T.C.

İstanbul Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARININ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ OLUŞTURMADAKİ ROLÜ :

"Türkiye'de son 15 yılda yapılmış olan kampanyalardan örnekler çerçevesinde bir değerlendirme"

Figen SABIRCAN

2501090910

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayla OKAY

İstanbul 2012

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER
1982 ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : **Figen SABIRCAN** Numarası : **2501090910**

Anabilim/Bilim Dalı : **Halkla İlişkiler ve Tanıtım** Tez Savunma Tarihi: **08.06.2012**

Danışman : **Prof.Dr.Ayla OKAY** Tez Savunma Saati : **15.00'da**

Tez Başlığı :**'Sağlık İletişim Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: Türkiye'de Son 15 Yılda Yapılmış Olan Kampanyalardan Örnekler Çerçevesinde Bir Değerlendirme.'**

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **15. Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜ'NE** OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-Prof.Dr.Ayla OKAY		KABUL
2-Prof.Dr.Nilüfer SEZER		KABUL
3-Doç.Dr.Yeşim GÜÇDEMİR		KABUL
4-Doç.Dr.Ayda UZUNÇARŞILI		KABUL
5-Yrd.Doç.Dr.Feride AKIM		KABUL

ÖZ

Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: "Türkiye'de Son 15 Yılda Yapılmış Olan Kampanyalardan Örnekler Çerçevesinde Bir Değerlendirme"

Figen SABIRCAN

İletişim ve sağlık alanlarını birbirine bağlayan sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılan uygulamalara, iletişim kural ve stratejilerinin uygulanmasıdır. Sağlık bakım politikaları oluşturularak sağlığın geliştirilmesinin yanısıra toplumun içinde yaşayan bireylerin yaşam ve sağlık kalitelerinin arttırılması, hastalıkların önlenmesi ve hastalıklardan korunması işlevlerini kapsamaktadır.

Hekim ile hasta arasında ve kampanyalar üzerinden gerçekleşen sağlıkla ilgili tüm bilgi alış verişleri, sağlık iletişimi çerçevesinde ele alınmaktadır. Sağlık iletişiminin gerçekleşme düzeylerinden biri olan sağlık iletişimi kampanyalarının amaçları; toplumda farkındalık yaratmak, sağlık hizmetlerini duyurmak, hizmetleri nerde bulacakları konusunda bilgi vermek, koruyucu sağlık davranışı geliştirmek ve davranış değişikliği oluşturmaktır.

Günümüzde ulaşılan bilgi düzeyi, koruyucu sağlık davranışı geliştirerek veya mevcut davranışı değiştirerek her yıl gerçekleşen binlerce hastalığı ve ölümü önleyici güçtedir. Sorun, bu bilgi birikiminin insanlara nasıl aktarılacağı ve hedef kitlede davranış değişikliğinin nasıl başarılacağıdır. Bu noktada, toplumu meme kanseri, demir eksikliği veya ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmekten, anne ve yenidoğan ölümlerini önlemek için yapılan kampanyalara kadar geniş bir yelpaze içinde yer alan sağlık iletişimi kampanyaları, büyük önem taşımaktadır. Bu

kampanyaların avantajı, kitle iletişim araçları sayesinde halkın büyük bir bölümü tarafından görülebilmeleri, diğer bir deyişle yüksek hedef kitle erişimleridir.

Sağlık davranışını değiştirebilmek için davranışın oluşum süreci ve sağlık iletişimi kampanyalarında, davranış değişikliği gerçekleştirmede etkili davranışsal teori ve modellerin kullanımlarının incelenmesi önem taşır. Psikolojinin davranış modellerinden uyarlanan bu yaklaşımlar, bireylerde ve toplumda davranış değişikliği yaratmak amacıyla yürütülen kampanyalarda yol gösterici bir rol oynamaktadır.

Bu bağlamda çalışmada, sağlık iletişimi kampanyalarının davranışsal teori ve modeller açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık davranışını değiştirmeye ilişkin geliştirilen teori ve modellerden en çok kullanılan ve en etkili olanlar seçilerek geliştiricileri, oluşum süreçleri, kullanım alanları ve temel değişkenleri açıklanarak örnekler verilmiştir. Bu teorilerin bazıları bireysel düzeydeki davranış değişimlerini açıklarken bazırları ise toplumsal düzeydeki davranış değişimini açıklamak üzere geliştirilmişlerdir. Sağlık Bakanlığı, özel sektör ve STK'lar tarafından yapılan sağlık iletişimi kampanyalarından örnekler, davranış teori ve modelleri çerçevesinde incelenmiştir. Elde edilen verilere bakıldığında, bu kampanyalarda daha çok bireysel düzeydeki davranışsal teori ve modellerin kullanıldığı görülmüştür. Bu durum, kampanyaların başarısına da yansımıştır. Temel amacı, bireylerde ve toplumda davranış değişikliği oluşturmak olan sağlık iletişimi kampanyalarında, amaca uygun mesajlar, hedef kitle analizi, mesaja ve hedef kitleye uygun araç seçimi kadar önemli bir diğer nokta da davranış değişikliği gerçekleştirmede etkili teori ve modellerin belirlenmesidir. Sonuç olarak sağlık iletişimi kampanyalarının başarısı için bireysel düzeydeki teori ve modellerin kampanya sürecinin planlanmasında dikkate alınması gerektiği anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Sağlık, Sağlık İletişimi, Sağlık İletişimi Kampanyaları, Davranış, Sağlık Davranışı Teori ve Modelleri

ABSTRACT

The Role of Health Communication Campaigns in the Generation of Behavioral Change: "An Evaluation within the Framework of the Examples of the Campaigns Carried Out in the Last 15 Years in Turkey"

Figen SABIRCAN

Health communication which connects the fields of communication and health to each other is the implementation of the rules and strategies of communication to the applications performed in order to develop health. It involves enhancement of life and health quality of the individuals living in the society, prevention of diseases and protection from diseases as well as development of health by producing healthcare policies.

All information exchange related to health between a physician and a patient and by means of campaigns is considered within the framework of health communication. The aims of health communication campaigns, one of the realization levels of health communication, are to raise awareness in the society, to make health services be known, to provide information about how they will find the services, to develop a protective health behavior and to generate a behavioral change.

The knowledge level reached today is enough to prevent thousands of diseases and deaths that occur every year by changing the current behavior or by developing protective health behavior. The problem is to find out how to transfer this information to people and how to achieve behavioral change in the target group. At this point, health communication campaigns, which can be ranged in a large

spectrum from those informing society about breast cancer, anemia or use of drugs to those carried out in order to prevent mother and newborn deaths, carries great importance. The advantage of these campaigns is that they can be seen by a great majority of people, in other words, they can reach more target groups, thanks to mass media.

Effective behavioral theory and examination of the use of models carry importance in generating behavioral change in the formation process of behavior and health communication campaigns in order to change the health behavior. These approaches adapted from the behavior models of psychology play a guiding role in the campaigns carried out to create behavioral change in the society.

In this context, in the study, it was aimed to assess health communication campaigns in terms of behavioral theory and models. Examples are provided by selecting the mostly used and most effective of the theories and models developed to change health behavior and explaining their developers, formational processes, areas of use and basic variables. Some of these theories have been developed to explain behavioral changes on an individual level while some others have been developed to explain behavioral change on a society level. The examples of health communication campaigns carried out by the Ministry of Health, private sector and NGOs have been investigated within the framework of behavioral theory and models. When the data obtained are considered, behavioral theory and models on an individual level are seen to have been used more in these campaigns. The reflections of the situation are also seen in the success of the campaigns. In health communication campaigns, whose basic aim is to generate behavioral changes in individuals and the society, the determination of effective theories and models in generating behavioral change is another important point besides the selection of right messages, target group analysis, means suitable for the messages and target groups. In conclusion, it has been understood that theories and models on an individual level should be considered during the planning stage of the campaigns for the success of health communication campaigns.

Keyword(s): Communication, Health, Health Communication, Health Communication Campaigns, Behavior, Health Behavior Theory and Models

ÖNSÖZ

"Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: Türkiye'de son 15 yılda yapılmış olan kampanyalardan örnekler çerçevesinde bir değerlendirme" konulu tez çalışmam dört bölümden oluşmaktadır. İlk üç bölümde, konuyla ilgili temel kavram ve bilgilere yer verilmiştir. Bunlar özetle; sağlık, iletişim ve davranış kavramları ve sağlık iletişiminde kullanılan davranış teori ve modelleridir. Dördüncü bölümde ise T.C.Sağlık Bakanlığı, özel sektör ve STK'ların yürüttüğü kampanyalar ve bu kampanyaların davranışsal teori ve modeller çerçevesinde değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tezimin hazırlanması aşamasında, yönlendiricilik ve desteğiyle bana yardımcı olan değerli hocam ve danışmanım Prof.Dr.Ayla Okay'a, saygılarımı sunar ve teşekkür ederim.

Hayatıma girdiği günden beri daima yanımda olup her konuda bana destek veren eşim Cüneyt ve sevgili kızım Selin'e çalışmam sırasında gösterdikleri sabır ve anlayış için çok teşekkür ederim.

Figen SABIRCAN

İstanbul – 2012

İÇİNDEKİLER

ÖZ iii

ABSTRACT v

ÖNSÖZ vii

İÇİNDEKİLER viii

TABLOLAR LİSTESİ xiv

ŞEKİLLER LİSTESİ xv

KISALTMALAR LİSTESİ xvii

GİRİŞ 1

I.BÖLÜM

SAĞLIK VE İLETİŞİMLE İLGİLİ KAVRAMLAR

1.1. SAĞLIK KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ 5

1.1.1. İnsan Hakları Kavramı ve Sağlık Hakkı 5

1.1.2. Sağlık Kavramının Tanımlanması 12

1.1.3. Hastalık ve Hasta Kavramı 17

1.1.4. Sağlığı Etkileyen Koşullar 20

1.2. İLETİŞİM TANIM, TEMEL İŞLEVLER VE SINIFLANDIRMA 23

1.2.1. İletişim 23

1.2.2. İletişimin Özellikleri 26

1.2.3. İletişimin İşlevleri 27

1.2.4. İletişim Sürecinin Sınıflandırılması 29

1.2.5. İletişimin Etkileri 39

1.3. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAVRAMININ GELİŞİMİ 39

1.3.1. Sağlık İletişimi Disiplininin Tanımlanması ve Tarihçesi 39

1.3.2. Sağlık İletişiminin Disiplinlerarası Etkileşimi ve Sınırlandırılması ... 45

1.3.3. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler 46

1.3.3.1. Yeni Tıbbi Model 47

1.3.3.2. Tüketimin Artması 47

1.3.3.3. Sağlık Hizmetinde Ayırım Yapılması 47

1.3.3.4. Önleyici Tedavinin Gelişmesinin Önemi 48

1.3.3.5. Sağlık Hizmetinde Pazarlamanın Kabulü 48

1.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER 48

1.4.1. Sosyal Pazarlama 49

1.4.2. Medyada Savunuculuk 51

1.4.3. Halkla İlişkiler 53

1.4.3.1. Halkla İlişkiler Faaliyetlerinde Kullanılan Araçlar 55

1.4.3.1.1. Yazılı Medya Araçları 55

1.4.3.1.2. Görsel-İşitsel Medya Araçları 57

1.4.3.1.3. Elektronik Medya Araçları 58

II.BÖLÜM

SAĞLIK ALANINDA DAVRANIŞ VE DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ OLUŞTURMADA KULANILAN TEORİ VE MODELLER

2.1. DAVRANIŞ KAVRAMI VE DAVRANIŞIN OLUŞUMU 65

2.2. DAVRANIŞI ETKİLEYEN BİREYSEL FAKTÖRLER 66

2.2.1. Kişilik 66

2.2.2. Tutumlar ve İnançlar 69

2.2.3. Güdü 77

2.2.4. Algı 79

2.3. SAĞLIK DAVRANIŞI 82

2.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN DAVRANIŞSAL TEORİ VE MODELLER 84

2.4.1. McGuire'ın İkna Modeli (McGuire's Model of the Persuasion Process) 89

2.4.2. Nedene Dayalı Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action) 90

2.4.3. Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour) 93

2.4.4. Bütünleşik Davranış Modeli (Integrated Behaviour Model) 97

2.4.5. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) 100

2.4.6. Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model) 104

2.4.7. Sosyal Bilişsel Teori (Social Cognitive Theory) 106

2.4.8. Toplumsal Organizasyon Teorisi (Community Organization Theory) 110

2.4.9. Tüketici Bilgi İşleme Modeli (Consumer Information Processing

Model) 111

2.4.10. PRECEDE-PROCEED Modeli (PRECEDE-PROCEED Model) 113

2.4.11. Örgütsel Değişim Teorisi (Organizational Change Theory) 117

2.4.12. Yeniliklerin Yayılması Teorisi(Diffusion of Innovations Theory) ..118

2.4.13. Transteorik Model (Transtheoretical Model) 123

2.4.14. Korunma Motivasyon Teorisi (Protection Motivation Theory) 129

III.BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYA SÜRECİ

3.1. HALKLA İLİŞKİLER KAMPANYASI OLUŞUM SÜRECİ 133

3.1.1. Kampanya Kavramı ve Özellikleri 133

3.1.2. Halkla İlişkiler Kampanya Süreci ve Stratejik Planlama 134

3.1.2.1. Aşama I: Biçimlendirici Araştırma 136

3.1.2.2. Aşama II: Strateji 137

3.1.2.3. Aşama III: Taktikler 138

3.1.2.4. Aşama IV: Değerlendirme 139

3.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARININ TANIMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ 139

3.3. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYASI OLUŞUM SÜRECİ 140

3.3.1. Planlama ve Strateji Geliştirme 142

3.3.1.1. Sağlık Sorunu veya Konusunun Belirlenmesi ve Çözüme Yönelik Tüm Öğelerin Tanımlanması 143

3.3.1.2. İletişim Amaç ve Hedeflerinin Belirlenmesi 143

3.3.1.3. Hedef Kitle Analizi ve Mesaj Stratejisi 144

3.3.1.4. Hedef Kitleye Ulaşmak İçin Uygun İletişim Kanalları ve Araçlarının Seçimi 146

3.3.1.5. Potansiyel Ortakların Tanımlanması ve Ortaklık Planlarının Geliştirilmesi 147

3.3.1.6. Hedef Kitleye Yönelik İletişim Stratejilerinin Geliştirilmesi, İletişim Taslağı ve Değerlendirme Planları 149

3.3.2. Kavramlar, Mesajlar ve Materyallerin Geliştirilmesi ve Ön-Testi .. 151

3.3.2.1. Mevcut Materyallerin Gözden Geçirilmesi 152

3.3.2.2. Mesaj Kavramının Geliştirilmesi, Uygun Araçların Seçilmesi ve Ön-testi 153

3.3.3. Programın Uygulanması 154

3.3.3.1. Kampanyanın Duyurulması 154

3.3.3.2. Sürecin Değerlendirilmesi 155

3.3.4. Etkinliğin Değerlendirilmesi ve Düzeltmelerin Yapılması 156

3.3.4.1. Değerlendirme Süreci 157

3.3.4.2. Kampanya Çalışmalarının Düzeltilmesi 162

3.4. HALKLA İLİŞKİLER KAMPANYA ADIMLARI İLE SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYA ADIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 162

IV. BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARININ DAVRANIŞSAL TEORİ VE MODELLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. TÜRKİYE'DEN SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYA ÖRNEKLERİ 165

