ögelerinin belirginliğini arttırmak ya da bu ögelerin her birinin hedef kitlenin kararındaki etkisini arttırmak (örn. pozitif olarak değerlendirilen ve önerilen uygulamanın olası sonuçları) ve negatif sonuçların vehameti üzerinde durmaktır.

Negatif çağrışımlar; güçlü olumsuz güdülerdir ve önemli ancak sınırlı bir rol oynamalıdır. Hedef kitlenin neden sağlıklı davranışı gerçekleştirmesi gerektiğine dair daha yumuşak nedenler bulunmalıdır. Farklı bir yaklaşım; güçlü negatif güdülerle daha az ciddi olan tehditleri içeren mesajları bir arada kombine etmektir, ayrıca negatif güdülerle (fiziksel sağlığın dışında) pozitif güdüler beraber kombine edilirler. Fiziksel sağlığın dışında pek çok motive edici çağrışımlar vardır. Sosyal güdü kategorisinde uyuşturucu kampanyaları; arkadaşlardan feragat etme, ailenin güvenini kaybetmemek, ya da sosyal normlardan sapmak gibi. Psikolojik güdülere ise; azalan konsantrasyon yeteneği, düşük notlar, tembel ve motivasyonsuz hissetmek, kontrolü kaybetmek, kötü kararlar vermek, yakalanmak, şiddet ve suçluluk, kendine saygıyı kaybetmekle ilgili endişe gibi örnekler

verilebilir. Ekonomik güdüler ise azalan iş olasılığı, sahip olunan mallarda azalma, gittikçe artan uyuşturucu harcaması ve diğer ihtiyaçlar ve istekler için para harcamanın imkansızlaşması. Ayrıca mesajlar kanunların ve yükümlülüklerin ihlali ile alınacak cezaların altını çizmelidir; hapis, ehliyetin alıkonulması ya da okuldan atılma gibi.

Genelde enformasyon içeren mesajların duygusal olanlardan daha etkili olduğuna inanılır. Korkunun kullanımı pek çok sağlık konusu için iyidir (hedef kitleye korkusunu yapıcı şekilde azaltmanın yolu verildiği süreç). Aksiyona yönelik mesajlar hedef kitleyi istenilen davranışa daha yakın hale getirdiği için iyidir. Bazı hallerde aksiyona yönelik mesajlar tamamen enformasyonel mesajlardan daha az güvenilirlerdir. Beltramini (1988) sigara paketlerinin üzerindeki uyarıların algılanan inanılabilirliğini araştırmıştır. Sigara içmenin sonuçlarını belirtmek, risk azaltan davranışları önermekten çok daha güçlü inanılabilirlik sağlar.

Pozitif çağrışımlara gelince, kampanyalar yüksek oranda pozitif çağrışım içermelidirler. Her negatif sonuç için (yasal haklardan yoksun bırakan uygulamalar sonucu) genel olarak sağlıklı seçeneği uygulayarak vaad edilebilecek bir ayna, pozitif imaj vardır (örn. uyuşturucudan kaçınmak veya uyuşturucusuz hayattan zevk alma). Fiziksel sağlık boyutunda ise mesajlar daha uzun yaşamdan, artan atletik performansa kadar çeşitlilik sunabilir.

Pozitif sosyal güdüler ise saygı ve onay kazanma, daha derin arkadaşlıklar kurma, ailelerle güven oluşturmak ve iyi rol model olmak. Psikolojik boyutta, kişinin yaşamının kontrolünü kazanması, pozitif imaj gerçekleştirmek, amacına ulaşmak, güvenli hissetmek ya da akılcıca davranmak gibi sonuçlar vaad edebilir. Abartılmış ödüller de motive edicilerin olasılıkları küçük olmasına rağmen iyi işleyebilir. Negatif stratejilerin ciddi zararın uzun süreli olasılıkları sıklıkla kullanması gibi pozitif çağrışımlar lotarya tipinde ödüller vaad edebilir, iyimser olanlarca daha inanılabilirlerdir.

Çoklu çağrışımlarda da potansiyel olarak etkili olan bir düzine çağrışım vardır ve etkileri pek çok durumda birbirine eşittir. Bir kampanyada yararlı güdülere bağlanmaktansa, farklı hedef kitle segmentlerine (özellikle de kesin hedef belirlemenin zor

olduğu medya kanallarında) etki etmek ve bireyin razı olacağı pek çok neden sağlamak için çoklu çağrışımlarla bir dizi mesaj verebilir. Gündüleri seçerken ana kriter; vaad edilen sonuçların önemidir, bu sonuçların olması halinde inançların şekillendirilmesi ve savların potansiyel ikna ediciliğidir. Mesaj dizayn edenler, her güdünün kesin etkisini, diğer çağrışımlar karşısındaki ilgili katılımı ve geçmişte daha önceden elde edilmiş etkiyi hesaba katmalıdırlar. Bilinen sağlık konuları için standart savları tamamlayacak yeni bazı çağrışımları katmak önemlidir. Önceden üretim araştırması, her birinin etkisini daha önceden belirlemek için temel konuları test edebilir ve optimum kombinasyonu araştırır, ayrıca farklı çağrışımların uygulanmasıyla ortaya çıkan etkiyi karşılaştırabilir.

Bir güdü çağrısı göndermede çoğunlukla kanıt sağlamak, mesajda verilen istekleri desteklemek için gereklidir. İnanç oluşturmak, merkezi mekanizma olduğunda bu önemlidir ya da kaynak, sponsor çok güvenilir olmadığında. Kanıt tipi hedef kitleye göre değişir. Sofistike ve çok ilgili bireyler, istatistikler içeren, belge sağlayan ve uzmanlarda alıntılar içeren mesajlardan daha çok etkilenirler, daha az ilgili olanlar ise dramatize edilmiş vaka örneklerinden, saygı duyulan kaynakların tavsiyelerinden daha çok etkilenirler. Mesaj, kanıtın hedef kitlenin uygulamasıyla nasıl ilgili olduğunu ispatlamalıdır. Kanıt sunmakta uç taleplerin sunumu için özel bir ihtimam gösterilmelidir (ender görülen vakalar, inanılmaz istatistikler, sonuçların aşırı dramatik gösterimi). Bu öğeler bazı şeylere inanılmasını zorlayabilir ve hedef kitle arasında karşıt görüşleri tetikleyebilir.

4.4.3.2. Farkındalık ve Bilgilendirme ile İknayı Arttırmak

Kamunun büyük kesimi tarafından konunun ya da uygulamanın tanınmasını sağlamak için farkındalık mesajları dizayn edilebilir. Daha yatkın hedef kitle arasında harekete geçmeyi tetiklemek, kişilerarası etkileri veya çevresel güçleri razı gelme güdülerini kullanarak kullanmak için konuyla ilgili daha fazla enformasyon aramayı teşvik etmek için ve sonra karşılaşılan mesajlara bireyleri hassas hale getirmek için³⁵⁴.

³⁵⁴ Salmon ve Atkin, s.455-458.

2004 yılı Mayıs ayında Türkiye’de Kızılay tarafından başlatılan “AIDS’i Öğren” kampanyası, farkındalık sağlamaya yönelik bir kampanyadır. Ulusal televizyon kanalları ve gazetelerde AIDS hastalığıyla ilgili farkındalık yaratan bu mesajda “Okumaya Başla” sloganı ile beraber şu mesaj verilmektedir:

“Hakkındaki gerçekleri okuyup öğrenmeden AIDS’den korunamazsınız. Gelin, en başından başlayın. Bu hastalık hakkında bilmediğiniz konu kalmasın. Unutmayın, AIDS hakkında bilgilendikçe, bu hastalıktan kendimizi korumak ve ön yargılarımızı yıkmak daha kolaylaşacak”.

Bu mesajın altında da AIDS ile mücadele broşürlerinin Kızılay şubelerinden, kan ve tıp merkezlerinden temin edinilebileceği ibaresi ve bir de Kızılay’ın internet adresi yer almaktadır. Bu kampanyanın hedef kitlesi kendisinde AIDS hastalığı bulunmasından şüphelenenler ya da Kızılay, kan ve tıp merkezlerine hastalığı merak edip, bilgilenecek isteyenler olarak anlaşılmaktadır. Bu mesaj, hedef kitleyi birinci elden bilgilendirmemekte, farkındalık yaratmakta ve enformasyon aramak için teşvik etmektedir.

Enformasyon arama çok önemli bir işlevdir, çünkü kampanya mesajları yalnızca yüzeysel oranda enformasyonel ve ikna edici içerik sunabilir, bu içerik bireysel alıcıya nadiren özeldir. Çoklu çağrılarını iletme için, kanıt ve detaylı bilgileri hazırlamak için medya kampanyaları, uzmanlaşmış kaynaklardan ilave materyel aramak için hedef kitleleri harekete geçirebilir. Dikkati çekme mesajlarının anahtar rolü konunun daha çok keşfedilmesi için ilgi ya da kaygı uyandırmak ve motive etmektir. Mesajlar web sitelerinde hot-line operatörlerden, kitaplardan, danışmanlardan, ailelerden ve kanaat liderlerinden vs. gibi gelişmiş enformasyon kaynaklarından aktif olarak bilgi aramak için dizayn edilmiş öğeler içermelidir.

Hassaslaştırma stratejisi odaksal birey tarafından günlük hayatta uygulanan, uygun ama tanınmayan etkilerin zengin düzenini harekete geçirir. Kitle iletişiminde, kampanya amaçlarıyla uyumlu içerik sunabilen pek çok haber program, reklam, eğlence betimlemeleri ve başka kamu hizmeti kampanyaları vardır. Buna benzer şekilde bireyler bazı sosyal

normların kişilerarası etkilerin, odaksal davranışı uygulamak için gerekli olan davranışsal modellerin ya da toplumsal şartların bilincinde olmayabilir.

Pek çok kampanyada bilgi kazanma ve beceri kazanmayı sağlayacak enformasyon sağlama ihtiyacı vardır. Davranışsal öğeler özenli ya da karmaşık ise, mesajlar hedef kitleyi detaylı kanıt sağlayarak eğitebilir. Eğer kimi bireyler davranışı yerine getirmek için güvene sahip değillerse, mesajlar kişisel cesareti, etkiyi arttıracak cesareti sağlamalıdır. Eğer odaksal segment, emsal baskı ya da sağlıksız medya portresi sergiliyorsa, eğitici mesajlar; emsal dayanıklılık ve medya bilinci, yetileri öğretebilir.

Ticari reklamların potansiyel zararlı sağlık etkileri, eğlence medyasının portreleri ve kim web siteleri; gözleyenleri ve dinleyenleri etkilere, kampanyayı zayıflatabilecek olanlara karşı belli bir oranda kampanya mesajlarına ayrılmalıdır.

4.4.3.3. Kaynağın Etkili Sözcüleri

Atkin (1994) farklı “sözcü” tiplerinin güçlü ve zayıf yönlerini tartışır. Sözcüler çeşitli işlevlere yararlar; savunuculuğu yapılan davranışa etki transfer etmek ve hatırlanmasını arttırmak gibi. Mesajda yer alacak kaynakları seçmede beş ana boyut söz konusudur: uzmanlık ve güvenilirlik, hedef kitleye yakınlığı, hoş gelmesi ve hedef kitleye benzerliği çekiciliği oluşturur. Sözcünün ödül ve ceza üzerindeki kontrolü kişilerarası iknanın merkezidir, kitle iletişimi durumuna doğrudan uygun değildir. Uzmanlık (çalışma, deneyim vs.) mesajın ikna edici etkisine çok küçük bir katkı yapar. Hedef kitlenin doğruyu söylediğine dair motive olduğu güvenilir iletişimciyi (belirgin biçimde samimi olan ve kendisine dönük olmayan karakter üzerine kurulmuş) kullanmak daha etkilidir. Güven, az ilgili hedef kitle için önemlidir. İçerik sürecine önem vermezler.

İletenin çekiciliği çok daha büyük mesaj etkisi üretir çünkü hedef kitle, hayran olduğu ya da kendini özdeşleştirdiği sözcüleri taklit etmek veya durumunu ona uydurmak ister. Stratejistler, sözcü-hedef kitle benzerliğini maksimize etmeye çalışırlar, özellikle de ileten, önerilen eylemlere model olması isteniyorsa veya önemli rolü arttırmak isteniyorsa.

Bunu, kampanya mesajlarında güdüleri verilen pek çok kalitatif faktör (güvenilir, ilgili vs.), ile yapar. Kaynak sözcü, mesaj içeriğine maruz kalmayı dikkati kendi üzerine çekerek arttırabilir, algılamayı kolaylaştırabilir (mesaj konseptlerini kişiselleştirerek, eylem ve sonuçları modelleyerek), pozitif bilişsel tepkileri aydınlığa çıkarabilir (alıcının sözcüyü ya da sözcünün pozisyonunu pozitif olarak destekleyen savları geliştirmesine neden olarak veya sözcüyle kişisel bir bağı olduğunu hissetmek), duygusal canlılığı arttırmak (alıcıyı sözcüyle özdeşleştirmek veya sözcüden uygulanabilecek sonuçları göstermesi isteniyorsa. Benzerlik tipik olarak demografik özellikler (ırk, yaş, toplumsal cinsiyet, ekonomik statü), davranışsal olarak paylaşılan fikirleri ifade, ortak deneyimler üzerine kurulmuştur. Emsal modeller, geleneksel kaynaklara güvenilmediğinde, ana hedef kitle olmayanlar için daha önemlidir (örn. gençler, azınlıklar). Hoşluk, savlar zayıf olduğunda veya hedefin tepkisi çekici görülmediğinde etkili faktördür. Tipik olarak sağlık mesajlarında sekiz çeşit sözcü yer alır: ünlüler (örn. ünlü bir atlet ya da şovmen), resmi görevliler (hükümet lideri veya hükümet kuruluşunun müdürü), uzman (örn. doktor veya araştırmacı), organizasyon liderleri (örn. hastane yöneticisi veya işletme üst düzey çalışanı), profesyonel uygulayıcılar (standart bir sözcü, çekici bir model veya karakter oyuncusu), ortalama kişiler (örn. mavi yakalı bir erkek veya orta sınıftan bir kadın), özel bir deneyim sahibi olanlar (örn. kurban, hayatta kalmış kişi veya başarılı bir model), veya benzersiz bir karakter (örn. animasyon, insan-biçimsel veya kostümlü bir karakter).

Sözcünün tipi, hedef kitlenin yatkınlıklarına ve altta yatan stratejinin ikna mekanizmasına bağlıdır (özellikle de güdünün doğasına). Sözcünün konuyla ilgisini orataya koymak gerekebilir (tecrübelerine, ilgilerine veya demografik özelliklerine dayanan). Sözcünün seçimi mesaj tipine de bağlıdır. Dikkati çekme mesajları, ünlüleri, karakterleri ve resmi kişileri sunma eğilimindeyken; eğitici mesajlar uzmanlara bel bağlar, ikna mesajları ise daha çok sıradan insanları ve kurumsal liderleri ele alır. Profesyonel uygulayıcılar her türlü mesaj tipinde yer alırlar. Formatif değerlendirme araştırması, arka plan enformasyon sağlamada ve belirli kaynakların tepkilerini test etmede yararlı olabilir. Sağlık mesajları için iki geleneksel kaynağın güçlü ve zayıf yönlerini ele alalım. Doktor, araştırmacı ya da hükümetin sağlık uzmanı gibi tıbbi bir otorite; uzmanlık boyutunu

güçlendirir ve de güvenilirliği az da olsa artırır, ama otorite kaynaklı mesajlarda olduğu gibi sıkıcı stili ve kompleks enformasyonuyla daha az cazip olacaktır. Bu kaynak, birincil olarak inanç yönelimli mesajlar için önemlidir. Bunlar, motive edici argümanlar veya anlaşılabilir kanıtın açıkça ifade edilmediği durumlarda, sonuçların hoşluğunu ve önerilen davranışı desteklemeye odaklanırlar. Eğlence veya spor dünyasının tanınmış kişilere yer vermek, sıkıcı veya stresli sağlık konularına ilgi çekmede avantajlıdır. Hatta, ünlü kişilerin sağlık sorunu ile ilgili olarak uzmanlığı ya da adeneyimi kurban ya da hayatta kalan olması (örn. AIDS/HIV ve Magic Johnson gibi), uzmanlık mesajın inanılabilirliğini artırabilir. Bununla birlikte hedef kitleler bazı ünlülerin sağlıkla ilgili açıklamalarına şüpheyile yaklaşabilirler (imajlarını geliştirmek veya para için yapıyor düşüncesiyle). Kurumlara, kişilerden daha az güvenilir ve daha az çekicidirler. Çoklu iletenler kullanılması başarıyı kimş durumlarda arttırabilir, ancak bu taktik, enformasyonun aşırı yüklenmesi riskini taşır. Sözcülerin ekleneceği zaman, onların tamamlayıcı ya da ikincil rollerde olması yerinde olur (örn. birincil kaynakla interaktif olabilir, arka plan bir figür olabilir veya kısa alıntılarla kullanılabilir).

4.4.3.4. İletişim Kanalları ve Formatlar

Mesajların yayılmasında medya kampanya tasarımcısı genellikle televizyon, radyo, gazete ve basılı materyaller kullanır, özellikle de televizyon spotları, basın bildirileri ve broşürler en sık kullanılan araçlardır. Bunlar tek başlarına çok etkileyici sonuçlara neden olmazlar, aralarında ikincil medyanın (örn. billboardlar, posterlerin vs.) olduğu başka araçlar da kullanılmalıdır. Ayrıca eğlendirirken eğiten materyaller (örn. şarkılar, program insert'leri, komik çizgi karakterler) ve interaktif medya (örn. web siteleri, CD-ROM'lar, bilgisayar oyunları) kullanılabilmektedir.

Atkin (1994), kanallar arasındaki farkları şöyle ele alır: ulaşım (mesaja maruz kalan topluluğun oranı), uzmanlaşma (belirli gruplara ulaşmada hedef belirleyebilme), işin içine girebilme (seçiciliğin üstesinden gelebilme ve dikkati yönleltebilme), emin olma (boomerang riski ya da hoşlanılmamaktan kaçınma), katılım (uyarım sırasında aktif alıcı

katılımı), anlam doğrulukları (anlamın iletilmesinde kullanılan olguların düzeni), kişiselleştirme (kaynak-alıcı, interaksiyonun insani ilişki doğası, şifre çözümleyebilme (uyarım sürecinde gerekli zihinsel çaba), derinlik (detaylı ve karmaşık içeriğin iletilmesinde kanal kapasitesi), güvenilirlik (iletlen materyalin inanılabilirliği), gündem yaratma (konuları belirgin önceliklerini arttırmak için kanalm gücü, nüfuzu), ulaşılabilirlik (kanala mesajları yerleştirme kolaylığı), ekonomi (uyarım, dağıtımında ve üretilmesinde düşük maliyet), etkinlik (üretim ve yayılma için düzenlemenin basitliği).