4.1.1. STK ve Özel Sektör tarafından yürütülen kampanyalar 167

4.1.1.1. Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası 167

4.1.1.2. Akılcı İlaç Kullanımı Kampanyası 170

4.1.1.3. Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme Kampanyası 174

4.1.1.4. "Çok Yaşa Bebek" Kampanyası 177

4.1.2. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen kampanyalar 182

4.1.2.1. Meme Kanseri ile Mücadele Kampanyası 183

4.1.2.2. Demir Eksikliğini Önleme Kampanyası 185

4.1.2.3. Dumansız Hava Sahası Kampanyası 189

4.1.2.4. Bebeğim Sağ Olsun Kampanyası 193

SONUÇ 198

KAYNAKÇA 203

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo	1 :	Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler	15
Tablo	2 :	Sağlığın Üç Modeline Göre Başlıca Sağlık Sorunları	20
Tablo	3 :	Yaş Grubuna Göre Nüfus ve Yaş Bağımlılık Oranı	21
Tablo	4 :	Sözsüz İletişim Türleri	36
Tablo	5 :	Medyada Savunuculuk ve Kitle İletişim Kampanyalarının Amaçları ve Süreçlerindeki Farklılıklar	53
Tablo	6 :	En Çok Kullanılan Sağlık Davranışı Teori ve Modelleri Eğilimleri	86
Tablo	7 :	Transteorik Modele Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler	127
Tablo	8 :	Sağlık Davranışı Teori ve Modellerinin Güçlü ve Zayıf Yönleri	131
Tablo	9 :	Teori ve Modele Göre Kampanya Düzeyi	201

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	1 :	Sağlık ve İnsan Hakları arasındaki bağlantıya örnekler	8
Şekil	2 :	İnsan Haklarının Sınıflandırılması	10
Şekil	3 :	Sağlık Hakkını Değişik Düzeylerde Tanıyan Ülkelerin Sayısı	11
Şekil	4 :	Hasta ve Hastalık Kavramında Rol Oynayan Değişkenler	19
Şekil	5 :	İletişim Süreci	26
Şekil	6 :	İletişim Seviyeleri	31
Şekil	7 :	Kişilerarası İletişimin Sınıflandırılması	33
Şekil	8 :	Kitle İletişim Süreci Modeli	38
Şekil	9 :	Davranışın Oluşumu	66
Şekil	10 :	Tutumun Üç Öğesi	71
Şekil	11 :	Entegre Sağlık Davranışı Modeli	83
Şekil	12 :	Thomas ve McKenzi'ye Göre Sağlık Davranışı Değişikliği Oluşturma Düzeyleri ve Alt Uygulamaları	87
Şekil	13 :	Campbell'a Göre Davranışsal Teori ve Modeller	88
Şekil	14 :	Berry'e Göre Sağlık Davranışı Modelleri	88
Şekil	15 :	Elder'a Göre Sağlık Davranışı Değişimi Teori ve Modelleri	89
Şekil	16 :	Nedene Dayalı Eylem Teorisi	92
Şekil	17 :	Planlı Davranış Teorisi	94
Şekil	18 :	Nedene Dayalı Eylem ve Planlı Davranış Teorisi	95
Şekil	19 :	Genişletilmiş Planlı Davranış Teorisi	96
Şekil	20 :	Bütünleşik Davranış Modeli	100
Şekil	21 :	Sağlık İnanç Modeli	103
Şekil	22 :	Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	106
Şekil	23 :	Sosyal Bilişsel Teori'nin Değişkenleri	107
Şekil	24 :	Sosyal Bilişsel Teori	109
Şekil	25 :	Toplumsal Organizasyon Teorisi	111
Şekil	26 :	Tüketici Bilgi İşleme Modeli Adımları	112
Şekil	27 :	PRECEDE-PROCEED Modeli	115
Şekil	28 :	PRECEDE-PROCEED Modeli'nin Yeni Versiyonu	116
Şekil	29 :	Yeniliklerin Yayılması Teorisi	119
Şekil	30 :	Değişim Aşamaları Modeli	126
Şekil	31 :	Değişim Aşamaları ve Değişim Süreçlerinin Çapraz İlişkisi	128

Şekil 32 : Korunma Motivasyon Teorisi 130
Şekil 33 : Stratejik Halkla İlişkiler Kampanya Adımları 135
Şekil 34 : Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Sağlık İletişim Süreci Aşamaları 141
Şekil 35 : Sağlık İletişimi Kampanya Adımları 142
Şekil 36 : Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde "Kalbini Sev Kırmızı Giy" Kampanya Analizi 169
Şekil 37 : Tüketici Bilgi işleme Modeli Çerçevesinde "Akılcı İlaç Kullanımı Kampanya Analizi 173
Şekil 38 : Neden Dayalı Eylem Teorisi Çerçevesinde "Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme" Kampanya Analizi 176
Şekil 39 : Bütünleşik Davranış Modeli Çerçevesinde "Çok Yaşa Bebek" Kampanya Analizi 181
Şekil 40 : Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde "Meme Kanseri ile Mücadele Kampanya Analizi 184
Şekil 41 : Nedene Dayalı Eylem Çerçevesinde "Demir Gibi Türkiye" Kampanya Analizi 188
Şekil 42 : Transteorik Model Çerçevesinde "Dumansız Hava Sahası" Kampanya Analizi 192
Şekil 43 : Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde "Bebeğim Sağ Olsun" Kampanya Analizi 196

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Akt.	Aktaran
Bs.	Basım
Çev.	Çeviren
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
M.Ö.	Milattan Önce
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation-Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu
UNICEF	United Nations Children's Fund-Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TV	Televizyon
v.d.	ve diğerleri
v.b.	ve bunun gibi
vs.	vesaire

GİRİŞ

Sağlık, toplumu oluşturan bireylerin doğumdan ölüme yaşamlarının her anında gündemdedir. Yaşamla birlikte kavramsal bir bütünlük oluşturur ve sosyal bir hak olarak demokratik toplumların ortak ve vazgeçilmez öğesidir. Pek çok tanımı yapılmış olan iletişim ise, kaynak tarafından şekillendirilen mesajların bir kanal üzerinden hedefe aktarılma sürecidir. Sağlık iletişimi, hükümet, sosyal ve ekonomik sektörler, yerel yönetimler ve medyanın, belirlenen bir hedef kitleye yönelik gerçekleştirdiği iletişim faaliyetleridir. 20.yüzyılın ikinci döneminde, bilimsel tıbbın yaygınlaşması, kitle iletişim araçlarının artması ve ulaşımının kolaylaşması, sağlık hizmetleri ile ilgili bilginin artışı ve bu hizmetlerde pazarlamanın kabul edilmesiyle çok yönlü bir iletişim alanı olarak ortaya çıkmıştır.

Sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesinde halkla ilişkiler, medyada savunuculuk ve sosyal pazarlama yöntemlerini kullanan sağlık iletişimi; hasta-hekim iletişimi (kişilerarası iletişim) ve sağlık iletişimi kampanyaları (kitle iletişimi) ana başlıkları altında iki düzeyde gerçekleşmektedir. Çalışma, kitle iletişimi boyutuyla sınırlandırılmıştır.

Sağlık iletişimi kampanyaları, toplumda değişim sağlamanın önemli yollarından biridir. Bu kampanyaların ana amacı, kişilerin sağlıklarını korumalarını, geliştirmelerini ve tedavi olanaklarından yararlanmalarını sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaktır. Sağlık iletişimi kampanyaları, insanların davranışlarını istenilen yönde değiştirmelerine ve değişime uyma becerileri kazanmalarına yardımcı olur. YÖK'de yapılan tez tarama neticesinde, bu kampanyalar ile ilgili az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Sağlık, iletişim, sağlık iletişimi, davranış ve 15 yıllık süreçte yapılan sağlık iletişimi kampanyalarından örnekleri biraraya getirerek bu kampanyalarda davranış teori ve modellerinin rolünü inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık iletişimi kampanyalarının davranış değişikliği oluşturmadaki rolünün davranış teori ve modeller çerçevesinde değerlendirilmesi, bu tez çalışmasının ana temasını oluşturmaktadır. Bu genel amaç çerçevesinde, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Günden güne hızlı bir şekilde gelişen sağlık iletişimi kavramı nasıl açıklanabilir ve sağlık iletişiminde hangi yöntemler kullanılmaktadır?

2. Sağlık davranışı nasıl açıklanabilir ve sağlık davranışının özellikleri özellikleri nelerdir?

3. Sağlık iletişimi kampanyaları nasıl oluşturulur ve uygulaması ne şekilde sağlanır?

4. Sağlık davranışı teori ve modellerinin sağlık iletişimi kampanyalarındaki önemi nedir? Bu teori ve modellerin sağlık iletişimi kampanyalarındaki kullanımı nasıl gerçekleşmektedir?

Çalışmada, sağlığın geliştirilmesi, davranış oluşumu, teori ve modeller ve sağlık iletişimi kampanyalarını kapsayan geniş bir literatür taraması yapılmıştır. Davranışsal teori ve modeller ile ilgili kitap, tez ve makalelere ulaşmak için online veri tabanlarından scholar google, library.nu ve online kütüphane questia kullanıldı. Kampanya bilgilerine ulaşmak için T.C. Sağlık Bakanlığı ve halkla ilişkiler şirketlerinin web sitelerinden yararlanıldı. Ayrıca tez çalışmasında yer verilen kampanyalar için özel olarak oluşturulan web adreslerinden yapılan etkinliklerin ve iletişim materyallerinin taraması yapıldı.

Dört ana bölüm olarak planlanan tezin ilk üç bölümü, kuramsal çerçevede, son bölümü ise örnek olay incelemesi çerçevesinde ele alınmıştır.

Birinci bölümünde; sağlık ve iletişimle ilgili kavramlara yer verilmiştir. Özellikle sağlık kavramının tanımı üzerinde durulmuş, kavramın net bir şekilde anlaşılabilmesi için hastalık ve hasta kavramlarının günümüze kadar geçirdiği süreç

açıklanmıştır. Devletin mevcut sağlık hizmetleri alanında bireye karşı olan sorumluluklarını düzenleyen sağlık hakkının öneminden bahsedilmiştir.

Temel bir insan hakkı olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, ortak hareket etmek amacıyla, dünyanın farklı ülkelerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmekte ve birçok bildirge yayınlanmaktadır. Başlıca sağlık bildirgelerine yer vermek, dünyada sağlıkla ilgili gelişmeleri takip etmek açısından önemlidir. Defalarca anlatılmakla birlikte iletişim tanım, işlev ve türlerinin belirtilmesinin sağlık iletişimi, iletişim olgu ve süreciyle benzer özelliklere sahip olduğu için önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sağlık iletişiminde kullanılan yöntemlere kısaca değinilerek halkla ilişkilerin sağlık iletişimindeki rolü ortaya konmuştur.

İkinci bölümde; öncelikle davranış kavramı, davranışı etkileyen faktörler hakkında bilgi verilmiştir. Sağlık sorunlarının bir çoğu insanların davranışlarıyla ilişkilidir. Bu sorunları çözmenin en önemli yolunun davranış değişikliği oluşturmak olduğu düşünüldüğünde, bahsedilen kavram ve faktörlere yer vermenin önemi ortaya çıkmaktadır. Davranış değişikliği sağlayabilmek sağlıkla ilgili davranışların oluşumu ve özelliklerinden bahsedilerek sağlık davranışı ile sağlık iletişimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Son olarak da sağlık iletişiminde kullanılan ve çalışmanın da ana damarını oluşturan davranışsal teori ve modellere yer verilerek bunların ana bileşenleri, şekiller ve örnekler yardımı ile açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde; öncelikle halkla ilişkiler kampanyaları ve bu kampanyalarda stratejik planlamanın öneminden bahsedilmiştir. Sağlık iletişiminin düzeylerinden biri olarak sağlık iletişimi kampanya kavramı ele alınarak kısaca bu kampanyaların tarihsel gelişimine yer verilmiştir. Ayrıca halkla ilişkiler kampanya adımları ile sağlık iletişimi kampanya adımlarının benzerlikleri ve farklılıkları ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde ise kuramsal bilgiler ile uygulama kaynaştırılmaya çalışılmıştır. Kuramsal çerçevenin uygulama alanındaki açılımına bakmak için 1997-2012 yılları arasında, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, özel sektör ve STK'lar tarafından yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarından rastgele örnekleme yöntemiyle 8 tane kampanya seçilmiştir. Bu kampanyalar, davranışsal teori ve modeller çerçevesinde

incelenmiştir. İnceleme, ikinci bölümde belirtilen teori ve modellerin temel değişkenlerinin kampanya için uygulanmasının anlatılması ve şekillerle gösterilmesi ile oluşturulmuştur.

I. BÖLÜM

SAĞLIK VE İLETİŞİMLE İLGİLİ KAVRAMLAR

1.1. SAĞLIK KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ

Çalışmanın bu bölümünde, ilk olarak sağlık hakkının, insan hakları çerçevesindeki yeri ve önemi göz önünde bulundurularak, sağlık hakkı ile insan hakları arasındaki bağlantı incelip sağlık kavramı, hasta ve hastalık kavramı tanımlanarak sağlığı etkileyen faktörler ele alınacaktır.

1.1.1. İnsan Hakları Kavramı ve Sağlık Hakkı

İnsan hakları, bireyleri ve grupları temel özgürlüklerini ve insani onurlarını zedeleyecek hareketlerden korumak amacıyla, uluslararası insan hakları hukuku ile yasal olarak garanti altına alınmış olan haklardır (www.ohchr.org).

Donnelly, insan hakları kavramını, "sırf insan olunduğu için sahip olunan haklar" olarak tanımlamaktadır (Donnelly,1995:11). Bu haklar, doğumla birlikte kazanılan, doğrudan doğruya kişinin şahsına ait haklardır ve bir başkasına devredilemez. İnsanın hem varlığını sürdürebilmesi hem de kendisini gerçekleştirebilmesinin temelini oluşturan bu kurallar bütünü, tüm insanların hak ve saygınlık açısından eşit ve özgür doğduğu anlayışına dayanır. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu'nun 10 Aralık 1948 tarihinde kabul ettiği, 30 maddelik İnsan Hakları Evrensel Bildirisi ile uluslararası alanda ortaya konmuştur. Bu bildirgede; "dil, din, ırk, renk, cinsiyet ve sınıf farklılığı gözetmeksizin, tüm insanların eşit, özgür ve onurlu yaşama hakkına sahip olduğu" ilan edilmiştir (Çeçen, 2000:200).

Birey, doğal haklar olarak tanımlanan yaşam ve özgürlük hakkının yanısıra sağlık hakkına da sahiptir. Günümüzde, "sağlık hakkı" şeklinde ifade edilmekte olan kavram; "sağlığın korunması hakkı", "tıbbi bakım hakkı", "sağlık bakımı hakkı" ve

"sağlığı koruyucu olan koşullar" şeklinde de anılmaktadır (Toebes, 1999:662).

Sağlık hakkı, ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) anayasasında yer alarak aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir (www.who.int):

> *"Irk, din, siyasi inanç, ekonomik ve sosyal durumlarına bakılmaksızın tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşması."*

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesinde, "Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir"denilerek en temel hak olan yaşam hakkı çerçevesinde sağlık hakkını yer verilmiştir (www.unicankara.org).

Bir insan hakkı olarak sağlık, çok sayıda uluslararası belgede ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Avrupa Konseyi ülkelerinde uygulamakta olan ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'ni destekleyen Avrupa Sosyal Şartı'nın (1961) 11. maddesinde, "Sağlık korunması hakkının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere Akit Taraflar, ya doğrudan doğruya ya da kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde diğer önlemlerinin yanısıra (Çiçekli, 2001:161):

1. Sağlığın bozulmasına yol açacak nedenleri mümkün olduğu kadar ortadan kaldırmak,

2. Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında bireysel sorumluluğu teşvik etmek üzere eğitim ve danışmanlık kolaylıkları sağlamak,

3. Salgın ve diğer hastalıklar ile kazaları mümkün ölçüde önlemek,

üzere tasarlanmış uygun tedbirler almayı taahhüt eder" denilerek sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hem kamu sektörünün hem de özel sektörün birlikte sorumluluk taşıması gerektiği kabul edilmiştir.

Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin (1966) 12. Maddesi, 1.fıkrasında: "Bu sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan

en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır" ifadesi ile sağlık standardı hakkının tanımlaması yapılmıştır. Aynı maddenin 2. fıkrasında ise sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler belirtilmiştir (Kuzu, 1997:742):

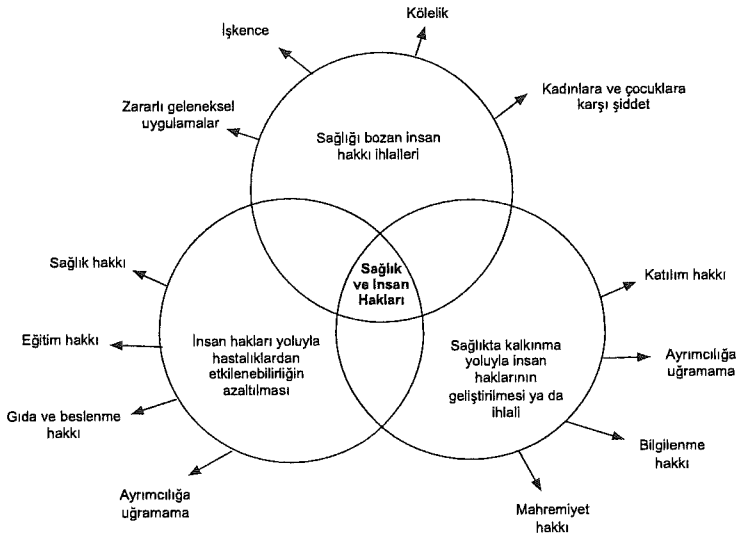
- Ölü doğum oranı ve bebek ölümlerinin azaltılması ve çocukların sağlıklı bir şekilde gelişmesi için önlemler alınması,

- Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi,

- Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve denetlenmesi,

- Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli şartların oluşması.

DSÖ tarafından 1978 yılında düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansta kabul edilen Alma Ata Bildirisi'nde, sağlığın temel insan haklarından biri olduğu belirtilerek mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında önemli bir sosyal amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüyle beraber farklı sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarının gerektiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır. Bildirinin "Temel Sağlık Hizmetleri" başlıklı 7.maddesinde bu çok sektörlü sağlık anlayışı şu şekilde ifade edilmektedir :" Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında, özellikle tarım, hayvan yetiştirme, gıda, endüstri, eğitim, konut, kamu işleri ve iletişim dahil olmak üzere tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş kuvvetlerine ihtiyaç gösterir" (www.un-documents.net).



Şekil 1: Sağlık ve İnsan Hakları Arasındaki Bağlantıya Örnekler (Nygren-Krug, 2007:8).

Uluslararası insan hakları hukukunda mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkı, bu hakkın en iyi biçimde uygulanmasını güvenceye alan bir dizi sosyal düzenlemeler, normlar, yasalar ve bunların gerçekleşmesini mümkün kılan bir ortam talebi biçiminde yer alır.

Günümüzde sağlık hakkının en geçerli açıklaması 2000 yılında Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin [The Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)] bu hakka ilişkin kabul ettiği "Genel Yorum"dur. Bu yoruma göre sağlık hakkı; gıda, barınma, çalışma, eğitim, katılım, bilimsel ilerlemelerin ve bunların uygulamalarının faydalarından yararlanma, ayrımcılığa uğramama, işkence görmeme, mahremiyet, bilgiye erişim ve örgütlenme, toplanma ve dolaşım hakkı gibi diğer insan haklarının yaşama geçirilmesi ile yakından ilişkili ve onlara bağımlı olduğunu kabul eder. Komite ayrıca bu hakkı sadece zamanında ve uygun sağlık hizmeti alma olarak değil, güvenli ve içilebilir su kaynaklarına erişim, yeterince güvenli gıda, beslenme ve barınak sağlanması, sağlıklı çalışma ve çevre şartları, cinsel ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere sağlık eğitimine ve sağlıkla ilgili bilgiye erişim gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini de içeren kapsamlı bir hak olarak yorumlamaktadır (http://www.ihrna.info).

Genel Yorum, sağlık hakkının değerlendirilebilmesi için dört kriter koymaktadır (Nygren-Krug, 2007:9-10):

1.*Bulunulabilirlik (Availability):* İşler haldeki halk sağlığı kurumları ve sağlık hizmeti olanakları, malzemeleri ve servislerinin yanısıra etkili programlar da yeterli miktarda var olmalıdır.

2.*Erişilebilirlik (Accessibility):* Ülkedeki tüm sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve servislerinin herkesin erişimine açık olması Taraf Devlet'in görevleri arasındadır. Erişilebilirliğin birbiriyle kesişen dört boyutu vardır:

- Ayrımcılık yapmama
- Fiziksel erişilebilirlik
- Ekonomik erişilebilirlik (bütçeye uygunluk)
- Bilgiye erişilebilirlik

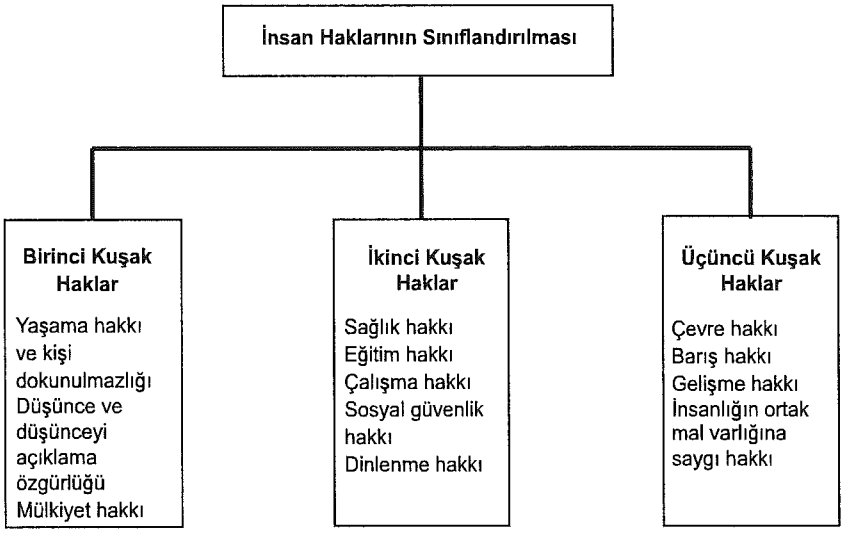
3.*Uygunluk (Acceptability):* Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve servisleri tıbbi etiğe saygılı, kültürel olarak uygun, cinsiyete ve yaşam döngüsü gereklerine duyarlı, hizmet alanların mahremiyetlerine saygı duyacak ve sağlık seviyelerini yükseltecek biçimde tasarlanmış olmalıdır.

4.*Kalite (Quality):* Sağlık kuruluşlarında kullanılan malzemeler ve sunulan hizmetlerin bilimsel ve tıbbi gereklere uygun ve iyi kalitede olması gerekmektedir.

Jennifer Cassel, Çevresel İnsan Haklarının Güçlendirilmesi: ABD'deki STK'lar için Seçilmiş Stratejiler (Enforcing Environmental Human Rights: Selected Strategies of US NGOs) adlı makalesinde; herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu ve çevresel zararla insan hakları ihlalleri arasında bağlantı olduğunu belirtmiştir. Cassel'a göre temel bir insan hakkı olan yaşama hakkının uzantısı olarak çevre ve sağlık hakkı, öteki bazı haklarla birlikte düşünülmekte ve yorumlanmakta olduğundan insan haklarının tamamı birbirlerini hem karşılıklı, hem de olumlu yönde etkilemekte ve geliştirmektedir (Cassel,2007:105-127). Gerek insan hakları ihlallerinin gerekse çevreye yönelik

ihlallerin ve bunlara karşı duyarsız kalmanın sağlık açısından ciddi sonuçları olduğu bilinmektedir. İnsan haklarına saygı duyulması ve uygulanması için yapılan çalışmalar sayesinde hastalıkların etkileri azaltılabilirken çevrenin korunmasıyla çevre kirliliğinden dolayı meydana gelen hastalıkların önlenmesi de sağlanabilinir.

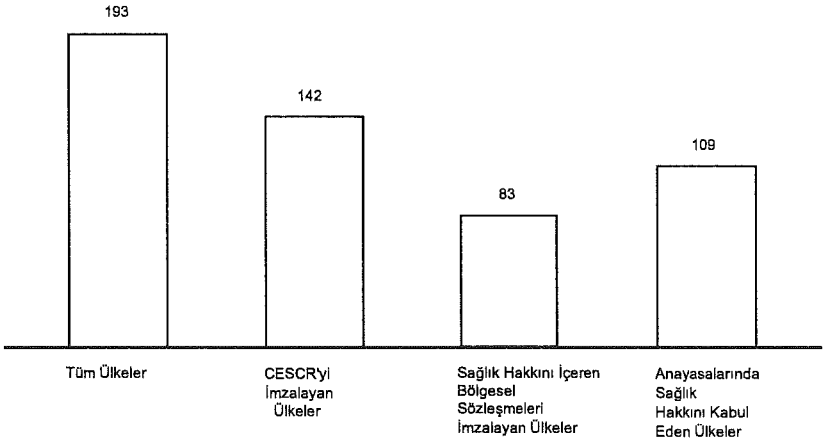
Vasak'ın klasikleşmiş ayrımına göre insan hakları; birinci, ikinci ve üçüncü kuşak haklar olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (Kaboğlu, 2002:26). Birinci kuşaktaki haklar; yaşam hakkı, kişi dokunulmazlığı ve düşünce hürriyetini içerir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 3-21. maddeleri arasında sıralanmakta olan bu hakların en büyük özelliği; koruyucu haklar olması ve devleti sınırlandırmasıdır. Sağlık hakkı, ikinci kuşak haklar "Ekonomik ve Sosyal Haklar" listesine giren bir insan hakkıdır (Giritli, 2002:7-24). Bu kuşaktaki haklar, birinci kuşak haklardan farklı olarak kişilerin tek başlarına gerçekleştirmelerinin mümkün olmadığı, devletin gerçekleştirilmesine aktif olarak katıldığı haklardır. Çevre hakkı, barış hakkı, gelişme hakkı olarak belirtilen üçüncü kuşak haklar en son çıkan haklar olup, bunlara "yeni insan hakları" veya "dayanışma hakları" da denmektedir. İnsan haklarının tamamı; evrensel, bölünemez, birbiri ile ilişkili, birisi olmadan ötekisi eksik ve anlamsız kalan bir nitelik taşımaktadır (Şahin, 2010:714).



Şekil 2: İnsan Haklarının Sınıflandırılması (www.anayasa.gen.tr).

Yukarıda bahsedilen ve Türkiye Cumhuriyeti'nin de Akit Taraf olduğu uluslararası sözleşmelerin yanısıra yaşam hakkı ve sağlık hakkı anayasal bir hak olarak anayasamızda yer almaktadır. T.C. Anayasası'nın (1982) başlangıç bölümünde, "Her Türk vatandaşının bu anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içerisinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi-manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine sahip olduğu" belirtilmiştir. Anayasanın 17.maddesinde "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını bu yönde koruma ve ve geliştirme hakkına sahiptir" ve 56. maddesinde ise: "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" denilerek sağlığın anayasal bir hak olduğu ifade edilmiştir (Şakar, 1994:22-37).

DSÖ'ye kayıtlı 193 ülkenin tümü sağlık hakkını ulusal düzeyde kabul etmesine rağmen anayasalarında sağlık hakkını kabul eden ülke sayısı 109'dur. 142 ülke Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'ni, 83 ülke ise sağlık hakkını içeren bölgesel sözleşmeleri imzalamıştır (Nygren-Krug, 2007:10).



Şekil 3: Sağlık Hakkını Değişik Düzeylerde Tanıyan Ülkelerin Sayısı (Nygren-Krug, 2007:10).

Gerek uluslararası belge ve sözleşmelerle gerekse anayasa metinleriyle temel insan hakkı olarak belirtilen sağlıklı yaşam hakkı, bir ön kabul olarak insanların doğal eşitliği prensibine dayanmaktadır. Fakat içinde yaşanılan ülkenin sosyo-ekonomik yapısı paralelinde barınma, gelir düzeyi, sağlıklı ve dengeli gıda alımı, alt yapı-kanalizasyon hizmetleri, çevre kirliliği gibi pek çok konuda yaşanan eşitsizlikler sağlık hakkını ve sağlığı doğrudan etkilemektedir.

1.1.2. Sağlık Kavramının Tanımlanması

Sağlık kelimesinin etimolojik yapısına bakıldığında, sağlamlık ve dirilik bildiren "sağ" kökünden türediği görülür. Türkçe'de "sağ olmak, hayatta olmak" kökünden gelmektedir. İngilizce'de "heal" iyileştirmek, şifa vermek köküne dayalıdır ve "whole" bütün ve sağlam köküyle bağlantılıdır (Baltaş, 2008:34).

Gündelik yaşamda sıkça kullanılan kavramlar, bazen anlamının açıklanmasında en çok zorlanılan kavramlar olabilmektedir. Sağlığın farklı algılanışlarını inceleyen yazarlar, sağlıkla ilgili çeşitli sınıflandırma ve tanımlamalar yapmıştır. Bilinen ilk tanım, "hasta olmayan insan sağlıklıdır" cümlesiyle ifade edilir. Bu doğru fakat eksik bir tanımdır. Kişiye hekim tarafından herhangi bir hastalık tanısı konulmamış olması veya kişinin kendini iyi hissetmesi sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Bundan dolayı insan sağlığıyla ilgilenen çeşitli bilimler, sağlığı tanımlayabilecek açıklamalar yapmak için çalışmıştır. Belek'in yaptığı tanıma bakıldığında, sağlığın sadece biyolojik açıdan ele alındığı ve diğer boyutların ihmal edildiği görülmektedir (Belek vd.,1998:25):

> *"Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir."*

Sağlığı bireylerin işlevsel olma yeteneği olarak tanımlayan Parsons'a göre toplumsal yaşam içerisinde her bireyin belirli rol ve sorumlulukları vardır ve birey bu rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi durumunda sağlıklıdır. Bu tanıma göre kişi işlev görebildiği sürece sağlıklıdır fakat bazı kişiler hastalık belirtilerine sahip olmalarına ve deneyimlerine rağmen kendilerini hasta olarak tanımlamayabilmek-

tedir (akt.Adak, 2002:206).

Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında sağlıklı olmanın ne demek olduğu, sağlığı korumanın kimin sorumluluğunda olduğu, hastalık ve rahatsızlığın nasıl yorumlanması gerektiğine dair farklı fikirler bulunduğu görülmektedir. Bu tanımlamalar, bireysel, sosyal ve kültürel yorumlamaların etkisindedir.