Mesajların yerleştirilmesi yaklaşımı en umut verici, düşük maliyetli yaratıcı tanıtımdır. Sağlık kampanyası hazırlayanlar geleneksel olarak, kitle iletişiminde haber oluşturmak için halkla ilişkiler tekniklerini, olması gerekenden az kullanırlar. Yeni trendlerle sağlık konuları gazetelere, dergilere vs. daha cazip gelmektedir. Sağlık alanında halkla ilişkiler basın bültenlerinin geleneksel olarak iletilmesinin ötesinde, talk-showlara konuşmacı olmak, geleceğin yazarlarını büyük ilgi uyandıran hikayeler için beslemeye, gazetecilerin dikkatini pseudo-event'lerle (sağlıkla ilgili istatistiklerin yaratıcı epidemiyoloji kullanılarak dramatizasyonu) yaratıcı bir şekilde çekebilmeye dönüşmüştür. Halkla ilişkiler mesajlarının kaynağı özellikle önemlidir, yüksek profilli sponsor ve saygı değer kuruluşlar; sözcülerle (örn. ünlü sözcüler, hükümet yetkilileri, karizmatik uzmanlar ve hatta kurbanlar ve hayatta kalanlar vb.) medyanın dikkatini çekme eğilimindedir. Halkla ilişkiler mesajlarının; PSA'ler, broşürler veya web sayfalarının pek çok avantajı vardır. Bilgilendirici medyada yer alan mesajları, reklam formatını kullanan paketlenmiş mesajlardan daha çok güvenilirliğe sahiptir, güvenilirliklerini sağlık sonuçlarına ve önerilen davranışın kabulüne göre, inançların oluşumunu kolaylaştırır. Başlıca medyaya yerleştirilen mesajlar, ana bilgilendirici etkileyicilerin ilgisini çekebilir, odaksal bireyler üzerinde dolaysız bir etki ortaya koyabilir. Haber medyasında görünürlük kazanan sağlık konuları gündem yaratmadan yararlanabilir, bununla da sorunlar ve çözümleri daha acil ve

önemli olarak algılanabilir. Bu da özellikle kamuoyu önderleri ve politika oluşturanları hedefleyen medyada savunuculuk stratejileri için önemlidir³⁵⁵.

1986 yılında ABD Michigan'da gençlerin alkol tüketimi ve alkollü araç kullamalarına yönelik bir sağlık iletişim kampanyasında televizyon ve radyo PSA'leri, aileler, arkadaş çevresi, akranlar, haberler, kitaplar, broşürler, öğretmenler, televizyondaki ve dergilerdeki bira ve diğer içki reklamları, doktorlar, radyodaki müzik programları iletişim kanalları ve enformasyon kaynakları olarak kullanılmıştır.

4.4.4. Değerlendirme Evresi

Kampanyanın etkisinin ölçülmesi ve diğer grupların benzer kampanyalar yürütebilmeleri için katedilen mesafenin ölçümlendirilmesinin yapıldığı değerlendirme evresinde formatif araştırmalardan yararlanılabileceği gibi, kampanyanın kısa dönemli etkilerinin ortaya konulduğu hedef kitle üzerindeki ani etkinin ortaya konulduğu tanımlayıcı verilerden yararlanılabilir (örn. güneşin zararlı etkileriyle ilgili bir kampanya sonrası hedef kitlenin güneş kremi kullanmaya başlaması gib). Kampanyanın amaçlarına, hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı verilerle ortaya konulduktan sonra tüm bu bulgular bir rapor haline getirilmeli ve gelecekteki kampanyalar için öneriler eklenmelidir³⁵⁶.

Sonuç olarak etkili sağlık iletişimi kampanyalarıyla ilgili genellemeler şu şekilde tesbit edilmiştir:

- Etkili kampanyalar çoklu medya kullanırlar (TV, radyo, yazılı basın vs).
- Etkili kampanyalar kitle iletişimini topluluk, küçük grup ve bireysel aktivitelerle birleştirir, var olan bir topluluk yapısıyla desteklenir.
- Kampanyanın ulaşmak istediği hedef kitleyi dikkatlice hedefler ve segmentlere ayırır.

³⁵⁵ Salmon ve Atkin, s.459-464.

³⁵⁶ "The Health Communication Process Summaries",
http://rex.nci.nih.gov/NCI_Pub_Interrace/HCPW/OVER.HTM, (12.01.2000).

- Ünlüler dikkati kampanyaya çekebilir. Kampanyanın mesajları bir eğlence programının içine yerleştirilerek kamunun dikkati çekilebilir.
- Tek bir mesajın tekrarı daha etkili kampanya için önemlidir.
- Önleyici davranış için kampanyalar eğer var olan davranışın negatif sonuçlarından çok pozitif davranış değişikliğinin üzerinde duruyorsa daha etkilidirler. Korku uyandırmak çok ender olarak başarı sağlar.
- Kampanyalar eğer belirsiz, yakın olmayan negatif sonuçlardan kaçınmadan çok geçerli ödüller üzerinde duruyorsa daha etkilidirler.
- Etkili kampanyalar, dizaynlarında ve operasyonlarında, kitle iletişim kuruluşlarında ve hükümet kuruluşlarındaki önemli güç figürlerini ve grupları kullanırlar.
- Kampanyanın zamanlaması, kampanyanın etkinliğini belirlemede yardımcı olur (ne zaman başlandı, operasyon sırasında başka ne oluyor vs.).
- Planlama ve operasyon sırasında kampanyayı değerlendirmek ve geliştirmek için formatif değerlendirme teknikleri kullanır.
- Davranış değişikliği için daha ılımlı, ulaşılabilir amaçlar koyar.
- Ticari pazarlama ve sosyal pazarlama stratejilerinin kampanyanın etkinliğini arttırmada potansiyeli vardır.
- Eğitici mesajları eğlendirme bağlamında kullanır (eğitme-eğlendirme stratejisi).
- Değerlendirme, araştırmacıyla mesaj yaratıcıları arasında potansiyel çatışmaları çözümlemek için çaba gösterir.
- Daha geniş sosyal-yapısal ve çevresel faktörlere yönelir (örn. fakirlik ve ekonomik fırsat yokluğu uyuşturucu kullanımıyla ilgilidir).

-Doğrudan hizmet sağlama bileşenleriyle koordinelidir (örn. hot-line telefonlar; enformasyon veya danışma için), davranış değişikliği gözükmeye başlayınca anında tamamlayıcılar yerini alabilir.

-Kampanya hedef kitlesinin demografik segmentasyonu göreceli olarak etkisizdir: psikografik değişkenler ile tutum, değerler ve inançlar üzerine kurulanla karşılaştırıldıklarında.

-Doğrudan mesajları hedeflenmiş bireylerle bağıntılı olanlara iletilir, özellikle de akranlar ve aile gibi doğrudan kişilerarası etkisi olan bireylerle.

-Pozitif rol modellerini sosyal öğrenme için dikkatle seçerler, bu bireyler bireysel eylemleriyle negatif rol model de olabilirler (örn. uyuşturucuyu önleme kampanyasına katılan bir ünlünün daha sonra uyuşturucu kullandığının ortaya çıkması).

-Kampanya mesajlarında korku uyandırma kullanıldıysa, yarattığı endişeyi azaltmak için mekanizmalar da beraberinde gelmelidir.

-PSA'ler yalnız başına davranış değişikliği için etki yaratmazlar. PSA'ler diğer kampanya aktiviteleriyle birleştirilmelidirler.

-Etkili kampanyalar görünürlüğünü arttırmak için haber medyasını kullanırlar.

-Hükümetin kampanyadaki rolü; kampanya aktivitelerine fon sağlama ve çatışmalı konularda liderliktir.

-Arzu edilen davranışın benimsenmesini geciktiren, hedef kitlenin var olan bilgi ve inançlarına yönelir.

-Hedef kitlenin var olan güdülleri, ihtiyaçları ve değerleri üzerine kurulan, benimsenen istenen davranışlar için güdüler ve faydalar iletilir.

-Sağlıklı davranışın anında, yüksek olasılıklı sonuçları üzerine hedef kitlenin dikkatini yoğunlaştırır.

-Etkili kampanyalar, ön-denemeyi, kampanyanın hedef kitle üzerinde beklenen etkilerini garanti etmek için kullanırlar³⁵⁷.

Kamu sağlığı uzmanları medyaya gittikçe bağımlı hale gelmektedir. Bu da belli başlı iki eğilimden kaynaklanmaktadır: birincisi risk azaltmaya yönelik bilgiler arttıkça, sağlık eğitimcilerinin daha fazla iletecek mesajları ve geliştirecek programları olmasından, ikincisi de sağlık alanının gittikçe daha rekabetçi olması ve kurumların görünürlüklerini ve güvenilirliklerini arttırmak için medyaya gereksinim duymalarından. Stuyck'a göre kamu sağlığı alanında çalışanlar, medyanın onlara ihtiyacı olmasından çok daha fazla medyaya ihtiyaç duymaktadırlar. Bu dengesiz ilişki de kamu sağlığı tarafında olanların uyum sağlayabilmeleri için daha fazla güç harcamalarını gerektirmektedir³⁵⁸.

4.5. Türkiye’de Sağlık İletişimi Kampanyaları

Türkiye’de sağlık iletişimi kampanyaları; devlet, STK’lar veya her ikisi tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel sektör de sosyal sorumluluk bağlamında giderek artan bir oranda sağlık kampanyalarını desteklemekte ya da bizzat öncülük etmektedir. Aşağıda, Türkiye’de gerçekleştirilen bazı sağlık iletişimi kampanyalarından örnekler verilmiştir.

4.5.1. Aile Planlaması

Türkiye’de planlı sağlık iletişimi kampanyalarının geçmişi 1986 yılında gerçekleştirilen başarılı aşı kampanyasına dek uzanmaktadır. Bu aşı kampanyasında televizyonun etkili olması ve 1986 yılında yapılan araştırmalar sonucunda; televizyonun birincil enformasyon kaynağı olmasından hareket edilerek, dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile TRT’nin (Türkiye Radyo-Televizyon Kurumu) işbirliği ile aile planlaması amaçlı, ana-çocuk sağlığına yönelik bir kampanya başlatılmış ve televizyonda

³⁵⁷ Maibach, s.30-32.

³⁵⁸ Atkin ve Arkin, “Issues and Initiatives in Communicating Health Information to the Public”, s.20-21.

bu konuda eğitici bilgiler ve reklam spotlarından yararlanılmıştır. 1987 yılında UNFPA'nın (United Nations Population Fund–Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) desteği ile dönemin Başbakanı Turgut Özal, doğurganlık oranını azaltmak için bir kampanya başlatmıştır. Özal, bu amaçla yeni bir sağlık bakanı atamıştır. 1987 yılının sonlarında Türkiye'nin önde gelen sanayicilerinin kurduğu Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı ve Johns Hopkins Üniversitesi Nüfus İletişimi Hizmeti bir ulusal aile planlaması kampanyası yürütmüşlerdir. 1988 yılının son üç ayında yoğun bir iletişim kampanyası lanse edilmiştir.

1988 yılına gelindiğinde ise ikinci yoğun kampanya, yine Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı tarafından gerçekleştirilmiştir. Medya sektörü ile yakın ilişki kuran bu Vakfın yönetim kurulu üyeleri, Türkiye'nin reklama en çok yatırım yapan kuruluşlarının yönetim kurulu başkanlarıdır. Gerçekleştirilen kampanyalarda; mizah, müzik ve duygusal dramalarla gerçekçi durumlar verilmiştir. Kısa TV spotlarında tipik Türk karakterleriyle röportajlar yapılmış, ayrıca ünlü komedyen Uğur Yücel de bu spotlarda yer almıştır. Bir TV dizisinde İstanbul'un varoşlarında yaşayan 6 çocuklu göçmen bir ailenin hayatı dramatize edilmiştir. Bu dizide, ünlü sinema yıldızı Türkan Şoray, şehirli çalışan bir kadını canlandırmış ve istenmeyen gebelikle ilgili mesajlar vermiştir (“Serçeler Göç Etmez”).

Ulusal aile planlaması kampanyaları, aile planlaması konseptini tanıtmak ve ayrıca gebeliği önleyici modern yöntemlerin kullanımı ve aile planlaması hizmetlerinin kullanımı için tasarlanmıştır. Gebeliği önleyici davranış değişikliği, kampanyanın uzun dönemli amacıdır, kampanyanın kısa dönemli amaçları ise:

- aile planlaması genel konseptini, en yakın konsept olan doğum kontrolü konseptine bitişik olarak kullanmak
- Türkiye çapında kadınların gebeliği önleyici modern yöntemler ve bunların ulaşılabilirliği hakkında bilinçlendirilmesi
- eşler arasında aile planlaması ve ailenin büyüklüğü hakkında konuşmayı sağlamak

-ulusal hükümet, kamuoyu önderleri ve karar alıcılardan; aile planlaması kampanyası ve genel olarak aile planlaması hakkında geniş destek sağlamak olarak sıralanabilir. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 1987-1988 yılları arasında ulusal aile planlaması kampanyası için araştırma, planlama, prodüksiyon ve üretim aktivitelerinde bulunmuştur. Bu kampanyanın ayrıntılarına göz atacak olursak:

İlk aşamada Türk insanının aile planlaması hakkında tutum ve davranışlarını öğrenmek için araştırma yapılmıştır. Bu araştırma, 1987 ortalarında bir reklam ajansı olan ADA, Türkiye'nin 7 bölgesinde 30 focus grupta 180 kadınla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 30 erkekle de 4 focus grup araştırılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda pek çok Türk kadınının daha az çocuk istediği, ancak kocanın karşı olmasının yanısıra, aile planlaması enformasyonu ve hizmetlerinin eksikliğinin engel teşkil ettiği, şehirli/kırsal kökenli, eğitilmiş/eğitimsiz, çalışan/işsiz ve doğulu/batılı gibi özellikler dikkate alınmadan; Türkiye'de pek çok kadının aile planlaması hizmetlerini kullanmak istediklerinde ulaşabildikleri, genel olarak kadınların aile planlaması hakkındaki bilgilerinin sınırlı olduğu, gebeliğin önlenmesinde kullanılan yöntemler hakkında yanlış bilgilendirmelerin yaygın olduğu, dini ve kültürel görüşlerin aile planlaması uygulamalarında önemli engeller olmadığı ortaya konulmuştur. Bir diğer araştırma da; kadınların %60-70'inin okur-yazar olduğu halde, %30'dan azı her gün gazete okumakta olduğunu, kadınların %85'inin günde 3 saatten fazla kendi radyolarını (veya başkalarınınkini) dinlediğini, %93'ü günde 3 saatten fazla kendi televizyonlarını (veya başkalarınınkini) seyrettiğini, genellikle aile planlaması enformasyonunu arkadaşlarından ya da komşularından elde ettiğini, bu durumun da yüksek oranda mezenformasyona neden olduğunu, aile planlaması iletişimini onayladıklarını, daha da yaygınlaşmasını istediklerini, Marmara ve Orta Anadolu gibi daha gelişmiş bölgelerde yaşayan kadınların aile planlaması hakkında daha bilgili olduğunu ve gebeliği önleyici yöntemleri daha çok kullandıklarını, aile planlamasında bilginin eğitimle yüksek oranda ilgili olduğunu yansıtmaktadır.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, ilk ulusal kampanyada birincil olarak 15-44 yaş arası evli kadınları, ikincil olarak erkekleri (şehirli ve kırsal) hedeflemiştir.

Kamuoyu önderleri de üçüncül hedef kitleyi oluşturmuştur. Formatif araştırma sonucunda kitle iletişimine yönelik 10 tema belirlenmiştir:

- bakabileceğinizden çok çocuk sahibi olmak kötüdür
- istenmeyen gebeliklere karşı önlem alın
- modern, güvenli ve güvenilir aile planlaması yöntemleri sağlık kliniklerinde mevcuttur
- aile planlaması terimi yalnızca istediğiniz kadar çocuk sahibi olmak anlamına gelir, aile planlaması; sağlıklı anne, sağlıklı çocuklar ve sağlıklı ev demektir
- uygun sayıda çocuk sahibi olmak, annenin ve çocuğun sağlığı için önemlidir
- küçük aile mutlu ailedir
- aile planlaması erkeğin sorumluluğudur
- İslam, aile planlamasını destekler
- danışma için sağlık çalışanlarına başvurun
- Türkiye'nin hızlı nüfus artışı, sosyo-ekonomik gelişmeye engel olur.

Televizyon bu kampanyada merkezi rol oynamış, radyo ve yazılı basın da destekleyici olarak kullanılmıştır. Event'ler ise kamuoyu önderlerine ulaşmada önemlidir. Kamuoyu önderlerine ilk aşamada ulaşarak, mesajların televizyonda yayınlanmasından önce kampanyayı izlemeleri sağlanmıştır. Bir sonraki aşama ise, basılı malzemelerin dağıtımının sağlanmasıdır. Ayrıca, eğitim kurslarında kullanılmak üzere hazırlanan 30 dk.lık video kasetler vakfa iletilmiştir. Hazırlanan televizyon dizisi, aile planlaması ile ilgili sorunlar hakkında güçlü bir izleyici bilinci yaratmak için, izleyicileri aile planlaması hizmetleri ve diğer doğum kontrol yöntemleri hakkında daha fazla enformasyon aramaları için motive etmek amacıyla yayınlanmıştır. Kampanyanın orta dönemi 50 dk.lık bir TV draması, 8 kısa radyo draması, 5 kısa eğitici TV spotu ve 5 mizahi TV spotundan

oluşmaktadır. Her kısa spotun ardından vurucu bir slogan kullanılarak kampanyanın ana temaları vurgulanmıştır.

1988 yılında, 600 üst düzey bürokrat, sağlık profesyoneli ve medya temsilcisinin katıldığı bir sempozyum düzenlenmiştir. Ayrıca İstanbul'da aile planlaması temalı bir fotoğraf sergisi, "Serçeler Göç Etmez" isimli 3 bölümlük bir TV draması, "Ama Anne" isimli bir başka drama, 26 dk.lık "Bir Çocuk Ağlıyor" isimli bir belgesel ve "Kevser'in Mahkemesi" isimli 50 dk.lık bir radyo draması da kampanya dahilinde gerçekleştirilmiştir³⁵⁹.

Aile planlamasına yönelik bu kampanyalar, Türkiye'de "ilk" planlı sağlık kampanyaları örnekleri olması açısından önemlidir. Bu kampanyalarda ayrıca mizah önemli bir unsur olarak kullanılmıştır. Söz konusu kampanyalar; uluslararası organizasyonlar, devlet ve STK'lar ile reklam ajansı ortak çalışması olma özelliğini de taşımaktadır.

4.5.2. Kanser ve Sigarayı Bırakma

Burada örnek olarak verilecek kampanyalar 2004 yılında düzenlenen kampanyalardır. Sağlık Bakanlığı, 1-7 Nisan 2004 tarihinde Kanser Haftası nedeniyle çeşitli faaliyetler düzenlemiştir. Bakanlık bünyesindeki Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, etkinliğin amacını; "başta 1. basamak olmak üzere tüm sağlık, eğitim, diğer ilgili kurumlar ve gönüllü kuruluşlar işbirliği ile sağlık personeli ve halka yönelik eğitim programları, panel, seminer, konferans, sempozyumlar, yarışmalar düzenleyerek, halkın ve sağlık personelinin kanser, kanserin nedenleri, belirtileri, kanserden korunma ve erken tanı (ayrıca erken tanı ile önlenabilir meme, serviks, cilt vb. kanser türleri) konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi" olarak belirtmektedir. Bu haftayla ilgili olarak şu faaliyetler düzenlenmiştir:

³⁵⁹ D. Lawrence Kincaid ve Diğerleri, "Turkey's Mass Media Family Planning Campaigns", Thomas E., *Organizational Aspects of Health Communication Campaigns: What Works?*, Backer ve Everett M. Rogers (ed.), California: Sage Publications, 1993, s.68-92.

-Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı ve STK'ların işbirliğiyle “3. Beslenme, Çevre ve Kanser Sempozyumu”

-Devlet ve özel hastanelere, semt polikliniklerine, halk sağlığı laboratuvarlarına, dispanserlere, Ana Çocuk Sağlığı / Aile Planlaması merkezlerine, sağlık ocaklarına, okul, kafe, terminal vb. toplu mekânlara afişlerin asılması

-Şehirdeki caddelere ve halkın görebileceği yerlere; “1-7 Nisan Kanser Haftası”, “Kanserde Erken Teşhis Hayat Kurtarır”, “Sağlıklı Beslenmek Kanseri Önler” vb. sloganları yer aldığı bez afişlerin asılması

-Milli Eğitim Müdürlüğü işbirliğiyle ilköğretim, lise ve meslek okullarında eğitim

-Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerine panel, konferans vs. aracılığıyla kanser eğitimi verilmesi

-Sağlık Ocağı hekimlerince kalabalık işyerlerine, sanayi işkollarına ve fabrika işçilerine yönelik kanser konulu konferanslar düzenlenmesi

-Hastanelerde başta sağlık personeli olmak üzere halka yönelik panel, konferans vs. düzenlenmesi, hastane içinde kapalı devre televizyon yayını yapılması

-Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının televizyonlara gönderdiği programlarının ve diğer olanaklarla sağlanan programların yerel televizyonlarda yayınlanması, radyolarda, gazetelerde, dergilerde haber, bilgi, mesaj ve spotların yayınlanması ve televizyon programlarına katılım.

-Hastanelere, semt polikliniklerine, dispanserlere, Ana Çocuk Sağlığı / Aile Planlaması merkezlerine, sağlık ocaklarına broşürler dağıtılması

-Sağlık ocağı personeline bölge halkına yönelik, erken teşhisle önlenabilir kanserler konusunda (kahvehane, fabrika ve işyerleri, okullar, halk eğitim merkezleri vb.) eğitim verilmesi

-Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin ev ziyaretleri düzenleyerek bayanlara kendi kendilerine nasıl meme muayenesi yapacaklarını anlatmaları, bunları kartlarında izlemelerini sağlamaları

-Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının hazırladığı video kasetlerin eğitim çalışmalarında kullanılması

-Sağlık hizmetlerinin halka tanıtımı için resim ve fotoğraf sergileri, filmlerin kullanılması

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının Kanser Haftası nedeniyle düzenlediği eğitim faaliyetlerinin konular ise şöyledir:

-Meme kanserini önleme ve korunma

-Güvenli su kullanımı

-Uygun beslenme alışkanlığı

-Hayvansal yağ tüketiminin azaltılması

-Yiyecekleri hazırlama ve saklama koşulları

-Çevredeki toprakta bulunan zeolit ve asbest konusunda halkın bilgilendirilmesi

-Sigara kullanımının zararları.

-Güneş ışınlarından korunma

-Serviks kanserinde erken tanı ve taramanın önemi

-Cilt kanserinde erken tanı ve taramanın önemi

Sağlık Bakanlığı, 31 Mayıs Dünya Sigarayı Bırakma Günü ve 11 Mayıs Anneler Günü'nü bir hafta ile birleştirerek; 2-11 Mayıs 2004 tarihleri arasında "Anneler Günü Sigarayı Bırakma Kampanyası" düzenlemiştir. Kampanyanın amacı annelerin ve özellikle

hamile kadınların sigara içmelerini önlemek olarak belirlenmiştir. Kampanya çalışmalarında 100 bin afiş (başta sağlık kuruluşlarına asılmıştır) kullanılmış, 75 bin sertifika hazırlanarak İl Sağlık Müdürlüklerine dağıtılmıştır. Kampanya, belirtilen tarihler arasında diğer kamu kurumları ve STK'ların işbirliğiyle, ulusal ve yerel televizyon, radyo ve gazeteler aracılığıyla tüm kesimlere duyurulmuştur. Sigarayı bırakan kişilere, bunu belgelemek amacıyla kullanmak üzere sertifika verilmiştir (sağlık müdürlükleri, hastane ve sağlık ocaklarından temin edilmiştir).

1994 yılından bu yana WHO ve Finlandiya Halk Sağlığı Enstitüsü işbirliğiyle tüm dünyada iki yılda bir düzenlenen “Sigarayı Bırak-Kazan” kampanyası 2-29 Mayıs 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığınca Türkiye’de de ikinci kez düzenlenmiştir. 2002 yılındaki kampanya sonucunda kampanyaya katılanların %84’ünün sigarayı bırakmalarına yardımcı olduğu, %73.5’inin kampanya süresince hiç sigara içmediği, %44.7’sinin ise kampanyadan sonraki bir yıl boyunca hiç sigara içmediği görülmüştür. Bu kampanyanın hedefi; bir bırakma günü belirleyerek, bırakma düşüncesini harekete geçirmek, ödül kazanma fikrinin, bırakma girişimini bırakma teşebbüsüne dönüştürmesi, ödül beklentisinin bırakmanın zorluklarını aşma konusunda destek sağlaması, bir çok insanın aynı anda sigaradan uzak kalmasıyla sosyal desteğin en üst düzeye çıkması, kitlesel bir olay olduğu için kampanyanın medyada önemli bir yer işgal ederek bu yolla konunun kitlelerin gündemine girmesi ve sigara ve sağlık konusundaki genel bilinçlenmeye katkı sağlaması olarak belirlenmiştir. (Kampanya kurallarına göre kişiler dört hafta süre ile sigara içmemiş ve bu sürenin sonunda, şahitler ve kimyasal analizler sonucu kazanan belirlenmiş ve 5 milyar lira ödül almıştır³⁶⁰. Ödülü kazan kişinin daha sonradan sigara içtiği belirlenmiş ve ödül, ikinciye verilmiştir. Medyanın bu olaya kampanyanın kendisinden daha geniş yer vermesi de dikkat çekicidir).

³⁶⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <http://www.saglik.gov.tr>, (15.05.2004).

4.5.3. HIV/AIDS

Türkiye Kızılay Derneği ile Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Dernekleri Federasyonu tarafından HIV/AIDS konusunda toplumu bilinçlendirmek ve AIDS hastalarının toplumda ayrımcılığa maruz kalmalarını önlemek amacıyla düzenlenen “AIDS Gerçeği: Herkese Anlatalım” konulu kampanya 2004 yılında Türkiye tarafından devam ettirilmektedir. Kampanya çerçevesinde, 2004 yılı Mayıs ayında Kızılay tarafından HIV/AIDS konusunda Eğitim / Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Ayrımcılık / Dışlamanın Önlenmesi Projesi başlatılmıştır. Bu proje ile Türkiye’de belirli hedef grupların, eğitim/bilgilendirme yolu ile bilinçlendirerek enfeksiyonun yayılmasını, HIV/AIDS’le yaşayan kişilere yönelik ayrımcılık ve dışlamanın önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla Kızılay’a bağlı kan merkezlerinde, tıp merkezlerinde, toplum merkezlerindeki depolarda çalışanları eğitilmesi çalışmaları, başta büyük şehirlerdeki gençlere yönelik stand çalışması, bu illerde yayın yapan radyolarda AIDS’e karşı bilinçlendirme amaçlı spotların yayınlanması, ulusal gazetelerde AIDS’le ve ayrımcılıkla mücadeleyle yönelik ilanlar yer almıştır³⁶¹.

Türkiye’de AIDS hastalığıyla ilgili STK’lara baktığımızda ise AIDS ile Savaşım Derneği, AIDS ile Mücadele Derneği, HATAM, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Savaşım Derneği, Türkiye Aile Planlaması Vakfı, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Cinsel Sağlık Eğitim ve Danışma Merkezi, Türk Tıp Öğrencileri Uluslararası Komitesi (TURKMSIC) ve Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Topluluğu’nun (BUHUS) faaliyetlerine rastlamaktayız. STK’ların faaliyetlerinin Dünya AIDS günü olan 1 Aralık’da en üst seviyeye çıktığı, diğer zamanlarda son derece seyrek gerçekleştirildiği görülmektedir. Yukarıda adı geçen STK’ların kullandıkları araç ve yöntemler şöyle sıralanabilmektedir: Akran eğitimi, okul ve halk konferansları, askeri personel ve polislerin eğitimi, “eğitimcilerin eğitimi” (Uzman doktorlar, pratisyenler, hemşireler, dişçiler, eczacılar, sosyal hizmetler görevlileri, öğretmenler, gönüllüler ve kamuoyu önderlerinin eğitimi), üniversite öğrencilerine yönelik yaz okulu, yayınlar (kitaplar, süreli dergiler,

³⁶¹ Türkiye Kızılay Derneği, <http://www.kizilay.org.tr>, (22.05.2004).

posterler, el ilanları, filmler/reklam spotları), standlar, televizyon ve radyo röportajları, savunuculuk (Dünya AIDS Günü, milletvekilleri), danışma (yüz-yüze, telefon, internet), HIV Antikor testi, havale, tedavi, araştırma (tıbbi, toplumsal), öğrenci kulüpleri, tiyatro gösterileri, konserler, devlet danışmanlığı, risk altındaki gruplarla çalışma (seks işçileri, intravenöz madde bağımlıları, homo/transseksüeller, sokak çocukları)³⁶².

Türkiye’de sağlığın geliştirilmesine yönelik kampanyalar, sağlık iletişimi kampanyaları olarak değil, “sağlık kampanyaları” adı altında ele alınmakta ve uygulanmaktadır. “Sağlık iletişimi” bir disiplin olarak ülkemizde yeterince tanınmamaktadır. Söz konusu kampanyalar, kamu, özel sektör ve STK’ların, (kimi zaman bunların arasındaki işbirliğiyle) sağlık kurum ve kuruluşları, dışarıdan reklam ve/veya halkla ilişkiler ajansı desteğiyle gerçekleştirilmektedir. Bu alanda özellikle de STK’ların faaliyetlerinin yoğun olduğu görülmektedir. Multiple Sclerosis Derneği, Türk Kansere Savaş Vakfı, Toraks Derneği (örn.KOAH-kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile ilgili kampanyası bulunmaktadır), Sigarayla Savaşanlar Derneği bu tür kampanyalar düzenleyen STK’lar arasında sayılabilir.

Yukarıda aktarılan sağlıkla ilgili kampanyaların ortak özelliği, bireysel sağlık davranışlarına yönelik kampanyalar olmasıdır. Bu kampanyalar ilgili sağlık sorununa yönelik farkındalık yaratmaktadırlar. Genellikle WHO, UNAIDS gibi uluslararası kuruluşların Türkiye temsilcilikleri, bu kuruluşların geliştirmekte olan ülkeler için planladıkları kampanyaları ülkemizde uygulamaktadırlar. Bu kampanyaların hayata geçirilmesinde ise kamu kuruluşları ve STK’lar işbirliği yapmaktadırlar. Sosyal pazarlama ve halkla ilişkilerin araç ve yöntemleri olan event organizasyonu, standlar kurulması, yazılı ve görsel-ışitsel araçların kullanımı, internet siteleri bu kampanyalarda kullanılan yöntemlerdir. Sağlık eğitimi, Türkiye’de sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık iletişiminin medyada savunuculuk gibi bireysel davranışların değiştirilmesine değil de sosyal değişimin gerçekleşmesine çalışan yöntemi ise Türkiye’de henüz yeterince bilinmemektedir.

³⁶² Türkiye Durum Analizi, UNAIDS Türkiye Koordinatörlüğü, <http://www.un.org.tr>, (10.05.2004).

5. SONUÇ

“Sağlığın Geliştirilmesine Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi” başlıklı bu tezde, çok disiplinli bir alan olan “sağlık iletişimi”nin sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına nasıl katkıda bulunabileceği ve özellikle de “stratejik iletişim yönetimi” olarak nitelendirilen halkla ilişkilerin bu süreçte nasıl katılabileceği problematiği esas alınmıştır.

Sağlık hakkı; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948), Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1966) ve Avrupa Sosyal Şartı (1961) gibi uluslararası sözleşmelerle ve anayasa metinlerinde temel insan hakkı olarak tanımlanmıştır. Sağlık hakkı, diğer hak ve özgürlüklerin gerçekleşebilmesi için de vazgeçilmezdir. Ayrıca sağlık hakkının, içinde yaşanılan ülkenin sosyo-ekonomik yapısına bağımlı olduğu da unutulmamalıdır Sağlık hakkının ekonomik, sosyal ve kültürel hakları kapsayan ikinci kuşak insan hakları arasında yer alması nedeniyle, devlet bu hakkın gerçekleştirilmesine aktif olarak katılmakla yükümlüdür. Devlet, küreselleşmenin de etkisiyle bu sorumluluğunu günümüzde özel sektör ve STK’lar ile paylaşmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde devlet ya doğrudan doğruya yer almakta ya da kamusal veya özel örgütlerle işbirliğine gitmektedir.

Toplumdaki her bireyin kendi sağlık tanımlaması olmasına ve bu tanımlamanın kültürden kültüre değişmesine rağmen, insan olmanın evrensel bağlamı, bizi öncelikle evrensel bir sağlık tanımı arayışına götürmektedir. Bu noktada evrensel bir sağlık tanımlamasının yapılmasının güçlüğü ile karşılaşmıştır. Sağlık algılamalarının çıkış noktasını oluşturan hastalık ve rahatsızlık kavramlarının günümüze kadar geçirdiği anlamsal sürecin izlenmesi sonucunda; ilkçağlarda cinlerin, ruhların ve kötü bakışlı insanların hastalıkların nedeni olarak görüldüğü, doğaüstü güçlerin egemenliğinin söz konusu olduğunu gördük. Daha sonra ise hastalıkların nedenlerini açıklamakta vücudumuzu meydana getiren öğelerdeki dengesizlik veya günâhlarımızın kefareti olarak Tanrı’nın bizlere verdiği ceza sahnede idi. Aydınlanma ve bilimsel buluşlar sayesinde ise

rasyonalite, dini değil aklı referans almıştır. 17.yy.da mikrop teorileri geliştirilmiş, 18.yy.la birlikte hastalığın sosyal kökenleri ele alınmaya başlanmıştır. 20.yy.a gelindiğinde tıp gücünü sağlık alanıyla paylaşmaya başlamıştır. Günümüzde her alandaki küreselleşmenin, hastalık ve sağlık kavramlarına da yeni tanımlamalar ve anlayışlar getirdiğini görmekteyiz. Küreselleşen terör ve kimyasal, biyolojik tehditler; sağlığın tanımlanmasına “güvenlik” kavramını da sokmuştur. Bu noktada “güvenlik” yalnızca gücü elinde bulundurana ait bir olgu gibi ele alınmakta ve savaşlarda sivil halkların güvenliği, dolayısıyla da en temel insan hakkı olan yaşam hakkının hiçe sayılmasına neden olabilmektedir.

Sağlığın tanımlanmasında dominant tanımlama olan sağlığın negatif tanımlamalarında; biyolojik ve tıbbi parametreler kullanılırken, sağlığın pozitif tanımlamalarında fiziksel, zihinsel ve sosyal unsurların birarada kullanılmasıyla birlikte bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileşimine olanak doğmuştur. Batı’nın tıbbi modeli, sağlığın negatif tanımlamalarından hareket eder. Batı’nın laikleştirme sürecinde din olgusu sahip olduğu gücü ve işlevi kaybetmeye başlayınca, yerini tıp almıştır. Bu süreçte doktorlar, yeni otoriteyi temsil etmekte ve yalnızca kendi aralarında kullandıkları Latince ile (bugün ilaç prospektüslerinde kullanılan dil de ilacı kullananların çoğunluğunca anlaşılammaktadır) bu otoriteyi ellerinde tutmaktadırlar. Bu durum, sağlığı tamamen tıbbi kavramlarla ele alan sağlığın tıbbi modeli ve “sağlığın tıbbileştirilmesi”nin yerine sağlığın pozitif tanımlarından hareket eden sosyal model ve “sağlığın sosyalleştirilmesi” ile bir ölçüde kırılmıştır. Sağlığın tıbbi modelini yadsımadan, sağlığı daha holistik yaklaşımla ele alan bir sosyal model; günümüzün önemli kamu sağlığı problemlerini açıklamakta, önlemler almakta ve tedavi sürecinde çok önemli katkılar sağlamaktadır. Örneğin uyuşturucu bağımlılığı konusunda yalnızca bireyleri suçlayan bir yaklaşım yerine, bireyi uyuşturucu kullanmaya iten sosyal, ekonomik ve davranışsal nedenler ile yasal düzenlemeler bir arada ele alınmalıdır. Bu örneği günümüzün önemli sağlık sorunlarına (HIV/AIDS, tüberküloz, kalp ve damar hastalıkları, kanser gibi) kolaylıkla uygulayabiliriz. Tıbbın artık global sağlık sorunlarını çözmede, sağlıkla ilgili risklere karşı mücadele etmede tek başına yetersiz kaldığı ortadadır.

Sağlık iletişimi, çok disiplinli bir alan olarak sağlığın geliştirilmesine çok önemli katkılarda bulunabilir. Sağlığın profesyonel uzmanların belirleyici olduğu alandan çıkarak, diğer disiplinlerle etkileşime girmesi, postmodern gelişmelerin sonucunda “sağlık bilimleri” ve “sosyal bilimler” arasındaki alanın daha geçirgen hale gelmesi sağlık iletişiminin ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Çok disiplinlilik aynı zamanda sağlığın tıbbi modeline ve dolayısıyla da sağlığın tıbbileştirilmesine eleştirel bir boyut getirmektedir. Sağlıkla ilgili enformasyon sağlama, sağlık eğitimi, hastalıkların önlenmesi gibi konular sağlık iletişiminin amaçları arasındadır. Ayrıca son yıllarda karşılaştığımız BSE, şarbon, SARS, nükleer atıkların yarattığı tehditler gibi kamu sağlığı risklerine karşı, “risk iletişimi” ile yani iletişim tekniklerinin ve araçlarının risklerin bertaraf edilmesine yönelik kullanımının gerekliliği ortadır. BSE bu konuda başarısız bir örnektir, SARS ise halen üzerinde tartışılmasına rağmen başarılı bir örnektir. Risk iletişiminde medya, kamu ve tıp sağlığı uzmanları, sağlık iletişimi alanında çalışanlar ve devlet; koordineli bir şekilde hareket etmelidir. Önümüzdeki yıllarda özellikle de İstanbul’u büyük ölçüde etkileyeceğine kesin gözüyle bakılan deprem ile ilgili olarak hazırlanması gereken planlara “iletişim stratejileri” de dahil edilmelidir. Ayrıca Çernobil faciasının etkilerinin 18 yıl sonra Türkiye’de yeniden gündeme gelmesi, o dönemde risk iletişimi yapılmaması ve radyoaktif serpintilerden etkilenenlerin sayısının “henüz” belirlenmeye başlanmasının bir sonucudur.