Sağlık kavramı ve anlayışı, kültüre bağlı farklılık göstermesine rağmen insanın her yerde insan olması nedeniyle sağlığının evrensel bir tanımının olması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık kavramı konusunda yapılan ve günümüzde de yaygın olarak kullanılan tanım, DSÖ'nün 1948 yılında yapmış olduğu tanımdır. Bu tanıma göre sağlık, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" (https://apps.who.int). Bu üç unsur, birbirini etkilemekte ve bir bütün oluşturmaktadır. Sağlıklı olma hali, bu üç etkenin toplamının bileşkesidir. Günümüzde yapılan bu sağlık tanımına, esnek olmaması ve ütopik bir yapı içermesi nedeniyle eleştiriler getirilmektedir. Tanımda yer alan "iyilik" kavramını açıklama güçlüğünün yanısıra bireylerin hangi standartları yerine getirdiklerinde tam bir iyilik halinde olacakları belirtilmediği için kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün olmamaktadır. Mevcut yaşam ve çalışma şartları düşünüldüğünde tanımdaki fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanabilmesinin zor olduğu ve bu açıdan bakıldığında da toplum içinde çok fazla sağlıklı insan olmadığı sonucuna varılabilir.

Fişek, DSÖ'nün kavramına atıfta bulunarak sağlığın yalnızca hastalık ve sakatlık olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali hastalığın ise, doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikiliklerin yarattığı hal olduğunu belirtmiştir. Daha sonra yaptığı bu tanıma, hastalığın sadece biyolojik bir süreç olmadığı, toplumsal ve kültürel boyutunun da olduğunu eklemiştir (akt. Cirhinlioğlu, 2001:15).

DSÖ, 17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen 1.Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın sonucunda yayınlanan Ottawa Şartı'nda; daha önce yaptığı tanımı, sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesi yönünde geliştirmiştir (www.who.int). Sağlığı geliştirme eyleminin öncelikle bireylerin

sağlıklarını iyileştirecek ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmasını ve sağlığı destekleyerek politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığa yararlı kılınmasını amaçlamaktadır.

Bu noktada, büyük ölçüde sağlık iletişimi devreye girmektedir. Sağlık konusunda davranış değişikliği oluşturmak için uygulanan sağlık iletişimi kampanyaları ve hasta-hekim arasındaki iletişim sürecinin doğru bir şekilde işlemesi önemlidir. Bireyler sağlık sorunları hakkında kampanyalar veya hekimler tarafından doğru bilgilendirildiklerinde, hem koruyucu önlemler alma hem de hastalık riskleri ile başa çıkmada daha başarılı olmaktadır. İkinci olarak ise sağlığın geliştirilmesi için hükümetlerin, gönüllü kuruluşların, sosyal ve ekonomik sektörlerin, yerel yönetimlerin ve medyanın ortak bir paydada uzlaştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçlar incelendiğinde, Ottawa Şartı'nın sağlığı geliştirmenin yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkardığı görülmektedir. Konferansta ayrıca sağlık için ön koşullar belirlenmiş bunlar; barış, barınma, eğitim, gelir, dengeli bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak sıralanmıştır.

4.Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 21-25 Temmuz 1997 tarihinde Endonezya'nın başkenti Jakarta'da toplanmıştır. Jakarta Konferansı, sağlık için uluslararası stratejiler geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Konferansın sonunda imzalanan Jakarta Bildirgesi'nde, 21.yüzyılda sağlığın geliştirilmesi için eylem planları yapılmış ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilerek hükümetler işbirliğine davet edilmiştir. Konferansta, Ottowa Bildirgesi'ndeki sağlık belirleyicileri tekrar ele alınarak sağlık için ön koşullar; barış, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, gıda, gelir düzeyi, barınma, dengeli bir eko-sistem, kadının güçlenmesi, sosyal adalet ve insan haklarına saygı olarak kayda geçmiştir. Ayrıca Jakarta Bildirgesi'nde, diğer bildirgelerden farklı olarak aşağıdaki konular üzerinde durulmuştur (www.who.int):

- Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun geliştirilmesi,
- Sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması,
- Sağlık için ortaklıkların geliştirilmesi, sağlamlaştırılması ve sürdürülmesi,
- Toplumun kapasitesinin arttırılması ve bireyin güçlendirilmesi,

- Sağlığın geliştirilmesi için gerekli alt yapının kurulması.

Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler		
Bildirgenin Adı	Yılı	Ana Teması
ALMA-ATA BİLDİRGESİ	1978	Temel sağlık hizmetleri açıklanmış ve temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur.
LİZBON BİLDİRGESİ	1981	Genel olarak hasta hakları ele alınmıştır. Hastanın hekimini özgürce seçme; dış baskı altında kalmadan serbestçe çalışabilen bir hekim tarafından bakılma; kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden bekleme; onurlu bir biçimde ölme; dini temsilci de dahil olmak üzere; ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ve reddetme hakkı öngörülmüştür.
OTTOWA ŞARTI	1986	Sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları belirlenmiştir.
ADELAIDE TAVSİYELERİ	1988	Sağlıklı Halk Politikası stratejileri belirlenmiştir.
AMSTERDAM BİLDİRGESİ	1994	Hasta haklarını; bilgilendirme; onay; mahremiyet ve özel hayat; bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele almıştır.
KOPENHAG BİLDİRGESİ	1994	Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer aldığı gibi gerekli değişimlerin yapılmasını ve geleceği şekillendirmeyi ön görmektedir.
BALİ BİLDİRGESİ	1995	Amsterdam Bildirgesi'ne ek olarak intihar girişimi, sağlık eğitimi görme hakkı ve dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
LJUBLJANA BİLDİRGESİ	1996	Güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasına dayanmaktadır.
JAKARTA DEKLARASYONU	1997	21.Yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve önceliklerine yer verilmiştir.
DUBROVNİK SÖZLEŞMESİ	2001	Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur.

Tablo 1: Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler (www.canaktan.org).

Sağlık bildirgeleri, devletlerin ve örgütlerin bir araya gelerek sağlık sorunlarına ortak çözüm arayışlarının bir sonucu olarak doğan bir çoğu uluslararası

anlaşma niteliğine sahip belgelerdir. Bu özellikleri dolayısıyla bir anlamda, ülkelerin sağlık hizmetleri ile ilgili olan ortak eylem planlarını yansıtmaktadırlar (Aktan ve Saran, 2007:221).

Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımında toplumda yaşayan tüm bireylerin; sağlıklı beslenen, her gün egzersiz yapan, dinlenme ve rahatlamaya zaman ayıran bireyler olmaları amaçlanmaktadır (Güler ve Vaizoğlu, 2001:797). Bunun sağlanabilmesi, Okay'a göre bireysel yetilerin güçlendirilmesi ve kişisel sağlığın iyileştirilmesi ile ilgilidir. Bu durumda, sağlık iletişimi büyük ölçüde devreye girmektedir (Okay, 2009:14). Kitle iletişim araçları ve sağlık iletişimi kampanyaları ile bireylerin sağlık davranışları değiştirilmeye çalışılarak daha sağlıklı bir toplum oluşturulması hedeflenir.

Sağlık kavramını tanımlarken negatif ve pozitif anlamları üzerinde de durmak gerekir. Sağlığın negatif tanımlamasında; kişi kendini iyi hissettiğini varsaydığında hasta olmadığına inanılır. Rahatsızlık veya hastalığın olmaması sağlıklı olmakla eş değer kabul edilir. Pozitif tanımlamada ise hastalık temel alınmaz, sağlık "iyi olma hali" olarak belirtilir. DSÖ'nün tanımı; sağlığı hastalık ve sakatlığın olmayışı dışında fiziksel, ruhsal ve sosyal unsurları da biraraya getirdiği için pozitif tanımlamadır. Sağlığın negatif tanımlamasında önceleri hep tıbbi ve biyolojik parametreler kullanılırken, sağlığın pozitif tanımlamalarında fiziksel, zihinsel ve sosyal unsurlar bir arada kullanılmaktadır. Böylelikle bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileşimleri söz konusu olmaktadır (Belek, 1993:26).

Sağlık kavramı konusunda çok sayıda görüş olduğu için, sosyo-kültürel ve tarihi değişiklikler yüzünden temel olarak üç sağlık tanımlaması ayırt edilmektedir (Okay, 2009:15):

1.*Sınıflandırma konsepti olarak sağlık;* bu kategoride sağlık kavramı, hastalıkla ilgili tıbbi belirleme ve teşhis bağlantılıdır. Bio-tıbbi bir paradigmaya dayanan sağlık, "hastalık durumunun olmaması" veya "henüz hasta olmamak" olarak tarif edilmektedir.

2.*Bir fonksiyon olarak sağlık;* burada bedensel ve ruhsal dengeye uygun düşen sağlık düşünceleri veya kişinin değişen çevre koşullarına esnek bir biçimde uyum sağlaması dahil olmaktadır.

3.*Sahip olunan en yüksek değer olarak sağlık;* bu tanımlamaya DSÖ'nün 1948 yılında yaptığı tanım uygun düşmektedir. Bu tanımın eleştirilen yanı, sağlığın mutlak yön olarak görülmesi durumunda, "sağlık zorlamasının" da yasallaştırılmış olmasıdır.

Sağlık kavramının net bir şekilde anlaşılabilmesi için hastalık ve hasta kavramlarının günümüze değin geçirdiği sürecin ele alınması önemlidir.

1.1.3. Hastalık ve Hasta Kavramı

Hastalık kavramının geçirdiği anlamsal sürece bakıldığında ilkçağlardan günümüze kadar farklılıklar geçirdiği görülmektedir. İlkçağlarda hastalıklar doğaüstü güçlere bağlandığı için, doğal olarak başvurulan kişiler sihirbaz, büyücü ve şamanlar olmuştur (İdil, 1994:531).

M.Ö. 5.yüzyılda yaşayan Hipokrat hastalıkların tanrıların gazabından kaynaklandığına inanmayarak her hastalığının fiziksel ve gerçekçi bir açıklaması olduğunu düşünmüştür. Çalışmalarını gözlem üzerine oturtarak bazı hastalıkların belirtilerini tanımlamıştır. Modern tıbbın ortaya çıkışı ve bilimsel buluşlar sayesinde hastalık kavramında, doğaüstü güçler yerini akılcılığa bırakmıştır.

16.yüzyıl klinik termometre, nabız saati gibi aletlerin icat edilmesi ve bu aletlerin kullanılarak metabolizmanın işleyişinin gösterilmesi açısından önemlidir. 17.yüzyıl tıp alanındaki gelişmelerin dünya tıp tarihinde önemli bir yeri vardır. Bu yüzyılın ikinci yarısında mikroskobun bulunuşu ile mikropların hastalıkların nedeni olduğu keşfedilmiştir. Bu keşif, hem insan vücudunun anlaşılması için hem de salgın hastalıkların kontrol altına alınabilmesi açısından önemli bir adım olmuştur. 18.yüzyılın düşünce alanında büyük bir başarısı olan Aydınlanma Felsefesi, yüzyılın ikinci yarısında bilimde ve tıpta da önemli atılımlar yapılmasını sağlamıştır. Hasta merkeze konarak teoriden çok uygulama öne çıkarılmış ve ilk kez hastalığın sosyal nedenleri ile de ilgilenilmeye başlanmıştır. Ayrıca kötü koşullarda bulunan hastaların

durumlarını düzeltmek için çalışmalar yapılmıştır. Bu yeni tıp yaklaşımı, bugün halk sağlığı adı verilen çalışmaların başlangıcı sayılabilir (Ülman, 2007:16).

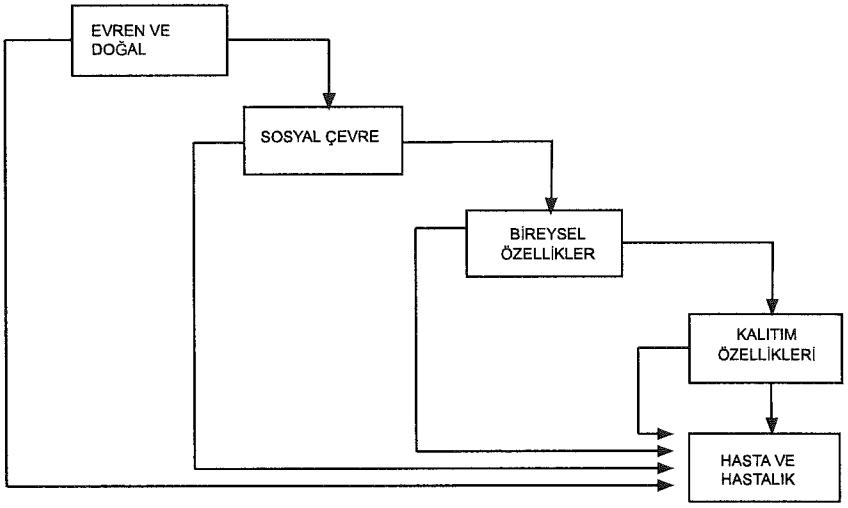
19.yüzyılla birlikte Sanayi Devrimi'ni tamamlamış ülkelerde, fabrikalarda çalışan iş gücünde yeni sağlık problemleri (meslek hastalıkları, duygusal rahatsızlıklar vs.) ortaya çıkmıştır. 20. yüzyıl başında besinlerin endüstriyel işlenmesi ve hızlanan günlük yaşam tarzı nedeniyle bu besinlerin fazla tüketilmesi beraberinde farklı sağlık sorunlarını getirmiştir. Beslenmeyle hastalıklar arasında doğrudan bir ilişkinin mevcut olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca davranışın hastalık üzerindeki rolü araştırılmış ve en önemlisi de sağlık kavramı artık hastalık kavramının önüne geçmiştir (Cirhinlioğlu, 2001:25).

21.yüzyılda ise insanlar kaslarını sadece zorunlu durumlarda kullanan, kasları ile ekstra iş yapmayan ve böylece bazal metabolizması hariç çok az enerji kullanan bireyler haline gelmişlerdir (Korkmaz, 2006:309). Bu yaşam tarzı obezite, hipertansiyon ve diabet gibi hastalıkların artmasına neden olmuştur.

Hasta kavramı, ilk kez 16.yüzyılın birinci yarısında tıbbi yazılarda ortaya çıkmış ve "Bir doktorun muayenesi altındaki kişi" olarak tanımlanmıştır (Okay, 2009:18). Farsça "Haste"den dilimize yerleşen hasta kelimesi, sağlığı bozuk anlamına gelmektedir (Eyüboğlu, 1991:317).

Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde; "Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse", TDK'nın web sitesindeki sözlüğünde ise "Sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan, hastalanmış, rahatsız" olarak belirtilmektedir (www.tdk.gov.tr).

İnsanın hastalığıyla ilgili sorunları; anne babasından getirdiği kalıtsal özellikleri, bireysel farklılıkları, içinde yaşadığı sosyal ve doğal çevre ile doğrudan ilişkilidir. Bu yapılardan herhangi birinde ortaya çıkacak bir aksama, bireyde fiziksel ve duygusal belirtilerin oluşmasına yol açarak bireyin hasta olmasına neden olur.



Şekil 4: Hasta ve Hastalık Kavramında Rol Oynayan Değişkenler (Baltaş, 2008:73).