Sağlık iletişiminin kullandığı yöntemler olan sosyal pazarlama, medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve halkla ilişkilerin ortak noktası sağlıkla ilgili olumsuz davranışları hedef almaktır. Sosyal pazarlama, iletişim ve sosyal psikoloji tekniklerini uygulamalı pazarlama teknikleriyle birleştirir. Ancak sosyal pazarlama kimi kamu sağlığı uzmanlarınca manipülatif ve etik olarak şüpheli bulunarak, ayrıca da bireysel alışkanlıkların değiştirilmesine yoğunlaşması nedenleriyle eleştirilmektedir, eleştirilerin hedefinde sosyal pazarlamanın insanları çoğunlukla tüketici yaptığı yer almaktadır. Medyada savunuculuk ise kişisel sorunları alarak, bunları sosyal konulara çevirir. Sağlıkla ilgili politikaların değiştirilmesini hedef alan medyada savunuculuk faaliyetleri, spesifik aktivizm olarak da ele alınabilir. Medyada savunuculuğun kullandığı “gündem yaratma ve yaratıcı epidemiyoloji” ve “çerçeveleme” teknikleri, sosyal değişimin sağlanmasında son

derece etkilidir. Bu tekniklerin kullanıldığı kampanyalar, genel olarak kitle iletişimi kampanyalarından bazı noktalarla ayrılmaktadır, en önemli fark ise medyada savunuculuğun bireysel davranışları değil; sosyal, fiziksel ve politik çevreyi değiştirme amacını taşımasıdır. Halkla ilişkiler ise, sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir enformasyonun yayılmasında, sağlıklı davranışa ikna etmede ve sağlık bilincini (*health literacy*) oluşturmada kullanılabilir. Ancak tüm bu halkla ilişkiler faaliyetlerinde içinde bulunulan ülkenin kültürel özellikleri vs. de dikkate alınmalı, bire bir Batı'dan ithal edilmiş halkla ilişkiler uygulamalarından kaçınılmalıdır. “Sosyal sorumluluk” konseptiyle hareket eden işletmelerin de sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi gibi konularda faaliyetleri bulunmaktadır. Ancak burada birincil motif “kamu yararı” değil, işletmelerin çıkarıdır. Halkla ilişkiler, sağlıkla ilgili enformasyonun yayılması için bir kitle iletişim yoludur. Halkla ilişkiler stratejileri ve teknikleri son dönemlerde daha sık görülmeye başlanan kamu sağlığı risklerine (SARS, BSE gibi) karşı da son derece önemli bir güçtür. Risk iletişiminde de kriz iletişiminde kullanılan teknikler ve araçlar kullanılır, ancak yine de işletmenin çıkarı değil, kamunun çıkarı birincil plandadır. Bugün halkla ilişkiler disiplinine getirilen çoğu haklı eleştirilerin bu “kamu yararı” işlevini gözardı etmesi dikkate değerdir. Halkla ilişkilerin iki yönlü simetrik modelinin diyaloga, şeffaflığa ve consensus oluşturmaya dayalı anti-Makyavelist özelliğinin sağlık iletişiminde bir strateji olarak uygulanması, küresel iletişim sisteminde gitgide daha sofistike bir hal alabilecek (hatta bazı halkla ilişkiler teknikleri “uluslararası savaş iletişimi” dahilinde halkları savaş için kamuoyu oluşturmaya ikna etmek amacıyla bile kullanılmaktadır) çoğunluğu tek yönlü, manipülatif ve etik dışı uygulamalara karşı koyabilecektir.

Sağlık konularına artan ilgi, medyanın sağlık konularına gittikçe daha fazla yer vermesi, sağlık enformasyonunu “kaliteli” ve “kullanılabilir” olduğu anlamına gelmemektedir. Tüketime yönelik, “ticari sağlık” sektörü, “kamu sağlığı”nın önüne geçmiştir. Artan bol ve düşük kaliteli enformasyon, medya tarafından kimi zaman mezenformasyon ve dezenformasyon halinde alıcılara iletilmekte ve kamu sağlığını tehdit etmektedir. Çok fazla sağlık enformasyonu verilmektedir ama gerçekte bu enformasyonlar

ihtilaflı ve karmaşıktır. Tıbbi enformasyonun amacına ulaşabilmesi için sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal alanlarda üretilen diğer bilgilerce desteklenmesi gereklidir.

Egemen medya, özellikle de televizyon sağlıkla ilgili çeşitli imajlar, rol modeller ve enformasyonlar sunar. Sağlığın gerçek dışı bu görünümü ile kamunun dikkati sosyal ve politik faktörlerden uzağa çekilir. Medyanın ilettiği sağlık enformasyonlarında ortak nokta “gerçek yaşam göstergeleri”ni yansıtmaktan uzak olmasıdır. İnternet her ne kadar kamu sağlığı enformasyonunun iletilmesinde yeni olanaklar sağlasa da bazı sınırlılıkları (düşük SES’e sahip olanlar ya da bilgisayar kullanmasını bilmeyenler, bilgisayara sahip olmayanlar gibi marjinalize olanlar) ve sağlık enformasyonunun denetimi nedeniyle bazı sorunlar söz konusu olabilmektedir. Bugün internet üzerinden sahte reçeteye ilaç satışı yapılmakta ve durum da kamu sağlığı açısından ciddi bir tehlike arz etmektedir.

Sağlık iletişimi çalışmalarında kamu sağlığı ve medyanın önceliklerinin çatıştığı da unutulmamalıdır. Sağlığı geliştirme bir sosyal değişim meselesidir. Medya ise *status quo*’nun korunmasına çalışmaktadır. Kamu sağlığı uzmanlarının medyaya ihtiyaçları, medyanın kamu sağlığı uzmanlarına ihtiyacından daha fazladır. Bu eşit olmayan ilişki de medyanın özelliklerini iyi tanıyan iletişim uzmanlarınca aşılması gereken bir engeldir.

Sağlık iletişimi kampanyalarının özellikle “enformasyon yoksulu” kesimlerle “enformasyon zengini” kesimler arasındaki bilgi uçurumunu açtığı yolundaki veriler incelendiğinde; özellikle düşük SES’e sahip kesimlere doğru araçlarla ulaşılmadığı görülmektedir. Bu noktada, halkla ilişkilerin özellikle hedef kitleyi belirleme ve mesaj dizaynı konusundaki uzmanlığından yararlanılabilir. Örneğin özellikle az gelişmiş ülkelerde her yıl binlerce bebek diareten hayatını kaybetmektedir. Oysa ki ORT (Oral Rehydration Therapy-Ağız Yoluyla Rehidratasyon Tedavisi) ile yani belli miktardaki su, şeker ve tuz karışımının (ki kimi yerlerde poşetler içinde hazır) bebeklere verilmesi ile bu ölümlerin engellenmesi aslında son derece basit bir enformasyondur ve maliyeti de son derece düşüktür. Bu enformasyonun iletilmesinde broşürlerden, sağlık eğitimi seminerlerinden, afişlerden yararlanılmaktadır. Bu örnekte kitle iletişimi pahalı bir yoldur

ve kitle iletişim araçlarına sahip olanların da sayısının az gelişmiş ülkelerde düşük olduğu da hesaba katılmalıdır (örneğin UNESCO İstatistik Enstitüsü'nün 1997 verilerine göre az gelişmiş ülkelerden Burkina Faso'da 370 bin kişi radyoya, 100 bin kişi televizyona sahiptir ve 6 bin kişi de gazete okumaktadır. Etiyopya'da 11 bin 750 kişinin radyosu, 320 bin kişinin televizyonu vardır ve gazetelere de 81 bin kişi ulaşabilmektedir. Bir diğer az gelişmiş ülke olan Bangladeş'de ise 6 milyon 150 bin kişinin radyosu, 770 bin kişinin televizyonu vardır ve 950 bin kişi de gazete okumaktadır). Burada McLuhan'ın "karşınızdaki söylediklerinizi duymadıysa, aslında siz bir şey söylememişsinizdir" sözünü hatırlamakta yarar var; yani neyi, kime, hangi araçlarla söylediğiniz önemlidir. Aksi takdirde "söylediğiniz" karşı tarafta davranış değişikliğine yol açmaz (ya da kısa süreli bir olumlu etkiden söz etmek mümkün olur). Günümüzde teknolojinin baş döndürücü bir hızla ilerleyişi bilgi uçurumunun daha da açılmasına neden olduğu doğrudur. Ancak her ne kadar uçurumların açılmasına katkıda bulunuyorsa da, bu uçurumların kapatılmasında da en büyük katkıyı da yine iletişim bilimi yapacaktır; tabii ki doğru kişiye, doğru yerde, doğru zamanda ve doğru araçlarla, ama en önemlisi de doğru ve kullanılabilir enformasyonla hedef kitlelere ulaşılması durumunda sağlık iletişimi amaçlarına ulaşılacaktır.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik kampanyalar, tıpkı halkla ilişkiler kampanyaları gibi; araştırma, planlama, uygulama ve değerlendirme evreleriyle gerçekleştirilmelidir. Gerek kitle iletişimi kuramları, gerekse sağlık iletişiminin çok disiplinli anlayışından kaynaklanan kuramlar; sağlık iletişimi kampanya tasarımında yol gösterici olmaktadır. Hedef kitle segmentasyonu, güdü çağrışimleri, ön-deneme gibi çalışmalar kampanyaların bilimsel yapısını güçlendirmektedir.

Hükümet, özel işletmeler ya da STK'lar tarafından gerçekleştirilecek kampanyalarda iletişim uzmanlarından destek alınmalıdır. Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık kampanyaları, bugüne kadar sağlık iletişimi kampanyaları olarak değerlendirilmemişlerdir. Örneklerle ele aldığımız kampanyalar; sosyal pazarlama ve halkla ilişkilerin bazı yöntem ve araçlarını (event organizasyonu, standlar kurulması, yazılı ve görsel-işitsel araçların kullanımı, internet siteleri gibi) kullanmaktadırlar. Bireysel sağlık

davranışlarının değiştirilmesini hedefleyen bu kampanyaların, sağlıkla ilgili politikaların değiştirilmesini sağlayacak medyada savunuculuk gibi sağlık iletişimi yöntemlerini kullanmaktan uzak oldukları görülmektedir. Ancak söz konusu kampanyalar, ilgili sağlık sorununa dikkati çekmek ve farkındalık yaratmak açısından bir işlev görmektedirler.

Sağlık iletişimi çalışmalarının etkili olabilmesi için medya sektöründe çalışanlara kamu sağlığının genel hatları anlatılmalı, sağlık haberciliğinin kamunun yararı için nasıl yapılması gerektiği öğretilmelidir. Sağlık profesyonellerinin daha iyi iletişimci, gazetecilerin de bilimsel metodun inceliklerini daha iyi anlamaya ihtiyacı olduğu anlatılmalıdır.

ESAM'ın "Halkın Yararı İçin Sağlık Haberciliği" Bildirgesi'nde yer aldığı gibi sağlık haberciliğinin iletişim fakültelerinde ders olarak okutulmasının şüphesiz ki medyada kaliteli ve doğru sağlık enformasyonunun nasıl iletilmesi gerektiğinin öğretilmesi açısından önemi büyüktür. Ancak sağlık sektöründe çalışan ve sağlığın kendine has özelliklerini bilmesi gereken, sağlık bilincinin oluşturulabilmesi için, medya bilinciyle hareket etmesi gereken iletişimciler yalnızca gazeteciler olmamalı, halkla ilişkiler ve reklam sektöründe çalışanlar da bu konularda eğitim almalıdır. Dolayısıyla sağlık haberciliğinin kapsamı genişletilerek, "sağlık iletişimi" dersi olarak lisans ve lisansüstü dersi olarak okutulmalıdır.

Türkiye'de sağlıkla ilgili mevzuatın 1928 yılından bu yana aynı içeriği koruması da önemli bir sorundur. Bu sorunun tarafları olan hükümet, özel sektör (sağlıkla ilgili reklam ve halkla ilişkiler sektörü, özel sağlık kuruluşları), üniversitelerin tıp ve iletişim akademisyenlerinin ortak bir platformda buluşup, mevzuatı çağın gereklerine uygun ama kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesini de birincil hedef alan biçimde yeniden düzenlenmelidirler. Gerek medyaya gerekse tıp alanına ait oto-kontrol mekanizmalarının işlerliğine büyük önem verilmelidir. Ayrıca sağlık iletişimi içinde yer alan disiplinlerin işbirliği içinde olması şarttır.

EKLER

EK-1. Alma-Ata Bildirisi

1978 senesinde Eylöl ayının on ikinci gününde Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans, dünyadaki tüm insanları sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının en kısa zamanda gerekli işlemlerin yapılmasına olan gereksinmeyi belirleyen aşağıdaki bildiriye yayınlamıştır.

I

Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok, tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdıkları sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğunu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha da vurgulanmıştır.

II

Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş memleketler ile gelişmekte olan ve özellikle sosyal ve ekonomik alanlarda bir varlık göstermemiş memleketler arasında en yüksek derecesine ulaşması, bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir.

III

Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan memleketlerle, gelişmiş memleketlerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

IV

Tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.

V

Hükümetler, kendi halkının sağlığından sorumlu olup, bu sorumluluklarının uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemleri almak suretiyle yerine getirirler. Hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve önümüzdeki yıllarda oluşacak tüm dünya toplumlarının varacakları ana sosyal hedef tüm dünya insanları sağlık durumlarını, kendilerine sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşama götürme olanaklarını verecek 2000 yılı sağlık durumuna kavuşmalarını sağlamak olmalıdır. İşte temel sağlık hizmeti, kalkınmanın bir parçası olarak böyle bir hedefi eşitlik ruhu içinde eld etmenin yoluna açılan kapının anahtarını oluşturur.

VI

Temel sağlık hizmetleri, toplum içindeki faydaları ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metod ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetleridir. Fert ve toplum, bu hizmetleri, bu işlerle ilgili faaliyetlere tam katılma ve toplum ve ülke halkının kalkınmasının her kademesinde sadece kendi kendine yeterlilik ve kendi geleceğini kendisi tayin etme ruhu içinde hareket etmekle sürdürülebilir. Temel sağlık hem bir ülkenin temel çalışması ve odak noktasını oluşturduğundan, tüm sağlık sisteminin ve aynı zamanda ülkenin topyekün sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu sağlık hizmetlerini insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yakınına getirmek ve devamlı sağlık hizmeti çalışmalarının ilk ögesini oluşturarak, bireyleri aile ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilk ilişki kuaracakları kademedir.

VII

Temel sağlık hizmeti:

1.Bir ülkenin ve onun toplumunun ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel özelliklerini kapsar ve onları aksettirir. Aynı zamanda, sosyal, biyo-medikal ve sağlık araştırmaları ve halk sağlığı alanında elde edilen tecrübelerle dayanır.

2.Geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirler.

3.En azından şu konulara ağırlık verir: Mevcut sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol altında bulundurma metodlarını içeren eğitim; uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve çocuk sağlığı hizmetleri, ana sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama yolları; salgın hastalıklardan korunma ve kontrol; genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi şekilleri ve gerekli ilaçların sağlanması.

4.Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında, özellikle tarım, hayvan bakımı (veteriner alanları), gıda, endüstri eğitimi, konut, kamu işleri ve iletişim de dahil olmak üzere, tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş gayretlerine ihtiyaç gösterir.

5.Toplumun temel sağlık hizmetlerine katılması yeteneğinin artırılması ve kendi kendine yeterli hale gelmesine ihtiyaç gösterir. Bunun için, ulusal ve yerel kaynakların tam olarak kullanılma olanağının sağlanması, hizmetlerin planlama, örgütlenme, uygulama ve denetim çalışmalarına halkın katılımı, konu ile ilgili eğitimi gerektirir.

6.Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan bütünleşmiş, yöresel ve karşılayıcı destekleyici, denetim ve dayanışma sistemleri ile sürdürülmelidir.

7.Yerel denetim ve dayanışma düzeylerinde, doktorlara, hemşirelere, ebeler ve kullanıldığı yerler var ise yardımcı ve toplumda görev yapan kimselere, aynı zamanda gerektiğinde geleneksel pratisyenlere, sağlık ekiplerinde çalışabilecek ve toplumun sağlık gereksinimlerine çare bulabilecek şekilde sosyal ve teknik yönleriyle yeterli eğitim görmüş şahıslara bağlıdır.

VIII

Tüm hükümetlere geniş çaplı ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve aynı zamanda diğer sektörlerle işbirliği yapmak için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarını yapmalıdırlar. Böyle bir sonuç için politik amaçları kullanmak ve memleketin kaynaklarını harekete geçirme ve mevcut dış kaynaklarından yeterince yararlanmak gereklidir.

IX

Bütün ülkeler tüm halkı için gerekli temel sağlığı sağlamak için bir ortaklık ruhu ile işbirliği yapmalıdır. Çünkü herhangi bir ülkede insanların sağlıklı olması diğer ülkeleri ve onların menfaatlerini de ilgilendirir. Bu konuda WHO/UNICEF'in temel sağlık hakkında beraberce hazırladıkları rapor, tüm dünyada faaliyet gösteren temel sağlığın daha fazla gelişme ve yaygınlaşmaya devam etmesi için gerekli sağlam temelleri oluşturmuştur.

X

Bugün dünyada yaşayan tüm insanların gereksinimi olan yeterli bir sağlık düzeyini 2000 yılında elde etmek için dünya kaynaklarının tam ve daha elverişli bir şekilde kullanılması gerekir. Ancak bu kaynakların bugün büyük bir kısmı silahsızlanma ve askeri anlaşmazlıklar uğruna harcanmaktadır. Silahsızlanma ve yumuşamanın sağlanması ve oluşturulması daha birçok ek kaynakların barışçı maksatlarla kullanılmasına ve özellikle temel sağlığın en önemli kısmını oluşturduğu sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasına olanak sağlar.

Temel sağlık için yapılan uluslararası konferans, tüm dünyada ve özellikle kalkınmakta olan ülkelerde temel sağlığın teknik işbirliği ruhu içinde ve yeni uluslararası ekonomik düzeye uymak suretiyle geliştirmek ve tatbik etmek için çok acele ve etkili çalışmaların yapılmasını istemektedir.

Hükümetleri, WHO ve UNICEF'i diğer uluslararası örgütlerle birlikte tüm çok ve iki ortaklı kuruluşları ve hükümetdışı örgütleri, parasal kaynak sağlayan kuruluşları, tüm sağlık görevlilerini ve tüm dünya toplumlarını temel sağlığa karşı olan ulusal ve

uluslararası yükümlölüklerini, özellikle gelişmekte olan ölkelerde desteklenmeleri ve artan teknik ve parasal desteği bu maksatlara yöneltme ve aynı şekilde konferans yine, tüm yukarıda isimleri belirlenmiş kuruluşları, temel sağlığı, bu bildirinin içeriği ve ruhuna uygun olarak başlatmak, geliştirmek ve devam ettirmek için işbirliğine çağırmaktadır.



EK-2. Ottawa Şartı

21 Kasım 1986 yılında Ottawa'da toplanan Sağlık Geliştirme konulu ilk uluslararası konferans, 2000 yılı ve sonrasında Herkes İçin Sağlık'a ulaşma eyleminin Şart'ını sunmaktadır.

Bu konferans, öncelikle dünyadaki yeni halk sağlığı hareketi için gittikçe büyüyen beklentilere bir yanıt niteliğinde olmuştur. Endüstrileşmiş ülkelerin gereksinimleri üzerinde yoğunlaşan tartışmalar, diğer bölgelerdeki benzer konuları da gözönüne almıştır. Alma-Ata Temel Sağlık Hizmeti Deklarasyonu, WHO'nun Herkes İçin Sağlık Hedefleri dokümanı ile Dünya Sağlık Asamblesi'nin sağlık için sektörlerarası eylem üzerine tartışmaları aracılığıyla gerçekleşen başarının üzerine kurulmuştur.

Sağlık Geliştirme

Sağlık geliştirme, insanları sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma sürecidir. Tam olarak fiziksel, akli ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, sonuç olarak, günlük hayatın kaynağıdır, hayatın hedefi değildir. Sağlık, fiziksel kapasiteler olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sonuç olarak sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir, aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarından gönence doğru ilerlemekte olan bir süreçtir.

Sağlık İçin Ön Koşullar

Sağlık için temel koşullar ve kaynaklar şunlardır:

-barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve adalet.

Sağlıkta iyileşme, bu temel önkoşulların güvenli bir şekilde kurulmasını gerektirir.