Sosyal ortamdaki insan ilişkileri, bazı çatışmalara zemin oluşturacak duygusal belirtiler yaratır ve "hasta" tanımı, "hastalık" tanımına eşlik eder. Sağlığı tehdit eden bu tür semptomlar, her yapıda ve her boyutta yansıyabilir (Baltaş, 2008:72). Bu yüzden günümüzde sağlık sorunlarından bahsederken, DSÖ'nün tanımında yer alan fiziksel, ruhsal ve sosyal yapıları birbirinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Ontorio Sağlığı Geliştirme Kaynak Sistemi, kişinin karşılabileceği sağlık sorunlarını açıklamaya yönelik üçlü bir model geliştirmiştir (www.ohprs.ca):

Biyomedikal model:	Sağlığı, hastalık veya bozukluk durumunun olmaması şeklinde görmektedir.
Davranışsal model:	Sağlığı, sağlıklı yaşam tarzı ve seçeneklerini uygulamanın ürünü olarak görmektedir.
Sosyo-çevresel model:	Sağlığı, bireylerin ve toplulukların sağlığı için teşvik tedbirleri ve bariyerler sağlayan sosyal, ekonomik ve çevresel determinantların ürünü olarak görmektedir.

SAĞLIĞIN ÜÇ MODELİNE GÖRE BAŞLICA SAĞLIK SORUNLARI		
Biyomedikal Model	**Davranışsal Model**	**Sosyo-Çevresel Model**
Kalp Hastalıkları Kanser HIV/Aids Felç Diyabet Obezite Hipertansiyon Ve diğer...	Sigara İçmek Yetersiz Beslenmek Fiziksel Hareketsizlik Uyuşturucu Madde Kullanımı Stresle Baş Edememe Yaşam Becerilerinden Yoksun Olmak Ve diğer...	Yoksulluk İşsizlik Güçsüzlük İzolasyon Çevresel Kirlenme Stres Oluşturan Etmenler Tehlikeli Yaşam ve Çalışma Koşulları

Tablo 2: Sağlığın Üç Modeline Göre Başlıca Sağlık Sorunları (Okay, 2009:17).

1.1.4. Sağlığı Etkileyen Koşullar

İnsanı diğer canlılardan ayıran en önemli özellik, toplumsal-kültürel bir çevre içinde yaşamak zorunluluğunda olmasıdır. Toplum, insan hayatını kolaylaştırmak ve daha iyi yaşam koşulları oluşturabilmek için vardır. İnsanların yaşamlarını toplum içinde sürdürmesinden dolayı, sağlık konusunun toplumdan ayrı olarak düşünülmesi mümkün değildir. Toplumsal çevre, insan sağlığını dolaysız veya dolaylı olarak etkileyen kültürel ve ekonomik nedenleri, aile yapısı ve toplumsal koşullar gibi faktörleri içine alan kapsamlı bir oluşumdur. Toplumsal koşullar, insan sağlığını dolaylı veya dolaysız olarak etkiler. Okay'a göre modern toplumun sağlık dinamikleri olarak adlandırılan koşullar, altı temel eğilim tarafından belirlenmektedir (Okay, 2009:15-17):

Yaşam bekletilerinin artması: Son yarım yüzyıllık dönem boyunca yaşam beklentisi, küresel olarak yaklaşık 20 yıl arttı. 1950-1955 yılları arasında 46,5 yıl olan yaşam beklentisi, 2002'de 65,2 yıl oldu (www.who.int). Ülkemiz açısından baktığımızda, Türkiye'de yaşlı nüfusu sayısının yıldan yıla arttığı görülmektedir. TÜİK'in, 1935-2000 yılları arasındaki "Yaş grubuna göre nüfus ve yaş bağımlılık

oranı" istatistik tablosuna göre, 1935 yılındaki nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri kişi sayısı, 16.158.018 kişilik toplam nüfus içerisinde % 3,88'lik oran ile 628.041 iken 2000 yılındaki nüfus sayımında 67.803.927 kişinin 3.858.949'u kapsayan %5,69'luk bir oranı 65 ve üzeri yaş grubuna dahil olmuştur (www.tuik.gov.tr).

Hastalık tayfının kronik hastalıklara yönelmesi: 19.yüzyılda en fazla ölüm enfeksiyon hastalıklarından gerçekleşirken günümüzde sigara, alkol ve beslenmenin vs. neden olduğu kronik hastalıklar ön plana çıkmıştır. Dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen bu hastalıklar, ülkemizde de gerçekleşen ölümlerde önemli yer tutuyor. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan 16 Şubat 2006 tarihli Kronik Hastalıklar Raporu"na göre, kronik hastalıklar grubunda yer alan kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı ve KOAH'ın olduğu belirtilerek ülkemizde koroner kalp hastalıklarında ölüm oranının, tüm ölümler içinde %43 oranla ilk sırada olduğu belirtilmektedir (arsiv.ntvmsnbc.com).

Sayım yılı Census year	Toplam Total	Yaş grubu- Age group 0-14	15-64	65+	Bilinmeyen Unknown	Toplam yaş bağımlılık oranı Total age dependency ratio	(65 + yaş) 65 and over)	-14 yaş) 0 -14)
1935	16 158 018	6 662 593	8 795 512	628 041	71 872	82.89	7.14	75.75
1940	17 820 950	7 503 326	9 668 796	629 859	18 969	84.12	6.51	77.6
1945	18 790 174	7 421 263	10 717 968	626 543	24 400	75.09	5.85	69.24
1950	20 947 188	8 018 479	12 211 300	690 662	26 747	71.32	5.66	65.66
1955	24 064 763	9 475 220	13 729 233	822 408	37 902	75.00	5.99	69.01
1960	27 754 820	11 427 006	15 299 311	978 732	49 771	81.09	6.40	74.69
1965	31 391 421	13 148 624	16 953 850	1 242 525	46 422	84.89	7.33	77.56
1970	35 605 176	14 878 187	19 152 564	1 565 696	8 729	85.85	8.17	77.68
1975	40 347 719	16 330 203	22 086 237	1 853 251	78 028	82.33	8.39	73.94
1980	44 736 957	17 433 912	25 022 358	2 113 247	167 440	78.12	8.45	69.67
1985	50 664 458	19 010 138	29 432 295	2 125 908	96 117	71.81	7.22	64.59
1990	56 473 035	19 745 352	34 265 838	2 417 363	44 482	64.68	7.06	57.62
2000	67 803 927	20 220 095	43 701 502	3 858 949	23 381	55.10	8.83	46.27

Tablo 3: Yaş Grubuna Göre Nüfus ve Yaş Bağımlılık Oranı 1935 - 2000 (www.tuik.gov.tr).

Globalleşme: En basit tanımıyla para ve malların dünya üzerindeki hareketliliğinin artması olarak ifade edilen globelleşme, sağlık sektörünü de

etkilemektedir. Globalleşme nedeniyle yeni sağlık riskleri ortaya çıkmıştır. Taşımacılık alanındaki gelişmeler, uluslararası seyahatlerin artması, SARS, kuş ve domuz gribi gibi salgın hastalıkların kısa sürede yayılmasına neden olmuştur. Gerek ekonomik krizler gerekse savaş ve doğal afetlerin yol açtığı krizler nedeniyle işlerini kaybetme korkusu taşıyan insanlarda, depresyon başta olmak üzere çeşitli sağlık problemleri görülmeye başlanmıştır.

Devletin sağlık alanında yaptığı harcamalar: Bu alanda yapılan harcamalar, ülkelerin ekonomilerini büyük ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetleri bireysel fayda sağlamakla birlikte tüm topluma sosyal fayda da sağladığı için devletin, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda aktif görev alması kaçınılmazdır. Bu nedenle sağlık harcamalarının kamu harcamaları içinde öncelikli bir yeri vardır (Mutluer vd.,2007:118). Gelişmiş ülkeler, temel sağlık sorunlarını çözdüğünden dolayı sağlık alanında yapmakta oldukları harcamalar, az gelişmiş ülkelerinkinden farklıdır. Örneğin az gelişmiş ülkelerde bulaşıcı hastalıklar temel sağlık sorunlarından biriyken gelişmiş ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinin verimliliği daha önem taşımaktadır.

Özel sağlık pazarının çok yaygınlaşması: Dünyada 20.yüzyılın ikinci yarısından sonra yaşanan teknolojik, ekonomik ve sosyal gelişmeler sağlık alanında da kendini göstermiştir. Özellikle gelişmiş ülkelerde özel sağlık kurumlarının sayısı giderek artmaktadır. Ülkemiz açısından bakıldığında da özel sağlık sektöründe 1982 Anayasası ile başlayan ve 2000'li yıllardan itibaren ivme kazanan ilerleme, son yıllarda oldukça artmıştır. Sağlık İşletmeleri Federasyonu Genel Sekreteri Dr. İhsan Şahin, "Türkiye'de bugün sağlık hizmetinin %75'inin devlet ve üniversite hastanelerinde, %23-25'inin ise özel hastanelerde verildiğini belirterek 2003'te 142, bugün 375 olan özel hastane sayısının 2009'da, 500'e ulaşması bekleniyor" demiştir (www.saglikaktuel.com).

Sağlık konusuna duyulan ilginin artması: Dünyada hızla yayılan "sağlıklı yaşam eğilimi" nedeniyle bireylerin sağlık konusuna duyduğu ilgi artmıştır. Sağlıklı yaşamın vazgeçilmez öğeleri olan doğru beslenme ve fiziksel aktivite için organik tarım yaygınlaşmaya ve spor kulüpleri artmaya başlamıştır. Sağlık yayıncılığı gelişmiş ve sağlıkla ilgili konularda davranış değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan

sağlık iletişim kampanyalarının sayısında da artış olmuştur. Son yıllarda sayıları artan sağlıkla ilgili TV programlarının da sağlık konularına duyulan ilgi ve merakı arttırdığı söylenebilir.

1.2. İLETİŞİM TANIM, TEMEL İŞLEVLER VE SINIFLANDIRMA

Sağlık iletişimi disiplininin tanımlanması ve gelişimine geçmeden önce insanlarla ilişkilerimizi sürdürmemizi sağlayan iletişim kavramı ele alınacaktır. Bu disiplinin teori ve uygulamalarını anlamak için iletişim kelimesinin anlamının, iletişimin temel işlevlerinin ve sağlık iletişiminde de kullanılan iletişim türlerinin incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

1.2.1. İletişim

İletişim, göndericinin uygun bir kanal ile alıcıya bilgi, düşünce, tutum veya duyguları iletmesi ve alıcının da bu mesajı çözümleyerek, dikkate almasıdır. Uygulanan bu iletişim süreciyle amaç, karşıda bulunan kişi veya gruplarla etkileşime geçmek ve paylaşım sağlamaya çalışmaktır. Kişi iletişimi doğrudan yapabileceği gibi çeşitli araçlar vasıtasıyla da yapabilmektedir. Bu araçlar dil, jest, mimik gibi insan doğasında yer alan araçlar olabileceği gibi gazete, radyo, televizyon, internet gibi kitle iletişim araçları da olabilmektedir (Güçdemir, 2010:275).

İletişim kelimesi, Latincede "ortak" anlamına gelen "communis" kökünden türetilmiş "communication" kelimesinin dilimizdeki karşılığı olarak kullanılmaktadır. Kelimenin kökeninden anlaşıldığı üzere iletişim, ileti alışverişiyle sağlanan bir ortaklık yaratma olarak değerlendirilebilir. Bir diğer ifadeyle kişilerin bilgi, fikir veya düşüncelerini aktararak topluluk içinde benzeşme ve birlik taşıyan bir ortaklık yaratmasıdır.

İlk kez M.Ö.5. ve 4.yüzyıllarda Aristo tarafından "bir hatibin, konuşmasıyla dinleyicilerini istediği biçimde etkileyebilme ve inandırıcı olma beceri ve sanatı" olarak tanımlanan iletişim kavramının 4560 kullanımı olduğu ve bu kullanımlardan 15 anlamın çıkarılabileceği saptaması yapılmıştır (Yılmaz, 2003:13). Bunlar; düşüncenin değiş tokuşu, anlama-anlatabilme, etkileşim, belirsizliğin azaltılması, aktarım süreci, değişme süreci, bağlantıların kurulma süreci, paylaşım süreci, araç-

usul-teknikler, belleğin uyarılması, yanıt verme, uyaran, etkileme, geçiş süreci ve iktidar kaynağıdır (Zıllıoğlu, 2003:4-5). Merten'e göre "iletişim" kavramının çok çeşitli tanımı olmasının temel nedeni, kavramın kendisinin durağan değil, dinamik bir büyüklük ve sisteme sahip bir süreç olmasından kaynaklanmaktadır (akt.Okay, 2009:19).

Politika psikoloğu Harold D.Laswell, yüzyılın ortalarında (1948) iletişimi şu soruyla ifade etmiştir: "Kim Kime Hangi Kanal Yoluyla, Ne Tür Bir Etkiyle Ne Söylüyor?" Bu yaklaşımıyla Lasswell iletişimin temel ögelerini şu şekilde tanımlamaktadır: Kaynak (kodlayan ve gönderilen), içerik ya da mesaj (iletişim materyali), kanal (içeriğin transferini sağlayan araç), alıcı ya da hedef (anlam üretmek için iletişim kodunu açan) ve etki (sürecin ölçülebilir sonuçları) (Tabak,2006:2). McQuail, Laswell'in bu formülüne "hangi toplumsal durumda?" sorusunu ekleyerek iletişim sürecine toplumsal yakınlık (değerler, kültür, amaçlar) öğesini de katmıştır (Erdoğan ve Alemdar, 1990:52).

Berelson, iletişimi bilgi, fikir, duygu ve becerilerin sembol, kelime, resim ve grafik kullanılarak aktarılması olarak tanımlarken (Dance, 1970:205) Ruben'e göre iletişim, ister bilgiyi yaymak, ister eğitmek, ister etkilemek ya da yalnızca anlamak olsun, bilgi vermeye ilişkindir, başka bir deyişle bilgiye yönelik davranıştır (Okay, 2000:158).

Oskay iletişimi şu şekilde tanımlamaktadır (Oskay,1992:15):

> *"Birbirlerine, ortamlarındaki nesneler, olaylar olgularla ilgili değişmeleri haber veren, bunlara ilişkin bilgilerini birbirine aktaran, aynı olgular, nesneler, sorunlar karşısında benzer yaşam deneyimlerinden kaynaklanan, benzer duygular taşıyıp bunları birbirine ifade eden insanların oluşturduğu topluluk ya da toplum yaşamı içinde gerçekleştirilen tutum, yargı, düşünce, duygu bildirişimleridir".*

İletişim, bireysel anlamda kişilerin kendilerini tanımalarını ve geliştirmelerini sağlarken toplumsal anlamda toplumu yönlendirmek, ikna etmek ve eğitmek gibi önemli rolleri üstlenmektedir (Gürbüz, 2005:2).

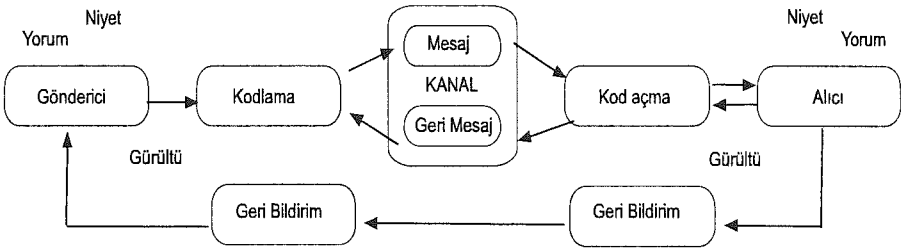
Colin Cherry, iletişimin temelde toplumsal bir olgu olduğunu ve var olan kural dizilerine uyarak yaşam biçimleri ile davranış öğelerinin paylaşılması anlamına

geldiğini, "İnsanların İletişimi" adlı yapıtında belirtmektedir (Usluata, 1994:12).