Destek

İyi sağlık; sosyal, ekonomik ve kişisel gelişme için temel kaynaktır ve yaşam kalitesi için önemli bir boyuttur. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin hepsi, sağlığa yararlı olabilir veya zarar verebilir. Sağlığı geliştirme eylemi, sağlığı destekleyerek, bu koşulları yararlı kılmayı amaçlamaktadır.

Olanaklı Kılma

Sağlığı geliştirme, sağlıkta adaletle ulaşmaya odaklanmıştır. Sağlığı geliştirme eylemi, varolan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermeyi ve tüm insanların, sağlık potansiyellerine tam anlamıyla ulaşabilmesini sağlamak için çeşitli olanaklar ve kaynaklar sağlamayı amaçlamaktadır. Tüm bunlar ise, destekleyici bir çevrede güvenli bir kuruluş, bilgiye ulaşma, sağlıklı seçimler yapabilmek için yaşamsal yetenekler ve olanakları içermektedir. İnsanlar, sağlık koşullarını belirleyen bu noktaları kontrol edemezse, sağlık potansiyellerien tam olarak ulaşamaz. Bu durum, kadınlar ve erkekler için eşit derecede önemlidir.

Uzlaştırma

Sağlık için ön koşullar ve beklentilerin, yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanması beklenemez. Daha da önemlisi, sağlığı geliştirme, tüm ilgililer-hükümetler, sağlık ve diğer ekonomik sektörler, hükümetdışı organizasyonlar ve gönüllü organizasyonlar, yerel yönetimler, endüstri ve medya tarafından koordine edilen eylemleri gerektirmektedir. İnsanlar, bireyler, aileler ve toplumlar olarak hayatın her aşamasında var olmaktadır. Profesyonel ve sosyal gruplar ile sağlık personeli, sağlığın izlenmesi için toplumda çeşitlenen çıkarları uzlaştırma temel sorumluluğunu taşımaktadır.

Sağlığı geliştirme stratejileri ve programları, değişik sosyal, kültürel ve ekonomik sistemleri gözönüne almak amacıyla, tek tek ülkelerin ve bölgelerin yerel gereksinimleri ve olasılıklarına uyarlanmalıdır.

Sağlığı Geliştirme Eyleminin Anlamı

Sağlıklı Halk Politikası Oluşturma

Sağlık hizmetlerinin ötesinde bir konuma sahip olan sağlığı geliştirme, tüm sektörlerde ve tüm seviyelerde politika üreticilerini, kararlarının sonuçlarının farkında olmayı ve sağlık için sorumluluklarını kabul etmeye yönlendirerek, sağlığı gündemde tutmaktadır.

Yasama, finansal önlemler, vergi ve örgütsel değişimlere dahil olmak üzere, farklı fakat birbirini bütünleyici yaklaşımları biraraya getiren sağlığı geliştirme politikası, daha fazla adaleti sağlayan sağlık, gelir ve sosyal politikalara yol açan koordineli bir eylemdir. Birleşik eylem, daha güvenli ve sağlıklı mal ve hizmetler, daha sağlıklı halk hizmetleri ve daha temiz ve eğlenceli çevre koşullarını sağlamaya katkıda bulunmaktadır.

Sağlığı geliştirme politikası, sağlık dışı sektörlerde sağlıklı halk politikalarının benimsenmesinde ortaya çıkan engelleri tanımlamayı ve bunları yok etmeyi gerektirmektedir. Amaç, daha sağlıklı politikaları, aynı zamanda politika üreticileri için daha kolay seçim haline getirmektedir.

Yaratıcı Destekleyici Çevreler

Toplumlarımız, kompleks ve birbirleriyle bağlantılıdır. Sağlık, diğer amaçlardan ayrı tutulamaz. İnsanlar ve çevreleri arasındaki karışık bağlar, sağlıkta, sosyo-ekolojik yaklaşım için temel oluşturmaktadır. Dünya, uluslar, bölgeler ve toplumlar için tüm yol gösterici prensip, karşılıklı bakımı ve ihtimam göstermeyi-birbirimize, toplumlarımıza ve doğal çevremize iyi bakmak-teşvik etmeye duyulan ihtiyaçtır. Tüm dünyadaki doğal kaynakların korunması, küresel bir sorumluluk olarak vurgulanmalıdır.

Yaşam, çalışma ve eğlence tarzını değiştirmenin sağlık üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Çalışma ve eğlenme, insanlar için sağlığın kaynağı olmalıdır. Toplumun çalışmayı organize ettiği yöntem, sağlıklı bir toplum yaratmayı sağlamalıdır. Sağlığı geliştirme; güvenli, uyarıcı, tatmin edici ve zevkli yaşam ve iş koşulları sağlamaktadır.

Hızla değişen çevredeki-özellikle teknoloji, iş, enerji retmi ve kentleşme alanlarında-sağlık etkisinin sistematik değerlendirmesi esas olarak ele alınmalı ve halkın sağlığı için olumlu yararı sağlamak amacıyla eylemler ile takip edilmelidir. Doğal ve kurulu çevrenin doğal kaynakların korunmasına, sağlığı geliştirme amaçlı tüm stratejilerde değinilmelidir.

Toplum Eylemini Geliştirme

Sağlığı geliştirme, daha iyi sağlığa ulaşmak için öncelikleri ortaya koyma, karar alma, stratejileri planlama ve uygulamada, somut ve etkin halk eylemi ile birlikte çalışmaktadır. Bu sürecin merkezinde, toplumun-kendi çaba ve kaderlerine sahip olmaları durumunun güçlendirilmesi yatmaktadır.

Toplumu geliştirme, halk katılımı ve sağlık sorunlarının yönetimi için kendi kendine yardım ve sosyal desteği ve esnek sistemleri geliştirmek amacıyla varolan insan ve maddi kaynaklara dayanmaktadır. Bu durum, fon desteği elde etmek kadar, enformasyona tam ve sürekli olarak ulaşmayı, sağlık için olanakları öğrenmeyi gerektirmektedir.

Kişisel Yeteneklerin Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, enformasyon ve sağlık için eğitim sağlama ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleri aracılığıyla, kişisel ve sosyal gelişmeyi desteklemektedir. Bu yollarla, insanların kendi sağlıkları ve çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olabilmesi ve sağlık için seçimler yapabilmesi için mevcut seçenekleri arttırmaktadır.

İnsanların yaşamları boyunca, tüm dönemlere kendini hazırlaması ve kronik hastalıklar veyaralanmalarla başedebilmesi için, öğrenmelerini sağlamak esastır. Bu ğrenme süreci; okul, ev, iş ve toplum kurumları aracılığıyla kolaylaştırılmalıdır. Eylemin ise; eğitsel, profesyonel, ticari ve gönüllü organizasyonlar aracılığıyla ve kurumların içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Uyumu

Sağlık hizmetlerinde; sağlığı geliştirme için duyulan sorumluluk, bireyler, toplum grupları, sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti kurumları ve hükümetler arasında paylaşılmaktadır. Sağlığın izlenmesine katkıda bulunan bir sağlık hizmeti sistemine ulaşmak için birlikte çalışılmalıdır.

Sağlık sektörünün rolü, klinik ve tedavi edici hizmetleri sağlama sorumluluğunun ötesinde, artan oranda sağlığı geliştirme yönüne doğru ilerlemektedir. Sağlık hizmetleri, hassas ve kültürel gereksinimlere saygı duyan yaygınlaştırılmış bir zorunluluğu kapsamalıdır. Bu zorunluluk, bireylerin ve toplumların daha sağlıklı bir yaşam için gereksinimini desteklemeli ve sağlık sektörüyle daha geniş sosyal, politik, ekonomik ve fiziksel çevre bileşenleri arasında kanallar oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden uyumunu sağlamak, profesyonel eğitimdeki değişiklikler kadar sağlık araştırması için de dikkatlerin güçlü bir şekilde çekilmesini gerektirmektedir. Bu durum, bireylerin gereksinimlerinin toplamına yeniden odaklanan sağlık hizmetleri organizasyonu ve yaklaşımında değişikliğe yol açmaktadır.

Geleceğe Doğru Yol Almak

Sağlık, gündelik hayatın kurumları içinde öğrenilen, çalışılan, oynanan ve sevilen kurumlar dahilinde, insanlar tarafından yaratılmakta ve yaşanmaktadır. Sağlık, kendine ve diğerlerine iyi bakmak, kendi hayat koşulları için karar alabilmek ve tüm üyelerinin sağlığa ulaşmasını sağlayan koşulların mevcut olduğu toplumu oluşturmakla yaratılmaktadır.

Sağlığı Geliştirme Taahhüdü

Bu konferansın katılımcıları aşağıda belirtilenleri temin etmektedir:

-sağlıklı halk politikası alanına doğru hareket etmek ve tüm sektörlerde sağlık ve adalet için net bir siyasi taahhüdü desteklemek,

-zararlı ürünler, kaynakların tükenmesi, sağlıksız yaşam koşulları ve çevre ve kötü beslenme koşullarını yaratan baskılara karşı mücadele vermek ve dikkatlerin kirlilik, mesleki hastalıklar, konut ve yerleşme gibi halk sağlığı konularına odaklanması,

-toplumlar içinde ve arasındaki sağlık boşluklarına yanıt vermek ve diğer yollarla kendilerini, aileleri ve arkadaşlarını sağlıklı kılabilmelerini sağlamak ve desteklemek ve sağlığın yaşam koşulları ve gönençleri ile ilgili durumlarda toplumun temel ses olduğunu kabul etmek,

-sağlık hizmetlerini ve kaynaklarını, sağlığın geliştirilmesi için yeniden uyumlandırmak ve gücü diğer sektörlerle, diğer disiplinlerle ve en önemlisi insanlarla paylaşmak,

-sağlığı ve korunmasını, temel bir sosyal yatırım ve tehdit olarak tanımak ve yaşam tarzlarımızın ekolojik tüm sorunlarına değinmek,

-konferans, tüm ilgilileri, sağlıkta güçlü bir işbirliği için kendilerine katılmaya davet etmektedir.

Uluslararası Eylem İçin Çağrı

Konferans, sağlığı geliştirmede stratejiler ve programlar oluşturmada ülkeleri desteklemek amacıyla WHO ve diğer uluslararası organizasyonları tüm uygun forumlarla sağlığın geliştirilmesini desteklemeye çağırmaktadır.

Konferans, insanların hayatın tüm aşamalarında, hükümet dışı ve gönüllü organizasyonlar, hükümetler, WHO ve ilgili diğer tüm organlar, bu ŞART'ın temelini oluşturan ahlaki ve sosyal değerlerle uyumlu olarak sağlığı geliştirme için stratejiler sunmada güçlerini birleştirdiği sürece, 2000 yılında Herkes İçin Sağlık amacının gerçekleştirileceğine çok sıkı bir şekilde inanmaktadır.

EK-3. Jakarta Deklarasyonu

Jakarta'da 21-25 Temmuz 1997'de düzenlenen Sağlık Geliştirme konulu Dördüncü Uluslararası Konferans, Yeni Bir Alan İçin Yeni Oyuncular-21.yy.da Sağlık Geliştirmeyi Sürdürme toplantısı, sağlık için uluslararası stratejiler geliştirmede kritik bir noktaya gelmiştir. WHO üye ülkeleri Alma-Ata Deklarasyonu ile Herkes İçin Sağlık küresel stratejisine ve temel sağlık hizmetleri ilkelerine ileriye yönelik taahhütlerde bulunalı hemen hemen 20 yıl olmuştur.

Sağlık Geliştirmede Uluslararası ilk konferans, Ottawa Kanada'da düzenleneli 11 yıl olmuştur. Bu konferans o zamandan beri sağlık geliştirmede rehber ve ilham kaynağı olan Sağlık Geliştirmede Ottawa Şartı'nın beyanını sağlamıştır. Takip eden uluslararası konferans ve anlaşmalar, sağlıklı halk politikası (Adelaide, Avustralya 1988) ve sağlık için destekleyici çevreler (Sunsdall, İsveç, 1991) dahil olmak üzere sağlık geliştirme anahtar stratejilerinin bağlantısı ve anlamını daha da aydınlatmıştır.

Sağlık Geliştirmede Dördüncü Uluslararası Konferans, gelişmekte olan bir ülkede düzenlenecek ve sağlık geliştirmeyi desteklemede özel sektörle birlikte çalışacak ilk konferanstır. Bu konferans etkili sağlık geliştirme, sağlığın belirleyicilerini tekrar inceleme ve 21.yy.ın sağlığını geliştirmede karşılaşılabilecek sorunları çözümede benimsenmesi gereken yönlendirmeler ve stratejileri tanımlamada önemli bir olanak sağlamıştır.

Sağlık geliştirme anahtar bir yatırımdır. Temel bir insan hakkı olan sağlık, sosyal ve ekonomik gelişme için esastır. Sağlıkta ilerlemenin temel bir unsuru olarak artan oranda tanımlanan sağlık geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmaya ve geliştirmeye muktedir kılan bir süreçtir. Sağlık geliştirme, insanlar için en büyük sağlık kazanımını yaratmak, sağlıkta adaletsizlikleri azaltmaya belirgin oranda katkıda bulunmak, insan haklarını daha ileri düzeye taşımak ve sosyal sermayeyi oluşturmak amacıyla, yatırım ve eylem aracılığıyla, sağlığı belirleyiciler üzerinde önemli bir etki sağlamıştır. Temel hedef, sağlıktan beklentileri arttırmak ve ülkeler ile grupların sağlık beklentileri arasındaki farklılığı daraltmaktır.

Sağlığı Geliştirme Jakarta Deklarasyonu, gelecek yüzyılda sağlığı geliştirmek için bir vizyon ve odak noktası sunmakta ve 21.yy.daki sağlığı belirleyicilerle ilgilenebilmek için en geniş kaynak olasılığına değinmek amacıyla Sağlığı geliştirme Dördüncü Uluslararası Konferansı'nın katılımcıları arasındaki güçlü taahhüdü yansıtmaktadır.

Sağlığı belirleyiciler: yeni tehditler. Sağlık için ön koşullar; barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, gıda, gelir, kadının güçlenmesi, stabil bir ekosistem, kaynak kullanımının sürdürülebilirliği, sosyal adalet, insan haklarına saygı ve sosyal adalet ve hakkaniyettir. Tüm bunların üstüne yoksulluk sağlık için en büyük tehdittir.

Kentleşme, yaşlı insanların sayısındaki artış ve kronik hastalıkların yüksek prevalansı gibi demografik trendler, tüm ülkelerde yeni sorunlar yaratmaktadır. Artan yerleşik davranışlar, antibiyotiklere ve yaygın olarak kullanılan diğer ilaçlara direnç, artan uyuşturucu kullanımı ve sivil ve içsel şiddet gibi sosyal, davranışsal ve biyolojik değişimler, yüz milyonlarca insanın sağlığını ve gönencini tehdit etmektedir.

Yeni ve yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları ve akıl sağlığı problemlerinin daha fazla oranda bilinmesi koşulları, acil yanıt beklemektedir. Sağlığı geliştirme yaklaşımlarının, sağlığı belirleyicilerdeki değişimleri karşılamaya doğru geçirdiği evrim, hayati bir önem taşımaktadır.

Ulusötesi faktörlerin de sağlık üzerinde belirgin etkileri vardır. Bu faktörler, global ekonominin entegrasyonu, finansal pazarlar ve ticaret, medya ve iletişim teknolojilerine geniş oranda ulaşım ve kaynakların sorumsuzca kullanılmasından dolayı çevresel bozulmayı içermektedir.

Sağlığı geliştirme farklılık yaratır. Dünyadan araştırma ve olay çalışmaları, sağlığı geliştirme stratejileri, yaşam tarzları geliştirip değiştirilebilir ve sağlığı belirleyen sosyal, ekonomik ve çevresel koşulları etkilemektedir. Sağlığı geliştirme, sağlıkta daha fazla hakkaniyete ulaşmada pratik bir yaklaşımdır.

Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı'nda ortaya konan beş strateji şu konularda başarıya ulaşmak açısından esas teşkil etmektedir:

- sağlıklı halk politikası oluşturma,
- destekleyici çevreler yaratmak,
- topluluk eylemini güçlendirme,
- sağlık hizmetlerini yeniden uyumlandırma.

Şu konular üzerinde net kanıtlar bulunmaktadır:

- sağlığı geliştirme için yoğun yaklaşımlar, en etkili olanlardır. Beş stratejinin kombinasyonlarını kullananlar, tek konulu yaklaşımlardan daha etkilidir.
- bazı düzenlemeler, yoğun stratejilerin uygulanması için pratik olanaklar sunmaktadır. Bunlar mega-şehirler, adalar, şehirler, belediyeler, yerel topluluklar, pazarlar, okullar, işyerleri ve sağlık hizmeti olanaklarını içermektedir.
- çabaların sürdürülebilmesi için katılım esastır. İnsanlar, etkili olabilmesi açısından, sağlığı geliştirme eylemi ve karar-alma süreçlerinin merkezinde olmalıdır.
- sağlığı öğrenme, katılımı güçlendirmektedir. Eğitim ve enformasyona ulaşım, etkili katılım ve insanlar ve toplulukların güçlendirilmesi için esastır.

Bu stratejiler, sağlığı geliştirmenin temel unsurlardır ve tüm ülkeler için geçerlidir.

Yeni yanıtlara ihtiyaç vardır:

Sağlığa karşı ortaya çıkan yeni tehditlere karşı, yeni eylem türlerine ihtiyaç vardır. Önümüzdeki yıllar için yapılacak şey, toplumun çeşitli sektörleri, yerel toplulukları ve ailelerde varolan sağlığı geliştirme potansiyelini kullanılmak üzere açığa çıkarmak olacaktır.

Hükümet sektörleri içinde, hükümet ve hükümet dışı organizasyonlarda ve kamu ve özel sektörler arasındaki geleneksel bağları yıkmak için gözle görülür bir ihtiyaç

vardır. İşbirliği yapılmalıdır; bu durum toplumda yönetişimin her aşamasında her düzeyde değişik sektörler arasında, sağlık için eşit seviyede yeni ortaklıkları yaratmayı gerektirmektedir.

1.Sağlık için sosyal sorumluluğu geliştirmek

Karar-alıcılar, sosyal sorumluluğa sıkıca bağlı olmalıdır. Kamu ve özel sektör,

- bireylerin sağlığına zarar vermekten kaçınma,
- çevreyi koruma ve kaynakların sürdürülebilir kullanımı sağlama,
- tütün ve silah gibi zararlı maddeler ve aletlerin sağlıksız şekilde pazarlanması pratiğinin teşviğini önlemek kadar üretim ve ticaretini de kısıtlama,
- pazardaki müşteriye ve çalışma yerindeki bireyi koruma,
- politika geliştirmenin bütünleyici bir parçası olarak hakkaniyet-hedefi sağlıkta etki değerlendirmesini dahil etmeyi sağlayacak politika ve pratikleri izleyerek, sağlığı geliştirmelidir.

2.Sağlığın gelişimi için yatırımları arttırmak

Pek çok ülkede sağlık için var olan yatırımlar yetersiz ve çoğunlukla etkili değildir. Sağlığın gelişimi için kaynakları arttırma, örneğin, sağlık sektörü olduğu kadar eğitim ve konut için ek kaynaklar dahil olmak üzere gerçek anlamda çok taraflı yaklaşımı gerektirmektedir. Ülkeler içinde ve arasında sağlık için daha fazla yatırım ve varolan yatırımların yeniden uyumlandırılması, insan gelişimi, sağlık ve yaşam kalitesinde belirgin ilerlemelere ulaşma potansiyelini taşımaktadır. Sağlık için yatırımlar; kadınlar, çocuklar, yaşlılar, yerliler, yoksullar ve marjinal gruplar gibi özel grupların gereksinimlerini yansıtmalıdır.

3.Sağlık için ortaklığı sağlamlaştırmak ve genişletmek

Sağlığı geliştirme, yönetim ve toplumun tüm düzeylerindeki değişik sektörler arasında sağlık ve sosyal gelişme için ortaklıklar kurulmasını gerektirmektedir. Var olan ortaklıklar geliştirilmeli ve yeni ortaklıklar için var olan potansiyel araştırılmalıdır.

Ortaklıklar, deneyim, yetenek ve kaynakların paylaşılması aracılığıyla karşılıklı fayda sağlamalıdır. Her bir ortaklık, şeffaf ve sorumluluğu açık olmalı ve etik ilkeler, karşılıklı anlayış ve saygıya dayalı olmalıdır. WHO rehberlerine uygun olarak çalışılmalıdır.

4.Toplumun kapasitesini artırma ve güçlendirme

Sağlığı geliştirme, insanlar üzerinde veya insanlar tarafından ve insanlarla birlikte yürütülmelidir. Sağlığı belirleyicileri etkilemek açısından hem bireylerin eyleme geçme olanağını hem de gruplar, organizasyonlar ve toplulukların kapasitelerini geliştirmektedir.

Sağlığı geliştirme için toplulukların kapasitesini geliştirmek, pratik eğitim, liderlik eğitimi ve kaynaklara ulaşmayı gerektirmektedir. Bireyleri güçlendirmek, karar alma süreci ve değişimi etkileyebilecek yetenek ve bilgiye daha güvenli ve tutarlı bir şekilde ulaşımı gerektirmektedir.

5.Sağlığı geliştirme için alt yapıyı sağlama

Sağlığı geliştirme için alt yapıyı sağlama amacıyla, yerel, ulusal ve küresel düzeyde fonlar bulunmalıdır. Sağlığı geliştirme için kaynak mobilizasyonunun maksimize edilmesi amacıyla hükümetler, hükümet dışı organizasyonlar, eğitim kuruluşları ve özel sektörün eylemlerini etkilemek için girişimler geliştirilmelidir. “Sağlık için oluşumlar” sağlığı geliştirme için gerekli olan örgütsel alt yapı tabanını temsil etmektedir. Sağlıkta yeni çalışmalar, sektörlerarası işbirliğine ulaşmak için yeni ve ayrı ağların oluşturulması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu ağlar, ülkeler içinde ve arasında karşılıklı yardımı sağlamalı ve stratejilerin, üzerinde ve içinde etkili olduğu bilgi değişimlerini kolaylaştırmalıdır.

Yerel liderlik yetenekleri için eğitim ve bu pratik, sağığı geliştirme etkinliklerini desteklemek için teşvik edilmelidir. Sağığı geliştirmede araştırma ve proje raporlarıyla elde edilen deneyimlerin dokümantasyonu, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi ilerletmek için geliştirmelidir.

Tüm ülkeler sağığı geliştirme için gerekli uygun siyasi, yasal, eğitsel, sosyal ve ekonomik ortamları geliştirmelidir.

Eylem İçin Çağırı

Bu Konferans'ın katılımcıları, Jakarta Deklarasyonu'nun önemli mesajlarını hükümeti, kurumları ve topluluklarıyla paylaşmayı, teklif edilen eylemleri pratiğe dökmeyi ve Sağığı Geliştirme konulu Beşinci Uluslararası Konferansta rapor etmeyi taahhüt etmiştir.

Global sağığı geliştirmeye doğru ilerlemeyi hızlandırmak için katılımcılar global sağığı geliştirme işbirliğinin oluşumunu sağlamalıdır. Bu işbirliğinin hedefi, bu Deklarasyon'da ortaya konan sağığı geliştirme önceliklerini geliştirmektir.

-sağığı belirleyicileri değiştirmede bilinçliliğı artırma

-işbirliği ve sağık gelişimi ağlarının gelişmesini desteklemek, sağığı geliştirme için kaynakları mobilize etme

-en iyi pratikten elde edilen bilgiyi biriktirme

-eylemde bağlılığı geliştirme

-sağığı geliştirmede şeffaflığı ve halka karşı sorumluluğı güçlendirmeyi içermektedir.

Ulusal hükümetler, ülkeler içinde ve arasında sağığı geliştirme ağlarını güçlendirme ve sponsor bulmada girişimi başlatmak için çağrılmaktadır.

Katılımcılar WHO'yu sağığı geliştirmede global işbirliğinin oluşturulması ve üye ülkelerin konferansın sonuçlarının uygulanmasının sağlanması için öncülük etmeye davet etmektedir. Bu rolün WHO için önemli kısmı, sağığı geliştirme eylemi için

öncelikleri ilerletmede, özel sektör olduğu kadar, hükümetleri, hükümet dışı organizasyonları, kalkınma bankalarını, Birleşmiş Milletler sistemi örgütlerini, bölgelerarası organlar, iki taraflı kuruluşlar, işgücü hareketi ve kooperatifleri birbirine bağlamaktadır.



EK 4- Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi

Giriş

Aşağıda tanımı yapıldığı üzere, her gazeteci ve basın-yayın organı, gazetecinin haklarını savunmalı ve meslek ilkelerine uymalı, uyulmasını gözetmelidir.

Basın-yayın organlarında, gazeteci olmadıkları halde çeşitli biçimlerde gazetecilik faaliyetine katılanlar ile dışarıdan Türkiye'ye ve Türkiye'den dışarıya dönük yayın yapanlar da bu sorumluluklar kapsamındadır.

Basın-yayın organları yöneticileri; genel yayın yönetmeni yahut müdürü, yazı işleri müdürleri yahut sorumlu müdürler, sıfatları ne olursa olsun, kuruluşlarında görevli gazeteciler ile yayınların meslek ilkelerine uygun olmasını gözetir.

Gazetecinin hakları, halkın haber alma hakkının ve ifade özgürlüğünün, meslek ilkeleri ise dürüst ve doğru iletişimin temelidir.

Meslek ilkeleri gazetecinin ve basın-yayın organlarının özdenetimini öngörür ve değerlendirme mercii öncelikle vicdanlardır.

A.İnsan ve yurttaş hakkı

Herkes, bilgi edinme, haber alma, özgür düşünce, ifade ve serbest eleştiri hakkına sahiptir.

Düşünce ve ifade özgürlüğünün kullanılmasının başlıca yolu olan basın ve yayın özgürlüğünü temel insan haklarından.

Bu hakların demokratik hukuk devletinde anayasal güvence altında olması esastır.

B.Gazeteci tanımı

Düzenli bir şekilde, günlük yahut süreli bir yazılı, görüntülü, sesli, elektronik veya dijital basın ve yayın organlarında, kadrolu, sözleşmeli ya da telif karşılığı, haber alma, işleme, iletme veya görüş, fikir belirtme görevi üstlenen ve aslı işi ile başlıca

geçim kaynağı bu olup, çalıştığı işletme ile ilgili yasalar karşısındaki konumu bu tanıma uygun olanlar gazetecidir.

Basın ve yayın alanındaki her işletme, çalıştırdıkları gazetecileri, yasaların gazetecilere tanıdığı haklardan yararlandırmak zorundadır.

C.Gazetecinin sorumluluğu

Gazeteci basın özgürlüğünü, halkın doğru haber alma, bilgi edinme hakkı adına dürüst biçimde kullanır. Bu amaçla her türlü sansür ve oto-sansürle mücadele etmeli, halkı da bu yönde bilgilendirmelidir.

Gazetecinin halka karşı sorumluluğu, başta işverenine ve kamu otoritelerine karşı olmak üzere, öteki tüm sorumluluklardan önce gelir.

Bilgi ve haber ile özgür düşünce, herhengi bir ticari mal ve hizmetten farklı olarak toplumsal bir nitelik taşır. Gazeteci, ilettiği haber ve bilginin sorumluluğunu üstlenir ve paylaşır.

Gazetecinin özgürlüğünün içeriğinin ve sınırlarını öncelikle sorumlulukları ile meslek ilkeleri belirler.

D.Gazetecinin hakları

1.Gazeteci, tüm bilgi kaynaklarına serbestçe ulaşma ve kamu yaşamını belirleyen, halkı ilgilendiren tüm olayları izleme, araştırma hakkına sahiptir.

Gazetecinin karşısına çıkarılacak gizlilik ve sır gibi engeller, kamusal işlerde yasaya, özel işlerde açık ve ikna edici gerekçelere dayandırılmalıdır.

2.Gazeteci, çalıştığı basın ve yayın organının kendisiyle yaptığı sözleşmede de kaydedilmiş olması gereken temel çizgisini dikkate alır.

O temel çizgi dışındaki ve onunla çelişen veya orada açıkça belirtilmemiş olan tüm telkin, öneri, istek ve talimatı reddetme hakkına sahiptir.

3.Gazeteci, inanmadığı bir görüşü savunmaya veya meslek ilkelerine aykırı bir iş yapmaya zorlanamaz.

4.Gazeteciler, özellikle de yazı işleri çalışanları, basın-yayın işletmesinin işleyişini belirleyen, etileyen önemli kararlardan haberdar edilmeli ve gereğinde, kararların alınmasına katılmalıdır.

5.İşlevi ve sorumlulukları ışığında, gazeteciler örgütlenme hakkının yanısıra, görevinin maddi ve manevi güvencesini sağlayan kişisel sözleşme yapma hakkına sahiptir. Gazeteci ekonomik bağımsızlığını garanti eden toplumsal rolüne ve emeği ile yeteneğine uygun bir ücret almalıdır.

6.Gazeteci, kaynakların gizliliği ilkesi uyarınca, kaynağını açıklamaya ve tanıklık yapmaya zorlanamaz. Kaynak izin verdiği takdirde gizlilik ortadan kalkabilir. Kaynağı tarafından açıkça yanıtıldığı durumlarda gazeteci kaynağını açıklayabilir.

E.Gazetecinin temel görevleri ve ilkeleri

1.Halkın bilgi edinme hakkı uyarınca, gazeteci, kendi açısından sonuçları ne olursa olsun, gerçeklere ve doğrulara saygı duymak ve uymak zorundadır.

2.Gazeteci; bilgi ve haber alma, yorum yapma ve eleştirme özgürlüklerini ne pahasına olursa olsun savunur.

3.Gazeteci; başta barış, demokrasi ve insan hakları olmak üzere, insanlığın evrensel değerlerini, çok sesliliği, farklılıklara saygıyı savunur. Milliyet, ırk, etnisite, cinsiyet, dil, din, sınıf ve felsefi inanç ayrımcılığı yapmadan, tüm ulusların, tüm halkların ve tüm bireylerin haklarını ve saygınlığını tanır. İnsanlar, topluluklar ve uluslar arasında nefreti, düşmanlığı körükleyici yayımdan kaçınır.

Bir ulusun, bir topluluğun ve bireylerin kültürel değerlerini ve inançlarını (veya inançsızlığını) doğrudan saldırı konusu yapamaz.

Gazeteci; her türden şiddeti haklı gösteren, özendiren, kışkırtan yayın yapamaz.

4.Gazeteci; kaynağını bilmediği bilgi ve haberleri yayınlanamaz. Kaynak açık olmadığında, yayınlanmaya karar verdiği durumlarda da kamuoyuna gerekli uyarıları yapmak zorundadır.

5.Gazeteci, temel bilgileri yok edemez, görmezlikten gelemes ve metinler ile belgeleri değiştiremez, tahrif edemez. Yanlış, yanıltıcı ve tahrif edilmiş yayın malzemesi kullanmaktan uzak durur.

6.Gazeteci; bilgi, haber, fotoğraf, görüntü, ses, belge elde etmek için yanıltıcı yöntemler kullanamaz.

7.Gazeteci; kamuya mal olmuş bir şahsiyet bile olsa, halkın haber alma, bilgilenme hakkıyla doğrudan bağlantılı olmayan hiçbir amaç için izin verilmedikçe, özel yaşamın gizliliği ilkesini ihlal edemez.

8.Gazeteci; yayınlanmış her yanlış en kısa sürede düzeltmekle yükümlüdür.

Gazeteci; istismar edilmemesi, kötüye kullanılmaması ve kabul edilebilir boyutlar ile biçimde yapılması kaydıyla, cevap hakkına saygılı olmalıdır.

9.Gazeteci; kendisine güvenilerek verilmiş bilgilerin, belgelerin kaynaklarını, kendileri izin vermediği sürece, mesleki gizlilik ilkesi uyarınca, hiçbir şekilde açıklamaz.

10.Gazeteci; çalıntı, iftira, hakaret, lekeleme, saptırma, manipölasyon, söylenti, dedikodu ve dayanaksız suçlamalardan kesinlikle uzak durur.

11.Gazeteci; bir bilginin, haberin yayını ya da yayınlanmaması kaşılığı hiçbir maddi ya da manevi avantajın peşinde olamaz. Gazeteci, devlet başkanından milletvekiline, iş adamından bürokratına kadar, haber kaynağı olarak da kabul edilen kişi ve kurumlarla iletişimini ve ilişkisini meslek ilkelerini gözeterek yürütür.

12.Gazeteci; mesleğini reklamcılıkla, halkla ilikilerle veya propagandacılıkla karıştıramaz.

İlan-reklam kaynaklarından herhangi bir telkin, tavsiye alamaz, maddi çıkar sağlayamaz.

13.Gazeteci; hangi konuda olursa olsun, elde ettiği bilgileri geniş biçimde yayın konusu yapmadan kendi yararına kullanamaz. Mesleğini, ne şekilde olursa olsun, (yasaların ve yönetmeliklerin kendisine tanıdığı hakların dışında) ayrıcalıklar kazanmak amacıyla kullanamaz.

14.Gazeteci; her ne amaçla olursa olsun, tehdit ve şantaj gibi yollara başvuramaz. Gazeteci bu şekildeki baskılara da karşı koyar.

15.Gazeteci; her türlü baskıyı reddeder ve çalıştığı basın-yayın organındaki yöneticileri dışında kimseden işiyle ilgili bir talimat alamaz.

16.Gazeteci sıfatını taşımayı hak eden herkes meslek ilkelerine en yüksek seviyede uymayı taahhüt eder. Ülkesindeki yasalara saygılı olmakla birlikte, hükümet ve benzeri kurumların müdahalelerine kapalıdır. Mesleki olarak yalnızca meslektaşlarının ve kamuoyunun değerlendirmeleri ile bağımsız yargı organlarının kararlarını dikkate alır.

17.Gazeteci; devleti yönetenlerin ulusal ve uluslararası politika konularında önyargılara değİL, halkın haber alma hakkına dayanır. Onu, mesleğın temel ilkeleri ve özgürlükçü demokrasi kaygıları yönlendirir.

Gazetecinin Doğru Davranış Kuralları

Haber-Yorum

Haber ile yorum ve görüş ayrımı açık yapılmalı, okurun ve izleyicinin neyin haber, neyin yorum olduğunu kolayca seçebilmesi sağlanmalıdır.

Fotoğraf-Görüntü

Fotoğraf ve görüntünün güncel olup olmadığı açık biçimde belirtilmeli, canlandırma görüntülerde de bu, izleyicinin farkedebileceği biçimde ifade edilmelidir.

Haber-İlan-Reklam

Haber ve yorum metinleri veya görüntüleri ile ilan-reklam amaçlı metinlerin ayrımı hiçbir karışıklığa yer bırakmayacak ölçüde yapılmalıdır.

Yargı

Hazırlık soruşturması sırasında, soruşturmayı zaafa uğraticı, yönlendirici biçimde haber ve yorumdan kaçınılmalıdır. Yargılama sürecinde de haberler her türlü öntargıdan uzak ve kesinlikle doğruluğundan emin olunarak sunulmalıdır.

Yargı kararı kesinleşmedikçe, bir sanık suçlu ilan edilmemelidir. Haberlerde ve yorumlarda suçluymuş gibi değerlendirmeler yapılmamalıdır.

Çocuk

Çocuklarla ilgili suçlarda ve cinsel saldırılarda; sanık, tanık ya da mağdur (maktul) olsun, 18 yaşından küçüklerin açık isimleri ve fotoğrafları yayınlanmamalıdır.

Çocuğun kişiliğini ve davranışlarını etkileyebilecek durumlarda, gazeteci, bir aile büyüğünün veya çocuktan sorumlu bir başkasının izni olmaksızın çocukla röportaj yapmamalı veya görüntüsünü almaya çalışmamalıdır.

Cinsel saldırılar

Cinsel saldırı mağdurlarının fotoğrafları, görüntüleri ve kimlikleri, açık kamu yararı olmadıkça yayınlanmamalıdır.

Kimlik veya özel durum

Açık kamu yararı olmadıkça ve olayla doğrudan ilgisi, bağlantısı bulunmadıkça, bir insanın davranışı veya işlediği suç, onun ırkına, milliyetine, dinine, cinsiyetine, cinsel eğilimine, hastalığına veya fiziksel, zihinsel özürü olup olmamasına dayandırılmalıdır. Kişinin bu özel durumu; alay, hakaret, önyargı konusu yapılmamalıdır.

Sağlık

Sağlık konusunda sansasyondan kaçınılmalı, insanlara umutsuzluk verecek yayın yapılmamalıdır. Tıbbi alandaki araştırmalar kesinleşmiş sonuçlar gibi yayınlanmamalıdır. İlaç tavsiyesinde mutlaka uzmana danışılmalıdır.

Hastanelerde araştırmalar yapan, bilgi ve görüntü almaya çalışan gazeteci, kimliğini belirtmeli ve girilmesi yasak bölümlere ancak yetkililerin izniyle girilmelidir.

Yetkilinin, hastanın veya yakınının izni olmaksızın hastane ve benzeri kurumlarda hiçbir yolla ses ve görüntü alınmamalıdır.

Hediye

Yayın  ncesi kararlarla ve yayınlarla ilgili önyargı, kuşku yaratacak her cinsten kişisel hediye ve maddi menfaat reddedilmelidir.

Müessesese  ıkarı

Gazetecinin bir basın-yayın organındaki işlevini “Hak ve Sorumluluk Bildirgesi”ndeki hakları, sorumlulukları ve görevleri belirler. Gazeteci, bu mesleki  er eve ile yayın organının çizgisi dışında, müessesese çıkarı söz konusu olsa dahi ,hiçbir faaliyete gönüllü olarak veya zorla katılmamalıdır.

Özeleştiri

Gazeteci ile basın-yayın organları, tekzip ve cevap hakkı gibi zorunlulukların dışında da yanlışları düzeltmeli ve özeleştiri yapmalıdırlar.

Taraf olma

Gazeteci ve yayın organı, taraf oldukları bir olaydaki konumlarını kamuoyuna açıkça belirtmelidir.

Yayın organı yahut yorumcu, siyasi, ekonomik ve toplumsal tercihlerinin doğrultusunda yayın yapabilir. Bu durumda bu tavır açıkça ortaya konulmalı ,ayrıca yorum ile haber-olay ayırımı kesin biçimde yapılmalıdır.

Özel hayat

Asıl olan kamu yararıdır. Özel hayatın gizliliğinin geçersiz sayılabileceği başlıca şöyle sıralanabilir:

- a) Büyük bir suç yahut yolsuzluk üstüne araştırma ve yayın
- b) Toplumı kötü etkileyici bir tutumla ilgili araştırma ve yayın
- c) Toplumun güvenliğinin veya sağlığının korunması
- d) İlgili kişinin sözleri yahut eylemleri sonucu halkın yanıltılmasının, yanıltılmasının veya yanlış yapmasının engellenmesi

Bu durumlarda dahi, özel hayatın kamuya açılan kesiti mutlaka konuyla doğrudan ilgili olmalı veya ilgili kişinin özel hayatının onun kamusal faaliyetini etkileyip etkilemediği gözetilmelidir.