Sosyolog Ozankaya'ya göre iletişim, düşünce ve duyguların bireyler, toplumsal kümeler, toplumlar arasında söz, el-kol devinimi, yazı, görüntü vs. aracılığı ile değiş tokuş edilmesini sağlayan toplumsal etkileşim sürecidir (Ozankaya, 1995:71). Bu açıdan bakıldığında kişi ya da grupların tutumlarını etkilemeye yönelik bir süreç olarak iletişim, toplumsal yaşamın oluşmasında, düzenlenmesinde ve davranış değişikliği yaratmada önemli bir işlev üstlenmektedir. Göksel için iletişim, bilgi, duygu ve düşüncelerin en az iki kişi arasında paylaşım eylemi olduğu kadar, kişi ya da grupların tutum ve davranışlarını da etkileyen bir süreçtir (Göksel, 1997:59).

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşıldığı üzere yaşamda her şeyin iletişim kavramı içine girmesi, kavramın yaygın olarak kullanılması, çeşitli disiplinlerin uğraşısı olması nedeniyle iletişimin tek bir tanımını vermek zordur. Tanımların hepsi açık veya kapalı olarak iletişimi bir süreç olarak ele alır (Erdoğan, 2005:44). Bu süreç, hedef kitleleri bilgilendirmek, ikna etmek, etkilemek ve yönlendirmek için belirli faaliyetleri adım adım gerçekleştirmeye, tutum oluşturmaya, mevcut davranışı değiştirmeye ve eyleme yöneltmeye dönük olmalıdır. İletişim süreci içerisinde, yorum, niyet, duygular, tutumlar, algılama ve öğrenme yeteneği gibi noktalar önemlidir.

İletişim sürecinde ilk olarak gönderici (konuşan-kaynak), göndermek istediği mesajı (ileti) fikir olarak zihninde oluşturur sonra bu fikri, sözcükler, şekiller veya beden diline dönüştürerek dinleyene aktarır. Göndericinin mesajını algılayan kişi (dinleyen-hedef) alıcıdır. Gönderici ile alıcı arasındaki mesajın aktarılma, gönderilme şekline kanal denmektedir. Kanal olmadan iletişimin olması mümkün değildir. Alıcının mesaja verdiği her türlü yanıt da geri mesaj (geribildirim-geri besleme) olarak adlandırılmaktadır. Bir süreç olarak iletişim aşağıdaki şekille şematize edilebilir:



Şekil 5: İletişim Süreci

1.2.2. İletişimin Özellikleri

Bütün insan ilişkilerinin vazgeçilmez bir unsuru olan iletişimin anlaşmaya zemin hazırlayacak ve kolaylaştıracak bazı özellikleri vardır. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir (Doğan, 1993:53) :

- İletişim sürecindeki ilk karşılaşma, bu sürecin önemli bir belirleyicisidir. Bu etkiyi ilgili kişinin beden dili, kullandığı sözcükler, taşıdığı tüm aksesuarlar ve içinde bulunduğu fiziki ortam nesneleri yaratır. Bu etkiyi yaratan faktörler, kişinin değerlerinde bir yer bulur ve o çerçeve içerisinde yorumlanır.

- İletişim, sadece kişilerarası bir bilgi alışverişi değildir. Duygu ve düşüncelerimiz ve bunların ifade ediliş biçimi iletişimin özünü oluşturur. Bilgilendirmek sadece ileti göndermektir. İletişimin ana amacı ise karşıdaki kişiyi anlamaktır.

- İletişim, başka bir kişiyle birlikte yapılandırılan bir süreçtir. Bu yüzden iletişim süreci mesajı gönderenle alanın birlikte aktif olmasını gerektirir. Kişilerden birinin aktif olması, diğerinin pasif olmasıyla iletişim kurulamaz.

- İletişim, bir bütündür. Sözlü iletişimin sözcükleri veya sözsüz iletişimin işaretlerini tek tek değerlendirerek sonuca varmak yanıltıcı olabilir. İletişim sürecindeki tüm özellikler aynı anda ve beraber değerlendirilmelidir.

- İletişim, sürekli ve dinamik bir süreçtir. Gönderici ve alıcının özgül durumlarıyla değişebilir.

- İletişim sürecini, iletişime katılanların bilgi düzeyleri, değer yargıları, sosyo-kültürel geçmişleri, algılama düzeyleri, toplum içindeki rol ve sorumlulukları, içinde bulundukları ruhsal-toplumsal durumlar etkiler.

1.2.3. İletişimin İşlevleri

İletişimin temel işlevleri; bilgilendirmek, eğitmek, bilgi ve becerileri iletmek, toplumsal ilişki kurmak, eğlendirmek ve ikna etmektir.

Merton'un toplumsal sistem içinde yeralan öğelerin işlevleri için önerdiği ayrımdan hareketle iletişimin açık/amacı belirlenmiş işlevleri yanında örtülü/amaçlanmamış işlevleri olduğu da kabul edilir. Açık işlevler iletişimde bulunanlar tarafından istenen, sonuçları tahmin edilen işlevler, örtülü işlevler ise iletişimde bulunan tarafların ne istedikleri, ne de farkında oldukları işlevlerdir (Zıllıoğlu, 1993:73).

İletişim, toplumsal/kültürel sistemlerin yeniden üretimi ve değişiminde rol oynar ve bu sistemler hakkında bilgi vererek bireylerin davranışlarında öngörü sağlar. İletişim bir aktarma ve paylaşma süreci olduğu kadar bazı kişi ve grupların başkaları üzerinde güç kazanmasında da rol oynamaktadır. Bahsedilen her iki hususta göz önüne alındığında iletişimin işlevleri, bireysel ve toplumsal işlevler olarak sınıflandırılır. Bireysel açıdan bakıldığında iletişim, bireyler arasındaki deneyim, düşünce, tepki ve duyguların paylaşılmasını sağlar. İnsan iletişim süreci içinde gelişir, bilgisini, görgüsünü ve deneyimini artırır. "Ben" ile "Ben olmayan"ın bilincine varıp sınırlarını çizererek değişik bir "Ben" olmanın bilinci ve sorumluluğu içinde başkalarıyla birleşip bütünleşir. Başkalarıyla iletişim kuran insan toplumun bir parçası olur ve varlığını sürdürür (Köknel, 1997:25).

İnsanın sosyal bir varlık olarak yaşamasının temel koşullarından biri olarak toplumsal bir işleve de sahip olan iletişim süreci, insanlar ve örgütler arasında bilgi dağılımını ve değişimini sağlar. Toplumun en doğal hakkı olan haber alma ve bilgilendirme işlevi, kitle iletişim araçları sayesinde gerçekleşir. İletişim, bilgilendirme dışında duygu ve düşüncelerin aktarımı, eğitim ve öğretim, sorunları çözme, bireysel ve dolayısıyla toplumsal gelişim sağlama ve toplumsal statü kazandırma gibi birçok işlevi de yerine getirmektedir (www.meb.gov.tr).

Toplumsal açıdan iletişim süreci, Laswell'e göre üç işlev görmektedir (Usluata, 1994:25):

1. *Çevreyi denetleyerek toplumun değerlerini denetlemekte,*
2. *Toplumun bireyleri arasında etkileşimi sağlamakta,*
3. *Toplumsal geleneklerin sürdürülmesine yardımcı olmaktadır.*

UNESCO, 1980 yılında iletişim sorunlarının çözümünü sağlamak üzere uluslararası bir komisyon kurarak "Many Voices One World: Communication and Society Today and Tomorrow" adlı bir rapor hazırlatmıştır. Çalışma komisyonun genel başkanlığını yapan Sean MacBride'dan doğru kısaca "MacBride Raporu" olarak adlandırılan bu çalışmada; iletişimin sosyal bir sistem içindeki toplumsal işlevleri 8 başlık altında tanımlanmaktadır (UNESCO, 1980:14):

- *Enformasyon:* Kişisel, çevresel, yerel, ulusal ve uluslararası koşulları anlamak, bilinçli tepkiler göstermek ve doğru sonuçlara ulaşmak için gerekli olan haber, veri, bilgi, resim, mesaj, fikir ve yorumların toplanması, depolanması, işlenmesi, paylaşılması ve yayılması iletişimin enformasyon işlevinin kapsamını oluşturur.

- *Sosyalizasyon (Toplumsallaşma):* İletişimin bu işlevi kişilerin içinde yaşadıkları toplumun etkin ve etkili üyeleri olarak işlev yapabilmelerini sağlayacak, toplumsal bağlılığı ve bilinci besleyecek genel bilgi birikiminin oluşturulmasını; tutum ve davranışların istenen yön ve düzeyde etkilenmesi ve böylelikle toplumsal yaşama aktif bir biçimde katılmalarına ortam yaratılması; sosyal değişim için zemin oluşturulması gibi süreçleri içerir.

- *Motivasyon (Güdüleme):* Her topluluk ya da toplumun yakın ve uzak hedefleri için gerekli koşulların oluşturulması; kişisel tercihler ve isteklerle toplumsal beklentilerin uyuşmasının sağlanması ve teşvik edilmesi, kişisel ve toplumsal etkinliklerin desteklenmesi; herkesçe benimsenen doğru hedeflere ulaşmaya yardımcı olacak psikososyal çevrelerin geliştirilmesi ve benzeri duyuşsal ağırlıklı etkinlik ve özellikler iletişimin motivasyon işlevi çerçevesinde değerlendirilir.

- *Münazara ve Tartışma:* Uygun, düzeyli ve nitelikli bir bilgi, düşünce, inanç, değer ve görüş değişimi yoluyla birbirlerini etkilemeleri ve yönlendirmeleri için, insanların hem sözlü hem de sözsüz iletişimi tam ve doğru olarak kurmaları gerekir. Çatışma yerine tartışmayı gerçekleştirmeleri için, insanların genellenmiş kavramları anlaşılır biçimde iletebilmeleri ve birbirlerini doğru anlamaları ancak iletişim kurmaya açık olmalarıyla mümkündür.

- *Eğitim:* Yaşamın tüm aşamalarında entellektüel (zihinsel) gelişim, kişilik oluşumu, kişisel yetenek ve kapasitenin gelişmesi için bilgi, duygu ve becerilerin etkili biçimde aktarımını sağlayan iletişimin eğitim sürecine katkıda bulunduğu görülmektedir.

- *Kültürel Gelişme:* Geçmişin mirasını korumak amacıyla ve sanatsal ürünlerin yayılması; bireyin ufkunun genişletilmesi; hayal gücünün, estetik gereksinmelerin ve yaratıcılığın canlandırılması yoluyla kültürel birikimin aktarılması ve gelişimin sağlanması iletişimin bir diğer temel işlevidir.

- *Eğlenme:* Tek başına ya da topluca eğlenmek amacıyla işaret, simge, ses ve görüntülerin drama, dans, edebiyat, oyunlar vs. aracılığıyla ortak kavramlar haline getirilmesi iletişimle sağlanır.

- *Entegrasyon (Bütünleştirme):* Tüm insanların, grupların ve ulusların birbirlerini tanımalarına, anlamalarına ve yakınlaşmalarına katkıda bulunmak; kendileri dışındakilerin görüş, beklenti ve yaşam koşullarını değerlendirebilmek için gereksinim duydukları değişik iletilere ulaşmaları iletişimle olur.

1.2.4. İletişim Sürecinin Sınıflandırılması

İletişim süreci, farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Thompson, "yüz yüze iletişim", "dolayımlı iletişim" ve "yarı dolayımlı iletişim" şeklinde bir sınıflandırma yapmıştır Bu ayrımda; zaman-mekân ayrışması, simgesel ipuçlarının genişliği, eylemin yönelimi ve söyleşmenin niteliği gibi ölçütler dikkate alınır. Yüz yüze iletişim, aynı mekânı ve zamanı paylaşmayı

gerektirirken dolayımlı iletişim etkinliğinde zaman ve mekân ayrışmaktadır. Dolayımlı iletişim, mektup, telefon gibi teknolojilerin kullanıldığı iletişimdir. Yarı dolayımlı iletişim ise, gazete, dergi, kitap, radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarıyla gerçekleştirilen iletişim türüdür. Bu iletişim şeklinde de zaman ve mekân ayrışır, üreticiler ve tüketiciler farklı zaman ve mekânlarda iletişim etkinliğinde bulunurlar. Yüz yüze iletişimde iletişimi etkileyen jest, mimik ve giysi gibi simgesel ipuçları fazladır. Bu unsurlar, görülür, hissedilir ve iletişimi gerçekleştirenler sözlerini, davranışlarını bu görüşe ve hisse göre ayarlarlar, gerektiğinde değiştirir ve yenisini üretirler. Dolayımlı ve yarı dolayımlı iletişimde; kişiler, birbirlerinin jest ve mimiklerini göremezler. İletişimin yönelimi açısından yüz yüze iletişim ve dolayımlı iletişimde, karşılıklılık esastır, ileti alışverişi belirli kişiler arasında var olur. Ancak yarı dolayımlı iletişimde, iletiler belirli merkezlerden hazırlanır ve toplumun geniş kesimlerine dağıtılır. Kitle iletişim araçlarından, anonim topluluğa/kitleye ileti yayılır. Son olarak, yüz yüze iletişim ve dolayımlı iletişim çift yönlüyken yarı dolayımlı etkileşim tek yönlüdür. Yüz yüze ve dolayımlı iletişimde karşılıklı tepkilere göre iletiler oluşturulur, değiştirilir, yeniden oluşturulur ve iletişim doğal halinde akar. Buna karşın yarı dolayımlı iletişim, geri beslemenin sınırlı olmasından dolayı söyleşme yerine, aktarımın esas olduğu bir iletişim türüdür (Thompson, 1995:85-87).

Thompson iletişimin sınıflandırılmasını üç ana grupta toplarken, Dimbleby ve Burton tarafından "kendi kendine iletişim, kişilerarası iletişim, gruplararası iletişim ve kitle iletişimi" olarak dörtlü bir sınıflandırma yapılmaktadır (Dimbleby ve Burton, 1998:7-8):

Kendi Kendine İletişim: Kişi düşündüğü zaman kendi kendiyle iletişimde bulunur. Gün içinde başından geçen olayları düşünüp kafasında bunlara çözüm bulmaya çalışır. Kişinin düşünürken hangi parametreleri kullandığı örnek vermek gerekirse resimlerle mi yoksa kelimelerle mi düşündüğü henüz çözümlenememiştir.

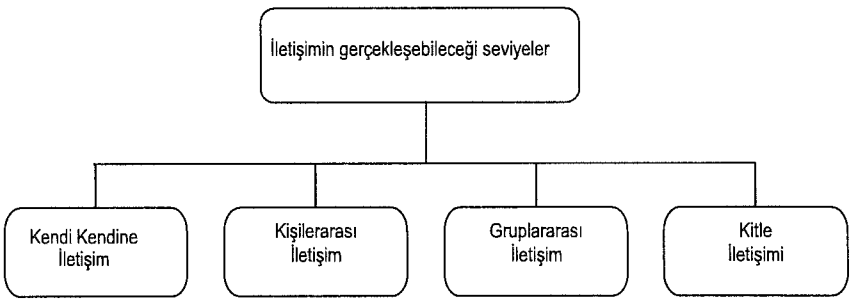
Kişilerarası İletişim: Genellikle iki kişinin yüz yüze iletişimi olarak nitelendirilir. Yüz yüze olması, konuşmanın önemi ve sözsüz iletişim şekilleri, bu kategorinin en belirgin özelliğidir. Yüz yüze iletişim, iki kişiden daha fazla kişinin olduğu durumlarda da geçerlidir. Bu iletişim türünün bilinen örnekleri arasında yöneticilerin işe başvuran kişi ile yaptığı mülakatlar ve arkadaşların aralarındaki konuşmalar sayılabilinir. Bu

kategoriye dahil edilen sıradışı örneklerden biri de telefon görüşmeleridir.