Bilgi-belge

Doğrudan kamu yararı olmadıkça, sahibinin izni dışında belge, fotoğraf, ses yahut görüntü alınmamalıdır.

Kamu yararı söz konusu olduğunda dahi, yukarıdakilerin başka hiçbir şekilde elde edilmeyeceğine kesin kanaat getirilmiş olamsı gerekir.

Haber için para

Gazeteci, belge veya görüntü sağlamak amacıyla, bir suçla ilgili sanık, tanık veya onların yakınlarına para teklif etmemeli ve vermemelidir.

Sarsıcı durumlarda

Üzüntü, sıkıntı, tehlike, yıkım, felaket ya da şok halindeki insanlar söz konusu olduğunda, gazetecinin olaya yaklaşımı insani olmalı, gizliliklere uyularak dygu sömürsünden kaçınılmalıdır.

Suçlu yakınları

Gazeteci, sanıkların ve suçluların akrabalarını, yakınlarını, olayla ilgileri olmadıkça veya olayın doğru anlaşılması gereği bulunmadıkça teşhir etmemelidir.

İntihar olayları

İntihar olayları hakkında haber çerçevesini aşan ve okuyucu veya izleyiciyi etki altında bırakacak nitelikte ve genişlikte yayın yapılmamalıdır. Olayı gösteren fotoğraf, resim veya film yayınlanmamalıdır.

Ekonomik, mali bilgi

Yasalarla yasaklanmış olmasa dahi gazeteci, elde ettiği ekonomik-mali bilgileri, geniş biçimde yayımlanmadan önce kendisinin yahut yakınlarının çıkarları için kullanılmamalıdır.

Gazeteci, kendisinde ve yakınlarında bulunan hisse senedi ve benzeri mali araçlar konusunda, yayın organındaki sorumluları bu menkul kıymet sahipliği hakkında doğru bilgilendirmediği sürece yayın yapmamalıdır.

Gazeteci, hakkında haber ve yorum yazdığı ya da yazmayı tasarladığı taşınır ve taşınmaz kıymetlerin doğrudan ve dolaylı alım satımını yapmamalıdır.

Ambargo-önceden görme-Off-the-record

Gazeteci, kendi çabasıyla elde etmedikçe, bir kaynağın verdiği bilgi veya belgenin yayınlama tarihi konusundaki isteğe uymalıdır. Gazeteci, röportaj, haber, yorum veya görüntü, yayın şekli ne olursa olsun, hazırlığını yayın organındaki sorumlular dışında, kaynağı da dahil kimseye denetletmekle yükümlü değildir.

Gazeteci, açıklanmaması kaydıyla (off-the-record) verilen bilgiyi ve sarfedilen sözleri yayınlamamalıdır.

Rekabet

Gazeteci, rekabet nedeniyle de olsa, bir başka gazeteciye bilinçli ve açık mesleki zarar vermekten kaçınmalıdır. Bir meslektaşının yayını engelleyici davranışlarda bulunmamalıdır.

Kaynak gösterme

Gazeteci, başta ajans haberleri olmak üzere, bir meslektaşının ve herhangi bir yayının sunduğu bilgileri kullandığında mutlaka kaynağı belirtmelidir.

Gazeteci olmayanlar

Bir yayın organında, sürekli veya zaman zaman gazetecilik kapsamına giren alanlarda faaliyet gösterenlerin asıl sıfatları, asli işleri uygun şekilde belirtilmeli, kamuoyu onalrın temel konumu hakkında bilgilendirilmelidir.

Özdeşleşme

Gazeteci, uzmanlık alanı ne olursa olsun, öncelikle gazetecidir. Polis muhabiri polis veya sözcüsü, spor muhabiri, kulüp yöneticisi veya sözcüsü, herhangi bir partiden sorumlu muhabir; onun üyesi veya sözcüsü gibi davranmamalı ve bu bu yönde yayın yapmamalıdır.

EK 5- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

Birinci Bölüm

(Amaç, Kapsam ve Tanımlar)

Amaç:

Madde 1: Bu kuralları amacı, hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan hekimlik meslek etiği kurallarını belirlemektir.

Kapsam:

Madde 2: Türkiye’de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup, mesleğini uygulayan tüm hekimler bu kurallar kapsamındadır.

Dayanak:

Madde 3: Bu kurallar bütünü 6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar:

Madde 4: Bu metinde geçen:

- a) Bakanlık deyimi; Sağlık Bakanlığı’nı
- b) Hekim deyimi; tıp doktorlarını,
- c) Hekim örgütü deyimi; Türk Tabipleri Birliği’ni ifade eder.

İkinci Bölüm

(Genel Kural ve İlkeler)

Hekimin Görev ve Ödevleri:

Madde 5: Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır.

Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Etik ilkeler:

Madde 6: Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri, yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.

Hekimin yansızlığı:

Madde 7: Hekim, görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.

Vicdan ve mesleki kanı:

Madde 8: Hekim, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Sır saklama yükümlülüğü:

Madde 9: Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanamazı anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevinden çekilebilir.

Acil yardım:

Madde 10: Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılamadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur.

Ticari amaç ve reklam yasağı:

Madde 11: Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurularda varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilir. Tabela ve benzeri tanıtım araçlarının biçim ve boyutları yerel tabip odası tarafından saptanır.

Meşru ve yasak yöntemler:

Madde 12: Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz.

Hekimliğin kötü uygulanması (Malpractice):

Madde 13: Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi “hekimliğin kötü uygulanması” anlamına gelir.

Aracılık etme ve aracından yararlanma yasağı:

Madde 14: Hekim, öteki hekimlere veya tetkik-tedavi kuruluşlarına maddi çıkar karşılığı hasta gönderemez. Hekim, hasta sağlamak amacıyla aracı kişilerden yararlanamaz.

Endüstri ile ilişkilerde çıkar sağlama yasağı:

Madde 15: Hekimler endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkiler ise, şeffaf ve kurumsal olmalıdır. Bu ilişkilerde Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı “Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeler” geçerlidir.

Üçüncü Bölüm

(Hekimler Arası İlişkiler)

Meslektaşlar arasında saygı:

Madde 17: Hekim, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur.

Yetkinlik dışı faaliyet yasağı:

Madde 18: Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

Danışım (konsültasyon) ve ekip çalışması:

Madde 19: Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

a)Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f)Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta, konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

Odaya bildirme yükümlülüğü:

Madde 20: Hekim, meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasında konuyla ilgili bildirimde bulunur.

Dördüncü Bölüm

(Hekim-Hasta İlişkileri)

Hasta Haklarına Saygı:

Madde 21: Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

Hekim seçme özgürlüğü:

Madde 22: Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.

Muayenesiz tedavi yasağı:

Madde 23: Hekim, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlayamaz.

Hasta üzerindeki etkinin kullanımı:

Madde 24: Hekim, hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamaz.

Tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakma:

Madde 25: Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

Aydınlatılmış onam:

Madde 26: Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabuş etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma, hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler, hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam; baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar, toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Bilgilendirilmeme Hakkı:

Madde 27: Hasta, hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi, hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir.

Terminal hastalara yardım:

Madde 28: Hekim, terminal dönemdeki hastalara her türlü insani yardımı yapmaya insan onuruna yaraşır koşulları sağlamaya ve çekilen acıyı olabildiğince azaltmaya çalışır.

Ücret:

Madde 29: Hasta, ücret konusunda önceden hekimden bilgi alabilir. Hekim, tüm muayene, tetkik, tıbbi ve cerrahi girişimlerde meslek örgütünün belirlediği taban ücretin altında bir ücret alamaz. Hekimin, meslektaşları ile meslektaşlarının eşleri ve bakmakla yükümlü olduklarından muayene ve tedavi için-masraflar dışında-ücret almaması uygundur.

Gereksiz harcama yaptıırma yasağı:

Madde 30: Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptııramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez.

Hastayla ilgili bilgilerin hastaya verilmesi ve kullanımı:

Madde 31: Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez. Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir.

Rapor düzenleme:

Madde 32: Hekim, bizzat muayene ve tedavi ettiği hastasına gerekli gördüğünde hastalıkla ilgili rapor verir. Bu raporda tıbbi gerekçelere bağlı olarak istirahat, tedavi şekli, diyet, çalışma koşulları gibi hasta için gerekli geçici ya da kalıcı bilgiler ve hekimin önerileri bulunur.

Beşinci Bölüm**(Hekim ve İnsan Hakları)****Uluslararası sözleşmelere uyma zorunluluğu:**

Madde 33: Her hekim, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür:

İşkenceye yardım yasağı:

Madde 34: Hekim, tıbbi bilgi ve becerisiyle, işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan olgularla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır.

Tutuklu ve hükümlülere verilecek tıbbi yardım:

Madde 35: Tutuklu ve hükümlülerin muayenesi de öteki hastalarinki gibi; kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır ve onların gizlilik hakları korunur. Hekimin, bu koşulların sağlanması için ilgililerden istekte bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır. Muayene sonucu düzenlenecek belge veya raporlarda hekimin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası mutlaka bulunur. Belge ve raporların bir örneği kişiye verilir. Belge ve raporun bir örneği kişiye verilir. Belge ve rapor baskı altında yazılmış ise, hekim bu durumu en kısa zamanda meslek örgütüne bildirir.

Tutuklu ve hükümlülerin tıbbi yardımı reddetmesi:

Madde 36: Hekim, muayene ve tedavi olanaklarını bilinçli olarak reddeden tutuklu ve hükümlülere bu davranışlarının sonuçlarının neler olabileceğini açıklar. Zorla muayene ve tedavi yolunu deneyemez, öneremez.

Ölüm cezasına etkin katılım yasağı:

Madde 37: Hekim, hiçbir zaman ölüm cezasının infazında bulunamaz, infaza yardımcı olamaz, ölüm cezası uygulamasında tıbbi hizmet veremez.

Olağanüstü durumlar ve savaş:

Madde 38: Hekim, olağanüstü durumlar ve savaşta, evrensel nitelikteki tıbbi etik kurallarını yansızlıkla uygular. Hasta ve yaralı sayısının çokluğu nedeniyle, herkese gerekli tıbbi yardımın verilemediği koşullarda hekim, tedavi olasılığı yüksek olan ağır vakalara öncelik verir.

Cinsel ilişki muayenesi:

Madde 39: Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim, ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz.

Altıncı Bölüm

(Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği)

İnsan üzerinde araştırma:

Madde 40: İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ya da epidemiyolojik araştırmalar, gerek ilaç gerek cerrahi yöntem araştırmaları olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurallardan geçmek koşuluyla yapılır. İnsan üzerinde yapılan tüm araştırmalar, bilimsel ve mesleki yönden yeterli ve yetkin kişiler tarafından yürütülür. Araştırmanın sorumluluğu tümüyle araştırmacıya aittir.

Deneğin bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamı:

Madde 41: İnsan üzerinde yapılan araştırmalarda her deneğe araştırmanın amacı, yöntemi, beklenen yarar ve olası yan etkileri hakkında, deneğin anlayabileceği dilde ve biçimde yeterli bilgi verilmesi zorunludur. Deneğe, çalışma başladıktan sonra isterse araştırmaya katılmaktan vazgeçebileceği ve onamını geri alabileceği, ancak bu nedenle daha sonraki tedavisinin ve takibinin aksamayacağı anlatılır. Bilgilendirme sonrasında konuyu yeterince anlayıp anlamadığı değerlendirilir.

Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme sağlandıktan sonra, deneğin yazılı onamı alınır. Bu onam, deneğin özgür iradesine dayanmalıdır.

Reşit ve mümeyyiz olmayanların durumu:

Madde 42: Reşit ve/veya mümeyyiz olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı gerekir.

Deneğin Korunması:

Madde 43: İnsan üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda deneğin yaşamı, bedensel ve zihinsel bütünlüğü ile sağlığı her zaman toplumsal veya bilimsel çıkarların üzerinde tutulur.

Deneğin özel yaşamına saygı gösterilmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanır. Bilimsel araştırma ve yayınlar ile akademik-bilimsel amaçlı sunuşlarda deneğin kimliği gizli tutulur.

Bir tıbbi araştırmada, beklenen katkı ne olursa olsun, denek için ciddi bir tehlike şüphesi doğduğunda araştırma durdurulur.

Araştırmanın giderleri deneğe, yakınlarına ya da sosyal güvenlik kurumuna yansıtılamaz.

Yayın etiği:

Madde 44: Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer

alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılamaz.

Yedinci Bölüm

(Çeşitli Hükümler)

Hüküm bulunmayan durumlar:

Madde 45: Bu kurallarda yer almayan durumlarla karşılaşıldığında hekim, genel etik ilkelere, ulusal düzenlemelere, uluslararası düzeydeki bildirge ve sözleşme hükümlerine uyar.

Disiplin kovuşturması:

Madde 46: Hekimler bu kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulunduklarında, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'na göre tabip odaları yönetim kurulları tarafından onur kurullarına sevk edilirler. Hekimlerin disiplin soruşturmasına uğraması, haklarında ayrıca hukuki veya cezai tatbikat yapılmasına engel değildir.

Yürürlük:

Madde 47: Bu kurallar bütünü Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi'nde kabul edilip, Türk Tabipleri Birliği yayın organlarından bir ay sonra yürürlüğe girer ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları tarafından yürütülür.

EK-6. Halkın Yararı İçin Sağlık Haberciliği Bildirgesi (1999)

Türkiye’de sağlık alanının giderek büyüyen karmaşıklaşan, çözüm bekleyen sorunları olduğunu bilerek; daha sağlıklı bir toplum için “iyi hekimlik” ve “iyi gazetecilik” yapmanın gerekliliğine inanan bir grup bilim adamı, gazeteci ve hekimin katılımıyla gerçekleşen toplantıda, sağlık haberciliği tartışılmış ve aşağıdaki sonuçlara varılmıştır:

1.Sağlık haberciliği alanında önemli sorunlar yaşanmaktadır

Türkiye’de haber oluşturma kararı, haberin kaynağı, medyada yer alması ve halkın haberdan yararlanmasında sorunlar vardır. Ajans, dergi, tv ve gazetelerde çalışan haberciler sağlık haberlerini yaparken farklı sorunlar yaşamaktadır.

2.Sağlıkta uzmanlaşma desteklenmelidir

Sansasyondan uzak doğru sağlık haberciliği için tüm yayın kuruluşlarında alanında uzman sağlık muhabiri istihdam edilmelidir. Sağlık haberlerinin yer aldığı sayfaların editörleri de sağlık haberleri konusunda ilgili meslek kuruluşları tarafından bilgilendirilmelidir.

3.Sağlık habercisinin haber yapma özgürlüğüne yönelik hiçbir baskıya izin verilmemelidir

Hangi konunun haber yapılacağına sağlık muhabiri karar vermektedir. Bu konuda habercinin bağımsızlığını etkileyecek hiçbir girişime olanak verilmemelidir. Ancak haberin önceliği konusunda kaynağının da görüşü önemsenmelidir. Halkla ilişkiler firmaları da sağlık habercileriyle olan ilişkilerinde hem gazetecilik, hem de halkla ilişkiler etik kurallarına saygılı davranmalıdır.

4.Sağlık haberinin sorumluluğunu sağlık habercisi taşımalıdır

Sağlık haberlerinin basında yer alması aşamasında haberci dışındakilerin etkin olması engellenmelidir. Bunun için en iyi yöntem bir sağlık sayfası veya (tv için) sağlık saati bölümlerinin ayrılması ve sorumluluğunun sağlık habercisine verilmesidir.

5.Sağlık habercileri yalnız haber üretmekle sorumludurlar

Sağlık habercileri çalıştıkları yayın kuruluşlarında “bağımsız haber üretme” görevlerini etkileyecek hiçbir konuda görevlendirilmemeli ve bu konuda baskı altına alınmamalıdır.

6.Sağlık habercileri için bir bilimsel danışma havuzu oluşturulmalıdır

Haberin oluşturulması hazırlayanın sorumluluğu altındadır. Ancak bu aşamada haberci-bilim adamı-hekim işbirliğini sağlayacak mekanizmalar geliştirilmelidir. Türk Tabipleri Birliği, uzmanlık derneklerinde sağlık muhabirlerinin danışabileceği birimler oluşturulmalıdır.

7. Sağlık alanındaki haber kaynakları da eğitilmelidir

Haber kaynağı olabilecek bilim adamları ve hekimler de bu haberi oluşturacak kişilere en doğru, en yetkin şekilde katkıda bulunmak üzere eğitilmelidir. Bu eğitim mezuniyet öncesi dönemde verilmeli, mezuniyet sonrası için sürekli eğitim olanakları TTB, (ESAM ve iletişim fakülteleri işbirliği ile) tarafından sağlanmalıdır.

8.Sağlık muhabirliği iletişim fakültelerinde ayrı bir ders olarak kabul edilmelidir

Sağlık haberciliği ayrı bir alan olarak tanınmalı, gazetecilik eğitimi sırasında iletişim fakültelerinde bu eğitim verilmelidir. Bu konuda meslek birliklerinden

yararlanılabilir.

9.Sağlık muhabirlerine sürekli eğitim olanağı yaratılmalıdır

Sağlık haberciliği alanında çalışan gazetecilerin “sağlıkta öncelikli gelişmeler, eğilimler” gibi konularda eğitimleri ESAM ve iletişim fakülteleri (TTB katkısı ile) tarafından yapılmalıdır.

10.Tıbbi dergilerdeki araştırmaların haber kaynağı olarak kullanılması sağlanmalıdır

Haber kaynağı olarak yöneticiler, hekimler, bilimsel dergiler ve çoğunluğu dış basından olmak üzere çeviri yayınlarla internet kullanılmaktadır. Yazıları denetlenmiş tıbbi dergiler en doğru haber kaynağı olabilir. Türkiye’de çıkan pekçok tıbbi derginin bu amaçla bilimsel yayınların halkın yararına kullanılması için basın bültenleri hazırlanması sağlanmalıdır. (TTB ve TUBİTAK tarafından) Bu bültenler halk sağlığı açısından öncelikli olan, gerçekten güncel olan ve en fazla sayıda kişiyi ilgilendirecek konularda olması sağlanmalıdır.

11.Sanayi Bakanlığı Tüketiciyi Koruma ve Reklam Kurulu’nun etik ilkelerine uymayanlar yaptırımlarıyla ilgili olarak yapılacak haberler caydırıcılık taşıyabilir.

12.Sağlık habercisi ile haber kaynağı, alanlarındaki etik kuralları düzenleyen bildirgeleri dikkate almakla yükümlüdür

Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi, TTB Tıp Meslek Ahlak Kuralları ve Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği (ESAM) Etik ilkeleri sağlık haberlerindeki etik sorunların önlenmesi için önemli belgelerdir. Bunların uygulanması herkesi sorumluluğu ve ödevidir. Bu kuralları ihlâl edenler meslek kuruluşları ve birliklerince kamuoyuna açıklanmalıdır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Atkin, Charles ve Wallack, Lawrence (ed.). **Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

Avrupa Sosyal Şartı, Çev. Bülent Çiçekli, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2001.

Backer, Thomas E. ve Everett, Rogers M. (ed.). **Organizational Aspects of Health Communication Campaigns: What Works?**. California: Sage Publications, 1993.

Backer, Thomas E. Rogers, Everett M. ve Sopory, Pradeep. **Designing Health Communication Campaigns: What Works?**. California: Sage Publications, 1992.