Gruplararası (Grup İçi) İletişim: Bu iletişim, grup içindeki kişilerin iletişimi veya grup halindeki kişilerin diğer kişilerle iletişimidir. Bu yüzden grupları; küçük gruplar veya büyük gruplar olarak ikiye ayırmak daha uygundur. Küçük gruplar birbirlerinden ayrı davranmalarına rağmen genellikle yüz-yüze iletişim içindedirler. Büyük gruplar ise küçük gruplardan farklı olarak bir amaç için biraraya gelmekte veye getirilmektedirler. Aile, yemeğe giden bir grup arkadaş veya işyerindeki kurul toplantısı küçük grup, şirket organizasyonları büyük grup kapsamına girer.

Kitle İletişimi: Çok büyük ve birbiri ile fazla bağlantısı olmayan kişilerin gerçekleştirdiği veya kullandığı iletişimidir. Sayısal olarak kesin bir tanımlama yapmak mümkün değildir. Binlerce kişinin katıldığı bir açık hava konseri kitle iletişimi olarak nitelendirilebilinir. Bu sınıflandırmayı özel yapan iletişim kurulan kişi sayısının çokluğu ve iletişimin etkileridir.

Günümüzdeki iş yaşantısından örnek vermek gerekirse iletişimin bu sınıflandırmaların birden fazlasını kapsadığı görülür; bir halkla ilişkiler yöneticisinin toplantıda (grup içi iletişim) aldığı notlar ve düşündükleri (kendi kendine iletişim) ve sonrasında gazeteye verdiği reklam (kitle iletişimi) olarak tanımlanabilinir.



Şekil 6: İletişim Seviyeleri (Dimbleby ve Burton, 1998:7-8).

Dökmen de iletişim sınıflandırmalarında, iletişimi dört gruba ayırır fakat

bunların birer inceleme alanı olmanın yanı sıra birer çatışma türü olduğunu belirtir (Dökmen, 1997:21):

1. *Kişi-içi İletişim ve Çatışma*
2. *Kişilerarası İletişim ve Çatışma*
3. *Örgüt-içi İletişim ve Çatışma*
4. *Kitle İletişimi ve Çatışma*

Kişi-içi İletişim ve Çatışma: İnsanlar kendi içlerinde de birtakım mesajlar üretip bunları yorumlayarak bir iletişim ortamı sağlarlar. Kişinin ihtiyaçlarını düşünüp birtakım çözümler getirmeye çalışması, bazen kendi kendiyle konuşması, kendine sorular yöneltip bunlara cevaplar araması iç iletişim olatak ifade edilir. Kişilerarası iletişimin ilk basamağı iç iletişimle başlar. Kişi kendi içinde iletişim kurduğu gibi kendi içinde birtakım çatışmalar da yaşar. Bu çatışmalar, iki grup oluşturur. Bunlardan birincisi; kişinin bilinç dışında baskıda tutulan çatışmalardır ve bazı gözlenen davranışlara yansıyabilir, ikincisi ise kişilerin zihinlerindeki bilişsel yapılarla ilgilidir. Kişinin birbiri ile çelişen bilişsel öğelere sahip olması veya mevcut bilişsel dengesi ile çelişen yeni uyarıcılarla karşılaşması içsel çatışma yaşamasına neden olur. Bilişsel çelişki (cognitive dissonance), kişi-içi çatışmaların önemli bir bölümünü oluşturur. Festinger'e göre sahip olduğu bilgiye/tutuma aykırı bir davranışta bulunan kişi, bilişsel çelişkiye düşer ve bu çelişkiden kurtulmak için aşağıdaki üç yoldan birisine yönelir:

1.Davranışını değiştirir,

2.Tutumunu değiştirir ya da yeni bilgiler edinerek o konudaki mevcut bilgisini değiştirir,

3.Psikolojik savunma mekanizmalarından birisini, örneğin mantığa bürünmeyi kullanarak, çelişkisininin yarattığı rahatsızlıktan kurtulmaya çalışır. Örneğin sigaranın kanserle ilişkisini bilen birisi günde bir paket sigara içiyorsa, bilişsel çelişkiye düşecektir. Bu çelişkinin vereceği rahatsızlıktan kurtulabilmek için yukarıda belirtilen yollardan birisini seçecektir. Söz gelişi mantığa bürünmeyi tercih ederek "sigara stresimi azaltıyor" diyecektir.

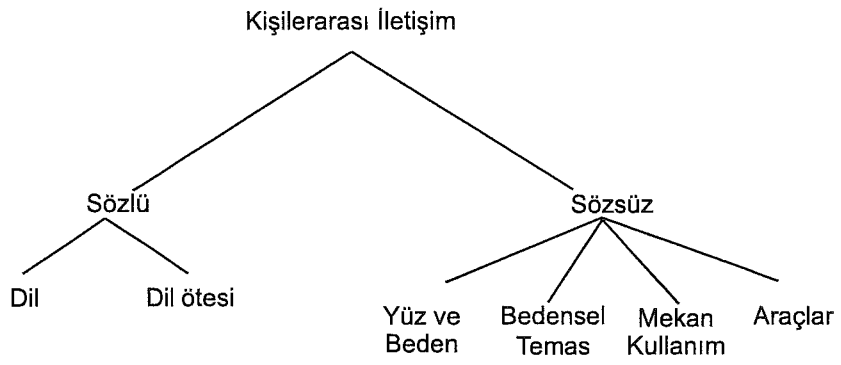
Kişilerarası İletişim ve Çatışma: Kaynağını ve hedefini insanların oluşturduğu iletişimlere "kişilerarası iletişim" adı verilir. İletişimde bulunan kişiler, bilgi/sembol üreterek bunları birbirlerine aktararak ve yorumlayarak iletişimi sürdürürler. Kişilerarası iletişim, sözlü ve sözsüz olarak iki ana sınıfa ayrılmış, bu sınıflardan her birisi, kendi içinde alt sınıflara bölünmüştür.

Tubbs ve Moss (1974), bir iletişimin "kişilerarası iletişim" sayılabilmesi için aşağıdaki üç ölçütün gerekli olduğunu belirtmişlerdir :

1.Kişilerarası iletişime katılanlar, belli bir yakınlık içinde yüz yüze olmalıdır.

2.Katılımcılar arasında tek yönlü değil, karşılıklı mesaj alışverişi olmalıdır.

3.Sözkonusu mesajlar sözlü (verbal) ve sözsüz (non-verbal) nitelikte olmalıdır; bu iki tür mesaj dışındaki mesajların kullanıldığı iletişimler, örneğin yarışmalar, kişilerarası iletişim sayılmaz.



Şekil 7: Kişilerarası İletişimin Sınıflandırılması (Dökmen, 1997:27).

Örgüt-içi İletişim ve Çatışma: Örgüt, ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birliktir (TDK, 2011:509). Örgütte görev alan kişiler, hiyerarşik bir düzen içinde önceden tanımlanmış rollerin gereğini yerine getirmeye çalışırken iletişimde bulunur ve çatışmalar yaşayabilirler. Örgüt içindeki roller, ast-üst konumları, örgüt üyelerinin çeşitli kişilik özellikleriyle

birlikte, birtakım kişi-içi ya da kişiler- arası iletişim sorunlarına veya çatışmalarına sebep olabilir. Örgüt içi iletişim gerçekleştirilmesi uzun vadeli, çift yönlü bir iletişimdir. Örgüt üyelerinin başvurdukları sözlü veya sözsüz iletişim yolları ya da örgütteki rollerin belirgin şekilde tanımlanmamış olması da, örgütte çatışma çıkmasına neden olabileceği gibi çatışmaların niteliğini de belirleyebilir.

Kitle İletişimi ve Çatışma: Haberin, bilginin ve düşüncelerin geniş kitlelere iletilmesi ve yorumlanmasına kitle iletişimi adı verilir. Belirli bir kaynaktan hedef kitleye giden tek yönlü mesajların gönderildiği kanallara kitle iletişim araçları adı verilir. Bu araçlar, sosyal yaşantıyı önemli ölçüde etkilemektedir. Kitle iletişim araçları hem kişilerin iç çatışmalarında hem de kişilerarası iletişim ve çatışmalarda etkilidir. Bu araçların verdikleri mesajlar, kişilerarası ilişkileri ve çatışmaları etkileyebilir.

Genel olarak bakıldığında bir çok araştırmacının Dimbleby ve Burton gibi iletişim sürecini; "kendi kendine iletişim, kişilerarası iletişim, gruplararası iletişim ve kitle iletişimi" olarak dört ana başlık altında incelediğini söylemek mümkündür. Bu başlıklar altında farklı isimler ve tanımlar yapılmıştır. Bir insanın düşünmesi, duygulanması, kişisel ihtiyaçlarının farkına varması, iç gözlem yapması ve kendine sorular sorarak bunlara cevaplar üretmesi olarak nitelendirilen kendi kendine iletişim için "özkişisel iletişim" terimi de kullanılır (Uztuğ, 2003:46). Usluata da kendi kendine iletişimi, "kişinin ihtiyaçlarının, değerlerinin, tutum, davranış ve yeteneklerinin farkına varması, düşündüklerini ve hissettiklerini kavramaya çalışması, kendisiyle geliştirdiği iç iletişim olarak tanımlamakta ve bu iletişimin kişiyi güdüleyen, motive eden, gereksinimleriyle kişinin kafasındaki kendisini kavramasına ilişkin olduğunu belirtmektedir (Usluata, 1994:44).

Kişi yaşamının her anında kendisi ile iletişim halindedir, bu iletişimi gerçekleştirirken düşünür; kafasında kendisiyle ve başkalarıyla konuşur, tartışır, kararlar alır, kararlar değiştirir, planlar yapar, kendi ve içinde bulunduğu dış dünya ve insanlar hakkında değerlendirmeler ve karşılaştırmalar yapar; kendisiyle ve dış dünyayla olan ilişkilerini yürütür (Erdoğan, 2005:158).

Kişilerarası iletişimin gerçekleşebilmesi için öncelikle kendi kendine iletişimin (içsel iletişim) gerçekleşmesi gerektiğidir. Bunun nedeni de kişilerarası iletişimde kişinin hem bilgi üretirken hem de aldığı bilgiyi yorumlarken içsel iletişimde bulunmasıdır.

Kişilerarası iletişimi "ikili (dyad) iletişim" olarak tanımlayan Erdoğan'a göre bu iletişimin ilk evresi evdir ve öncelikle anne, baba ve çocuklar arasındaki ilişkiyle başlamaktadır (Erdoğan, 2005:177-178). Bu iletişim çeşidinde; kişinin hem kendisiyle ilgili imajı hem de karşıdaki kişinin kendisi hakkındaki düşüncesi önemlidir. Ayrıca kişiyi başkalarından ayıran özellikler, kişisel tutum ve değerler, düşünceler, beğeniler ve sahip olduğu inanç karşılıklı iletişimi etkilemektedir. Genellikle çift yönlü olan kişilerarası iletişim kendi içinde sözlü ve sözsüz iletişim olarak ikiye ayrılır.

Sözlü İletişim: İnsanlar arasında en yoğun ve yaygın olarak kullanılan iletişim türü olan sözlü iletişim, yazılı semboller veya kelimelerin söylenmesi ile oluşur. Bu açıdan sözlü iletişimi gerçekleştirme şekli, ikiye ayrılır; konuşarak ve yazarak. Konuşarak iletişim, insanın kendi düşüncelerini dil yoluyla dile getirip ileterek, çevresindeki insanlarla iletişim kurduğu yoldur. İletişimin çift yönlü ve ortak bir anlam birliğine varma süreci olarak düşündüğümüzde etkili bir sözel iletişim için konuşmak kadar dinlemenin de önemli olduğu sonucuna varmak mümkündür. Yazılı iletişimde ise dinlemenin yerini okumak almaktadır. Bu iletişim alıcının gönderilen iletiyi okuması, algılaması, yorumlaması ve cevaplaması sebebiyle gecikmeli olarak kurulur. Sözlü ve yüz yüze iletişimde kullanılan vücut dili ve dil ötesi faktörlerin kullanılamaması mesajı olumsuz etkileyebilir. Ayrıca yazılı iletişimde geri bildirimin olmaması veya geç olması da sorun yaratabilir. Diğer yandan yazılı belgelerin saklanabilmesi, daha sonra çıkabilecek anlaşmazlıklarda kanıt oluşturduğu için sözlü iletişimde karşılaşılan pek çok sorun yazılı iletişimde yoktur. Bu yüzden kurum içi ve kurum dışı iletişimde yazılı iletişimin önemi büyüktür (Okay, 2009:60-61).

Sözsüz İletişim: Kişilerarası iletişimde ses tonu, giyim-kuşam, araya konan mesafe ve vücudun duruşu sözsüz iletişim olarak adlandırılır (Zıllıoğlu, 1993:181). İletişim sürecinin çok önemli bir yönü olan sözsüz iletişimde yüz ifadesi, ses tonu, el hareketleri, saç tarzı, kıyafet, dokunma ve fiziksel temas, jestler ve mimikler önemli

yer tutmaktadır. Bu işaretler, sözsüz iletişimin çerçevesini ve anlamını belirlemede de etkilidir.

Erdoğan, sözsüz iletişim türlerini aşağıdaki şekilde gruplandırmaktadır:

Yer ve mesafe tutma	Proxemics
Dokunma	Haptics
Jestler	Kinesics
Göz ve bakış	Occulecsics
Zaman ve statü kullanımı	Chronemics
Ses dili	Paralanguage
Maddeler ve eşyalar	Artifacts
Fiziksel görünüş	Physical appearance

Tablo 4: Sözsüz İletişim Türleri (Erdoğan, 2005:203).

Sözsüz iletişim sayesinde kişinin giydiği, yediği ve içtiği şeylerden kimlik tanımlaması yapılabildiği gibi yakasına taktığı rozetle mesleği veya üye olduğu dernek öğrenilebilmektedir. Ayrıca sözsüz iletişim yoluyla bir takım mesajlar iletilebildiği gibi sözlü iletişim de desteklenebilir. Sözsüz iletişimde yüz ve beden gönderici olarak kullanılır, sözlü iletişimde vokal sistem (ses telleri, dil, dişler vs.) "gönderici" olarak görev yapar (Dökmen, 1997:28).

İletişim sürecinin sınıflandırılmasında gruplararası iletişime yer veren araştırmacıların tanımların geçmeden önce grup kavramının ne anlama geldiğini açıklamak yararlı olacaktır. Ortak amaç ve hedefi olan insanların hedeflerine ulaşmak için birbirleriyle etkileşim içinde bulundukları insan topluluğu olarak nitelendirebileceğimiz grup, Türk Dil Kurumu sözlüğünde, "ortak özellikleri olan varlıklar ve nesneler bütünü" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2011:234). Forsyth'a göre ise iki veya daha fazla kişinin birbirleriyle sosyal ilişki ile bağlı olmasıdır (Forsyth, 2006:2-3).