Baltaş, Zuhale. **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000.

Belek, İlker. **Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik**. İstanbul: Der Yayınları, 1993.

Bennett, Peter ve Calman, Kenneth (ed.). **Risk Communication and Public Health**. Oxford: Oxford University Press, 1999.

Berlin Ray, Eileen ve Donohew, Lewis (ed.). **Communication and Health: Systems and Applications**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1990.

Bracht, Neil (ed.). **Health Promotion at the Community Level 2**. California: Sage Publications, 1999.

- Breckon, Donald J. Harvey, John R. ve Lancaster, Brick R. Community Health Education Settings, Roles and Skills for the 21 st. Century. 4. Baskı, Maryland: Aspen Publications, 1998.**
- Bunton, Robin. Mc Donald, Gordon (ed.). Health Promotion: Disciplines and Diversity. London: Routledge, 1992.**
- Chauvin, Florence ve Diğerleri (ed.). CFES-Du Bon Usage de la Communication en Education pour la Santé, Séminaire International, Essonne, 16-17 Décembre 1996.**
- Chomsky, Noam. Medya Denetimi: Immediast Bildirgesi. 2. Baskı, İstanbul: Tüm Zamanlar Yayıncılık, 1995.**
- Cirhinlioğlu, Zafer. Sağlık Sosyolojisi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.**
- D'Houtaud, Alphonse. Sociologie de la Santé. Paris: L'Harmattan, 1998.**
- Dines, Alison ve Cribb, Alan. Health Promotion Concepts and Practice. Oxford: Blackwell Science, 1993.**
- Downie, R. S. Tannahill, Carol. Tannahill, Andrew. Health Promotion Models and Values. 2. Baskı, Oxford: Oxford University Press, 1996.**
- Durandin, Guy. L'Information, La Désinformation et La Réalité, Paris: PUF, 1993.**
- Elder, John P. Behavior Change & Public Health in the Developing World. California: Sage Publications, 2001.**
- Erdoğan, İrfan. İletişimi Anlamak. Ankara: Erk Yayınları, 2002.**
- Ewen, Stuart. PR! A Social History of Spin. New York: Basic Books, 1996.**

- Geist-Martin, Patricia. Berlin Ray, Eileen ve Sharf, Barbara F. Communicating Health: Personal, Cultural and Political Complexities. California: Wadsworth Publishing, 2002.**
- Giddens, Anthony. Modernliğin Sonuçları. Çev. Ersin Kuşdil, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1994.**
- Goldblatt, David (ed.). An Introduction to the Social Science: Understanding Social Change. London: Routledge/Open University Edition, 2000.**
- Graeff, Judith. Elder, John P. Booth ve Elisabeth Mills (ed.). Communication for Health and Behavior Change: A Developing Country Perspective, San Fransisco: Josey-Bass Publishers, 1993.**
- Gregory, Anne. Planning and Managing Public Relations Campaigns, 2nd. Edition, London: IPR/Kogan Page, 2000.**
- Grunig, James E. ve Hunt, Todd. Managing Public Relations, New York: Holt, Reinehart ve Wilson Inc., 1984.**
- Gülesen, Özdemir. Çağdaş Epidemiyoloji, Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları, 1995.**
- Hayran, Osman ve Sur, Haydar. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayınları, 1998.**
- _____ . Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1998.**
- Illich, Ivan. Sağlıkın Gaspi. Çev: Sûha Sertabipoğlu, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1995.**
- Jones, Keith ve Tilford, Sylvia. Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity. 3.Baskı, Cheltenham: Nelson Thornes, 2001.**
- Jonston, Deirdre D. The Art and Science of Persuasion. Wisconsin: McGraw Hill, 1994.**

- Kanber, Rıdvan. **Medya ve Sağlık**. Ankara: Türk Sağlık-Sen Yayınları No.5, 2003.
- Kar, Snehendu B. Alcalay, Rina. Alex, Shana (ed.). **Health Communication: Multicultural Perspective**. California: Sage Publications, 2001.
- Karafakıoğlu, Mehmet. **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. İstanbul: Dönence Basım ve Yayın, 1998.
- Katz, Jeanne ve Peberdy, Alyson. ve Douglas, Jenny (ed.). **Promoting Health: Knowledge and Practice**. UK: MacMillan / The Open University, 2000.
- Kazancı, Metin. **Kamuda ve Özel Sektörde Halkla İlişkiler**, Ankara: Turhan Kitabevi, 1997.
- Kongar, Emre. **Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği**, 8. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000.
- Kreps, Gary L. ve Thornton Barbara C. **Health Communication Theory and Practice**, 2. Baskı, Illinois: Waveland Press, 1992.
- Kreuter, Matthew ve Diğerleri. **Tailoring Health Messages Customising Communication With Computer Technology**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
- Kurtulmuş, Sevgi. **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998.
- Kuzu, Burhan. **Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat**. İstanbul: Filiz Kitabevi, 1997.
- Last, John M. **Public Health and Human Ecology**. New Jersey: Prentice-Hall, 1987.
- Lazar, Judith. **İletişim Bilimi**. Çev. Cengiz Anık, Ankara: Vadi Yayınları, 2001.
- L'Etang, Jacquie ve Pieczka, Magda (der.). **Halkla İlişkilerde Eleştirel Yaklaşımlar**. Ankara: Vadi Yayınları, 2002.

- MacDonald, Théodore, **Rethinking Health Promotion: A Global Approach**. London: Routledge, 1998.
- Maibach, Edward ve Parrott, Louiselle. **Designing Health Messages: Approaches From Communication Theory and Public Health Practice**. California: Sage Publications, 1995.
- Mann, Jonathan M. ve Diğerleri (ed.). **Health and Human Rights**. London: Routledge, 1999.
- Mathien, Michel (ed.). **Médias, Santé, Publique**. Paris: L'Harmattan, 1999.
- Moon, Graham ve Gillespie, Rosemary (ed.). **Society and Health: An Introduction to Social Science for Health Professionals**. London: Routledge, 1995.
- Mutlu, Erol. **İletişim Sözlüğü**. 3. Baskı, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 1998.
- Naidoo, Jeannie ve Wills, Jane. **Health Promotion: Foundations for Practice**. 2.Baskı, London: Ballière Tindall, 2000.
- Nelson, David E. ve Diğerleri (ed.). **Communicating Public Health Information Effectively: A Guide for Practitioners**. Washington DC: American Public Health Association Publications, 2002.
- Net, Michel Le. **Communication Publique: Pratique des Campagnes d'Information**. Paris: La Documentation Française, 1993.
- Okay, Ayla ve Okay, Aydemir. **Halkla İlişkiler: Kavram, Strateji ve Uygulamaları**. İstanbul: Der Yayınları, 2002.
- Oktay, Mahmut. **Davranış Bilimlerine Giriş**. İstanbul: Der Yayınları, 1996.
- Peltekoğlu, Filiz Balta. **Halkla İlişkiler Nedir**. Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul Beta Yayınları, Haziran 2001.

Potter, W. James. **Media Literacy**. California: Sage Publications, 1998.

Ratzan, Scott C. **AIDS: Effective Health Communication for the 90s**. Washington DC: Taylor and Francis, 1993.

Seale, Clive. **Media and Health**,. London: Sage Publications, 2002.

Sfez, Lucien. **La Santé Parfaite**. Paris: Edition du Seuil, 1995.

Signorielli, Nancy. **Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook**. CT: Greenwood Press, 1993.

Tabak, Ruhi Selçuk. **Sağlık İletişimi**. İstanbul: Literatür Yayınları, 1999.

Tekinalp, Şermin ve Uzun, Ruhdan. **İletişim Araştırmaları Kuramları**. İstanbul: Derin Yayınları, 2004.

Thompson, Teresa ve Diğerleri (ed.). **Handbook of Health Communication**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.

Thornton, Barbara ve Kreps, Gary L. **Perspectives on Health Communication**. Illinois: Waveland Press, 1993.

Wallack, Lawrence ve Diğerleri. **Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention**. California: Sage Publications, 1993.

Yüksel, Erkan. **Medyanın Gündem Belirleme Gücü**. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları, 2001.

Sürekli Yayınlar

Akşit, Belma. "*Toplum, Kültür ve Sağlık*", **Yeni Türkiye**. Sayı: 40, Temmuz-Ağustos 2001.

- Al-Enad, Abdulrahman H. *"Public Relations' Roles in Developing Countries"*, **PR Quarterly**. Vol.35, Issue.1, Spring 1990.
- Bardhan, Nilanjana R. *"Accounts From the Field: A Public Relations Perspective on Global AIDS/HIV"*, **Journal of Health Communication**. Vol.7, Issue.3, May 2002.
- Bettcher, Douglas W. Yach, Derek ve Guindon, Emmanuel G. *"Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges"*, **Bulletin of The World Health Organization**. Ref. No. 99-0215, 2000.
- Brashers, Dale ve Goldsmith, Daena J. *"Information Seeking and Avoiding in Health Contexts"*, **Human Communication Research**. Vol. 28, Issue. 2, April 2000.
- Brodie, Molly Ann ve Diğerleri. *"Communicating Health Information Through The Entertainment Media"*, **Health Affairs**. January-February 2001.
- Clift, Elayne ve Freimuth, Vicki. *"Health Communication: What it is and What it Can Do For You?"*, **Journal of Health Education**. Vol. 26, no.2, 1995.
- Dikmen, Aylin. *"Giriş"*, **Toplumbilim Dergisi (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı)**. Sayı. 13, Temmuz 2001.
- Donohew, Louis ve Palmgreen, Philip. *"Attention, Need For Sensation and Health Communication Campaigns"*, **American Behavioral Scientist**. Vol.38, November 1994.
- Daulaire, Nils. *"Globalization and Health"*, **Development**, Vol.42, Issue.4,1999.
- Erbaydar, Tuğrul. *"Sağlık Kimin İçin?"*, **Toplumbilim Dergisi (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı)**. Sayı. 13, Temmuz 2001.

Erdoğan, İrfan. “*Tekelleşme, Medya ve Medya Pratikleri*”, **Toplum ve Hekim**. Cilt.17, Sayı. 6, Kasım-Aralık 2002.

Feecham, Richard G.A. “*Globalization: From Rhetoric to Evidence*”, **Bulletin of The World Health Organization**. Ref. No.01-1489, 2001.

Freimuth, Vicki S. “*Mass Media Strategies and Channels: A Review of the Media in Breast and Cervical Cancers Screening Programs*”, **Wellness Perspectives**. Vol.11, Issue.2, Winter 1995.

Giritlioğlu, Hakan. “*Serbest Piyasa Mantığı Değil, Etik!*”, **Hekim Forumu Dergisi**. Mart-Nisan 1999.

Güler, Çağatay ve Vaizoglu, Songül. “*Toplum Sağlığı Eğitimi: Sağlık İçin Eğitim*”, **Yeni Türkiye**. Sayı: 39, Mayıs-Haziran 2001.

Gürsoy, Akile. “*Sağlık ve Sosyal Antropoloji: Çocuk Sağlığının Kültürel Boyutları*”, **Toplumbilim Dergisi (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı)**. Sayı. 13, Temmuz 2001.

Hayran, Osman. “*Küreselleşme ve Sağlık*”, **YeniTürkiye**. Sayı: 40, Temmuz-Ağustos 2001.

Heath, Robert L ve Nathan, Kathy. “*Public Relations’ Role in Risk Communication Information, Rhetoric and Power*”, **PR Quarterly**. Vol.35, Issue.4, Winter 1990-91.

“*Science et Médias*”, **HERMÈS**, no.21, 1997.

Maibach, Edward ve Holtgrave, David R. “*Advances in Public Health Communication*”, **Annual Review of Public Health**, No.16,1995.

“Making Health Communication Programs Work: A Planner’s Guide”, US Department of Health and Services, Public Health Service and National Institutes of Health, NIH Publication No.92-1493, April 1992.

Ratzan, Scott C. ***“Preface”***, **Journal of Health Communication**. Supplemental Issue, Vol. 3, 1998.

_____. ***“Strategic Health Communication and Social Marketing on Risk Issues”***, **Journal of Health Communication**. Vol.4, Issue.1, January-March, 1999.

_____. ***“Cancer Risk Communication: What We Know and What We Need to Learn”***, **Journal of Health Communication**. Vol.4, Issue.2, April-June 1999.

_____. ***“Health Communication as Negotiation”***, **Journal of Health Communication**. Vol.38, Issue.2, November 1994.

_____. ***“Health Communication Ethics”***, **Journal of Health Communication**. Vol.3, Issue.4, October-December 1998.

_____. ***“Public Health at Risk: Media and Political Malpractice”***, **Journal of Health Communication**. Vol.7, Issue.2, March 2002.

Saygılı, Sedef ve Erdal, Murat. ***“Yeni Teknolojilerin Sağlık Sektöründeki Etkileri ve İnternet Kullanımı”***, **Güncel Eczacılık Dergisi**. S.98, Ekim 2001.

Şendağ, Nedim. ***“Haksız Rekabet”***, **Hekim Forumu Dergisi**. Mart-Nisan 1999.

The Guardian. ***“Another Cancer Blow to HRT”***, 3 February 2004.

Tıgılı, Mehmet ve Günülaydın, Hasan. ***“Sosyal Pazarlama Çerçevesinde Türkiye’deki AIDS’le Mücadele Konulu Reklamların İçerik Analizi”***, **Öneri Dergisi**. C.5, S.17, Ocak 2002.

Uğur, Asuman Ayşenur. ***“Doktorlar ve Medya”***, **Doktor Dergisi**. S.13, Şubat-Mart 2003.

Ulagay, Osman. "*Korku da Küreselleşiyor*", *Milliyet Ekonomi*. Sayı.12, 9 Şubat 2001.

Visvanath, K. ve Finnegan John R. Jr. "*Health and Knowledge Gaps*", *American Behavioral Scientist*. Vol.34, Issue.6, July-August 1991.

Wallack, Lawrence. "*Media Advocacy: A Strategy For Empowering People and Communities*", *Health Promotion: An Anthology*. USA: Pan American Health Organization Scientific Publication, No: 557, 1996.

Wise, Kurt. "*Opportunities for Public Relations Research in Public Health*", *Public Relations Review*. Vol.27, Issue.4, Winter 2001.

Diğer Yayınlar

Alma-Ata Bildirisi, 1948, <http://www.un.org.tr/who/ALMAATA.HTM>, (25.09.2002).

"An Overview of Health Communication and Community Mobilization Strategies", University of Toronto, The Health Communication Unit, <http://www.utoronto.ca>, (22.11.2002).

Arguin, Paul M., "Health Communication During SARS", *Emerging Infectious Diseases*, Vol.10, No.2, February 2004, <http://www.cdc.gov/eid>, (21.02.2004).

Barsamian, David. "Public Relations: Corporate Spin and Propaganda, an Interview with Stuart Ewen", <http://www.zmag.org>, (17.06.2003).

Bowes, John E. "Communication and Community Development for Health Information: Constructs and Models for Evaluation, Review prepared for the National Network of Libraries of Medicine, Seattle, December 1997, <http://nnlm.gov/pnr/eval/bowes>, (14.09.2000).

Bozkurt, Veysel. "Küreselleşme: Kavram, Gelişim ve Yaklaşımlar", <http://www.isguc.org/vbozkurt1.htm>, (05.01.2001).

Centers for Disease Control and Prevention, Office of Communication,
<http://www.cdc.gov/od/oc/hcomm>, (11.12.2003).

Committee on Economic, Cultural and Social Rights, “The Right to the Highest Attainable
Standards of Health General Comment: No.14, 2000, <http://www.un.org>, 2000,
(18.02.2004).

Duby, Jean-Jacques, “Information Scientifique et Désinformation”,
http://www.supelec.fr/dir/Informationscientifique_desinformation.pdf,
(08.12.2002).

Finnegan, John R Jr. “Public Health Campaigns in the Age of Ubiquitous Media: Promise
and Peril”, 14 November 2001, <http://obssr.od.nih.gov/soaring/finnegan.pdf>,
(10.09.2002).

Fişek, Nusret. “Sağlık Nedir?”,
<http://www.hipokrat.org/menu/saglik/saglikgenel/sagnedir.html>, (30.07.2003).

Gaziano, Cecil. “A Twenty-Five Years of Knowledge Gap Research”, paper presented at
the 50th annual conference of the American Association for Public Opinion
Research, Fort Lauderdale FL, (21.05.1995),
<http://csu.edu.au/special/conference/AAPOR/Proceedings/Gaziano.html>,
(30.01.2003).

Healthy People 2010,
<http://www.health.gov/HealthyPeople/Document/HTML/volume1/11HealthCom.htm>,
(30.09.2001).

“Information and Its Counterfeits: Propaganda, Misinformation and Disinformation”, The
Sheridan Libraries, <http://www.library.jhu.edu/elp/useit/evaluate/counterfeit.html>,
(21.11.2003).

Jakarta Deklarasyonu, <http://www.un.org.tr/who>, (25.09.2002).

Miller, David ve Philo, Greg. "Communicating Change in the NHS: A Review of Health Communication Campaigns, Media Coverage of Health Care Issues and the Process of Public Opinion and Belief Formation", August 1995, <http://staff.stir.ac.uk/david.miller/publications/communicatinghealth.html>, (10.09.2002).

National Institute of Health, <http://www.nih.gov>, (11.12.2000).

O'Shea, Tim. "The Doors of Perception: Why Americans Will Believe Almost Anything", 15 August 2001, <http://www.mercola.com/2001/aug/15/perception.htm>, (15.09.2002).

"Role of Communication in Disease Prevention and Health Promotion", <http://www.emerson.edu/acadepts/cs/healthcom/Resources/theory.htm>, (19.11.1999).

Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı, 1986, <http://www.un.org.tr/who>, (25.09.2002).

The Health Communication Unit, University of Toronto. "An Overview of Health Communication and Community", <http://www.utoronto.ca>, (25.05.2001).

The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, "Media Advocacy", <http://www.health.org/govpubs/phd627/media.html>, (28.02.2001).

Walt, Gill. "Globalization and Health", paper presented at the Medact Meeting, 13 May 2000, <http://phmovement.org/pdf/pubs/phm-pubs-walt.pdf>, (21.02.2004).

"What is Health Communication?", <http://www.hehd.clemson.edu/PublicHealth/PHEPH/HealthComm/define.htm>, (11.01.2001).

WHO Constitution, Geneva, 1948, <http://www.who.int/en>, (12.11.2003).

T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <http://www.saglik.gov.tr>, (15.05.2004).

T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, <http://www.sanayi.gov.tr>, (05.05.2004).

“The Health Communication Process Summaries”,
http://rex.nci.nih.gov/NSI_Pub_Interrace/HCPW/OVER.HTM, (12.01.2000).

The World Health Report 2002, “Reducing Risks, Promoting Healthy Life”, WHO,
<http://www.who.int>, (11.03.2003).

The World Health Report 2003, “Shaping the Future”, WHO, <http://www.who.int>,
(29.03.2003).

Türkiye Durum Analizi, UNAIDS Türkiye Koordinatörlüğü, <http://www.un.org.tr>,
(10.05.2004).

Türkiye Kızılay Derneği, <http://www.kizilay.org.tr>, (22.05.2004).

UNESCO Institute for Statistics, <http://www.uis.unesco.org>, (01.03.2004).

“Universal Declaration of Human Rights”, 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>,
(15 Şubat 2004).

Tezler

Yamaner, Melike Batur. “*Uluslararası Hukukta Düşünceyi Açıklama ve Yayma Özgürlüğünün Sınırlandırılması*”, İÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2001.