Benson, grup olmak için gerekli altı özelliği şu şekilde saptamıştır (Benson, 2000:5):

- Birbirleriyle devamlı etkileşim içinde olan bir takım insan topluluğu bulunmalı,
- Hepsi birbirlerini tanımalı,
- Diğer insanlar tarafından grup olarak tanınmalı,
- Ortak ilgi alanına yönelik inançları, değerleri ve normları paylaşmalı,
- Kendilerini grup olarak nitelendirmeli,
- Ortak amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek üzere biraraya gelip çalışmalı.

Bir grup ancak insanlar kendilerini o grubun üyesi olarak görür ve grubun varlığı diğer insanlar tarafından algılanırsa mevcut sayılır. Gruplar iki kişiden oluşabileceği gibi yüzlerce kişiden de meydana gelebilmektedir. Küçük gruplarda iletişim yüz yüze, sözlü veya beden dilini kullanarak sağlanırken büyük gruplarda sms, e-mail, forumlar ve çağrı merkezi gibi özel iletişim kanalları kullanılmaktadır.

Gruplar kişilere proje ve görevlerde beraber çalışma fırsatı sunmakta, karışık ve büyük ölçekli işleri daha kolay yapmalarını sağlamaktadır. Gruplar arkadaşlıkların oluşup gelişmesini ve insanların yardım ve destek almasını olanaklı kılmaktadır. Kişi grup sayesinde kimlik geliştirmekte ve hem kendini daha güçlü hem de bir yere ait hissetmektedir.

Bir diğer iletişim çeşidi olan kitle iletişimi, toplumun tümünün veya önemli bir bölümünün alıcı olduğu bir iletişimdir. McLuhan'a göre iletişimi kitlesel boyutta dağıtan kitle iletişim araçları yalnızca kendinden beklenen hizmetleri sağlamakla kalmaz aynı zamanda insanlar üzerinde de etkili olur onların duyarlılığını, toplumda yaşama biçimini hatta değerler sistemini değiştirir (Ataseven, 1991:88). Kitle iletişimi, belirlenmiş bir konu veya sorunla ilgili gündem yaratarak hedef kitlenin bilinç ve duyarlılığını arttırabilir. Kitle iletişimi kanalıyla kitleleri yönlendirmek, yol göstermek, eğlendirmek, eğitmek ve bilgilendirmek mümkündür.

İletişimin örgütlü ve kurumsal bir yapıya dönüşmüş şekli olan kitle iletişimde (Dimbleby ve Burton, 1998:164):

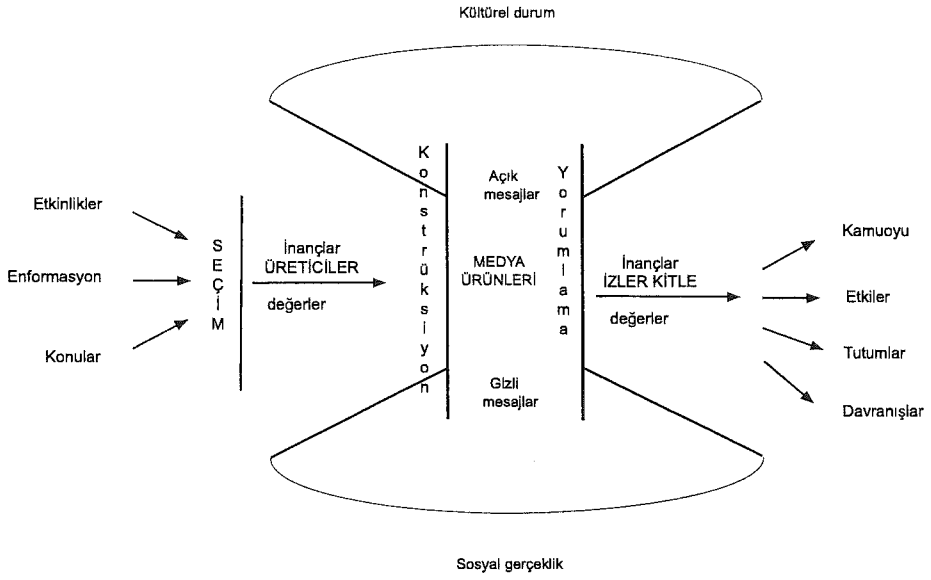
- Hedef kitlenin sınırları net olarak belirlenmemiştir, çeşitli toplumsal kümelerden oluşur.

- Kitle iletişim araçlarıyla, birbirinden farklı mekânlarda bulunan ve birbirlerini tanımayan çok sayıda kişiyle aynı anda iletişim kurulabilir.

- İletişim dolaylı ve tek yönlüdür.

- Hedef kitlenin anında geri bildirim olanağı yoktur.

- Kitle iletişim araçları ürünlerin, maliyetinin düşük ve mesajların herkese açık olması nedeniyle çoğunluk için kolay elde edilir.



Şekil 8: Kitle İletişim Süreci Modeli (Dimbleby ve Burton, 1998:164).

Sağlık iletişiminde, bu iletişim sınıflandırmalarından kişilerarası ve kitle iletişimi kullanılmaktadır. Kişilerarası iletişim, hekim-hasta arasındaki iletişim olarak

gerçekleşirken, kitle iletişimi ise Devlet, STK veya ilaç şirketlerinin yürüttüğü sağlık iletişimi kampanyaları düzeyinde oluşmaktadır.

1.2.5. İletişimin Etkileri

İletişimin amacı ve sonucu olarak belirtilebilen iletişimin etkilerini; mesajın gönderici (kaynak) tarafından iletildikten sonra alıcının mesajı yorumlaması ve davranışlarında, mesajın etkinliğine bağlı olarak ortaya çıkan gelişme ve değişmeler biçiminde tanımlamak mümkündür.

İletişimin amaçlarından biri de paylaşım ya da iletişimde bulunulan hedef kitlenin davranışlarında istenilen yönde bir değişim yaratmak olduğu dikkate alındığında, etkin iletişimin ölçüsü gönderici tarafından amaçlanan davranış ve davranış değişikliğinin hedef kitlede görülmesidir. Bu açıdan incelendiğinde iletişimin etkilerini üç ana grupta toplamak mümkündür: Hedef kitlenin bilgi düzeyindeki değişme, tutumunda görülen değişme ve açık davranışlarında görülen değişme.

1.3. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAVRAMININ GELİŞİMİ

Bu başlık altında, sağlık iletişimi kavramı açıklanarak sağlık iletişimi disiplini ve gelişimini etkileyen faktörler üzerinde durulacaktır.

1.3.1. Sağlık İletişimi Disiplinin Tanımlanması ve Tarihçesi

Sağlık iletişimi, ABD'de 1970'li yıllarda ortaya çıkan ve gelişmeye başlayan bir disiplindir. Sağlık iletişiminin farklı disiplinleri içinde barındırdığı ve fen bilimleri dalı tıp ile bir sosyal bilim dalı olan iletişimi birleştirmeye çalışması yüzünden geniş ölçüde kabul edilen bir tanımını yapmak zordur.

Dünyanın önde gelen sağlık kuruluşlarından ABD'deki CDC (Centers for Disease Control and Preventation-Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezleri) sağlık iletişimini, "Kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek maksadıyla iletişim bilimine ilişkin stratejilerin kullanılması ve uygulanılması" olarak tanımlamaktadır (www.cdc.gov).

Ray tarafından "sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanması" şeklinde özetlenen sağlık iletişimi (Ray, 2005:53), Kreps ve Thornton'a göre kamu sağlığının koruyucu anlayışı içinde çok önemlidir. İkna etmeye yönelik sağlık bilgisi kişilerin sağlıklarını korumaya yönelik davranışlarını düzenleyen birincil derecede önemli bir sosyal süreçtir (Kreps-Thornton, 1992:198).

Kreps'e göre sağlık iletişimi disiplini; insanı ve iletişimi içine alan geniş kapsamlı bir alandır. Akademik disiplinlerden iletişim bilimleri, halk sağlığı, sağlık eğitimi, psikoloji, sosyoloji ve antropoloji ile ilgilidir. Psikoloji biliminin ortaya koyduğu bazı kuramlar iletişimin bu alt disiplininin gelişiminde etkili olmuştur (Kreps, 2003:353-354).

1950-60'lı yıllarda Carl Rogers, Jurgen Ruesch ve Gregory Bateson'ın öncülük ettikleri hümanistik psikoloji hareketinin, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin gelişiminde terapötik iletişimin öneminin vurgulaması, sağlık iletişimi araştırmalarına farklı bir bakış açısı getirmiştir (Kreps, 1998:4). Journal of Communication'ın 1963 yılındaki sayısının tümünü, "İletişim ve Ruh Sağlığı" konusuna ayırması iletişim bilimiyle uğraşan akademisyenlerin ilgisini sağlık alanına çekmiştir. Watzlawick, Beavin ve Jackson tarafından 1967'de yayınlanan hümanistik psikolojiyle iletişimi birbiriyle ilişkili olarak ele alan "The Pragmatics of Human Communication (İnsan İletişiminin Pragmatiği)" adlı kitap, kişilerarası iletişimin işleyişinde önemli değişikliklerin yanısıra sağlık iletişimine de katkı sağlamıştır (Rogers, 2003:208-209).

İletişimin sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesindeki rolünün artmaya başlaması, sağlık iletişimi alanında akademik düzeyde çalışmalar yapacak bilim adamlarına ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Artan bu ihtiyaca karşılık 1972 yılında sağlık ve iletişim konularıyla ilgilenen bazı akademisyenler, Uluslararası İletişim Derneği'ne (International Communication Association-ICA) bağlı olarak Terapötik İletişim Bölümü'nü oluşturmuşlardır (Kreps, 1998:1). Bu profesyonel bölümün kuruluşunun, iletişim alanını seçen bilim adamlarına akademik alan sağlaması ve iletişimin sağlık çalışmalarındaki öneminin anlaşılması açısından modern sağlık iletişimi alanının oluşumunda etkisi büyüktür.

1975 yılında Sağlık İletişimi Bölümü (Health Communication Division) olarak adı değişen bölüm, günümüzde 34 farklı ülkeden 169 enstitü ve 520 üye ile çalışmalarına devam etmektedir (www.icahdq.org). Uluslararası İletişim Derneği, 1973'da ICA Haber Postası (ICA Newsletter), 1977 de ise İletişim Yıllığı (Communication Yearbook) yayınlanmaya başlamıştır. Bu yayınlarla hem sağlık iletişimi alanının önemine dikkat çekilmiş hem de yapılan araştırma, eğitim ve çalışmalar akademisyenler ve öğrencilerle paylaşılmıştır. Bu alandaki ilk akademik araştırma da İletişim Yıllığı'nın ilk sayısında yayınlanmıştır. ICA tarafından üniversitelerde çalışma ve konferanslar düzenlenmesi, kitap ve yayınların basılması konuya olan ilgiyi arttırmıştır (https://panterfile.uwm.edu). 1985 yılında sağlık iletişimi ile ilgilenen bir grup iletişim araştırmacısı, Speech Communication Assosiation'ı (SCA-Konuşma İletişimi Derneği) kurmuşlardır. 1992 yılında bu iki derneğin (ICA ve SCA) güçlerini birleştirmesi ile sağlık iletişimi konusunda yapılan araştırmalar ve basılı yayınlar da artış göstermiştir. Ayrıca üniversitelerde lisans ve lisansüstü düzeyde öğrenim yapılmaya başlanmıştır (https://panterfile.uwm.edu).

Sağlık iletişimi ile ilgili kitaplar, 1980'li yıllarda yazılmaya başlanmıştır. Kreps and Thornton'ın Health Communication: Theory and Practice (Sağlık İletişimi: Teori ve Uygulama-1984), Sharf'ın tıp öğrencileri ve pratisyen hekimler için kaleme aldığı, "The Physicians Guide to Better Communication (Daha İyi İletişim İçin Doktor Rehberi-1984)" ve Peter ve Laurel Northouse'ın yazdığı "Health Communication: A Handbook for Professionals (Sağlık İletişimi: Profesyoneller için El Kitabı-1985)" isimlerini taşıyan üç kitabın ardından konu ile ilgili yayınlarda artış olmuş ve sağlık iletişimi geniş bir alan olan sağlık iletişimi disiplini içerisinde kendine önemli bir yer edinmiştir. Öncelikli olarak kamuoyunu bilgilendirme kampanyalarıyla başlayan sürece ilaç, pazarlama, sağlık hizmeti veren alanların da girmesiyle, sağlık iletişimi faaliyetleri kitleselleşmiştir. Ayrıca teori ve modeller kullanılarak yapılan kampanyalara bilimsel bir yaklaşım tarzı kazandırılmıştır (Rogers, 2003:211).

1989 yılında Lawrence Erlbaum Associates, "Health Communication" ismiyle bu alanla ilgili ilk hakemli dergiyi çıkarmıştır. 1996'da Scott Ratzan'ın editörlüğünde, "The Journal of Health Communication" adlı ikinci hakemli dergi yayınlanmıştır (Thompson vd., 2003:9). Bu derginin varolan yayından farkı, uluslararası araştırmalara ve pratik uygulamalara daha fazla yer vermesidir.

Farklı tanımları ve genel tarihçesi incelenen sağlık iletişimi disiplini, aşağıda sıralanan birbiriyle ilişkili gelişmelerin biraraya gelmesiyle güç kazanmıştır (Kar, 2001:45-46):

- İletişim çalışmalarının bir disiplin haline gelmesi.
- İnsan 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 sağlığın geliştirilmesi kampanyalarındaki büyük artış.

Sağlıkla ilgili her türlü haber ve bilginin iletilmesi, sağlık kampanyalarının yürütülmesi, sağlıkla ilgili tutum ve davranışların değiştirilmesini kapsayan sağlık iletişimi farklı düzeylerde gerçekleşmektedir. Bu düzeyleri Thomas, "Introduction to Health Communication" adlı eserinde, aşağıdaki şekilde sıralamaktadır:

- *Bireysel düzey:* Bireysel davranışlar sağlık durumunu etkilediği için sağlıkla ilgili değişimin temel hedefi bireydir. İletişim, davranış değişikliği yaratabilmek için bireyin bilincini, bilgisini, davranışını, özgüveni ve yeteneğini etkileyebilmektedir. Sonuçta tüm diğer düzeylerdeki aktiviteler, bireysel değişimi desteklemeyi ve etki etmeyi amaçlanmaktadır.

- *Sosyal Ağ:* Bireyin mevcut ilişkilerinin ve dahil olduğu grupların, sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olabilmektedir. Sağlık iletişimi programları, bir grubun aldığı bilgileri şekillendirmek için çalışabilmekte ve iletişim kalıplarını ya da içeriklerini değiştirmeye teşebbüs edebilmektedir. Sağlık programları için çoğunlukla sosyal ağdaki fikir liderleri bir başlangıç (giriş) noktası oluşturmaktadır.

- *Kurum:* Kurumlar; işletmeler, kulüpler ve şehirle ilgili gruplar, iş yerleri, okullar, birinci basamak sağlık hizmetleri ortamları ve dağıtımcılar gibi tanımlı yapısı olan resmi grupları içermektedir. Kurumlar sağlık mesajlarını üyelerine taşıyabilmekte; bireysel girişimler için destek verebilmekte ve bireysel değişime olanak sağlayan politik değişiklikleri yapabilmektedir.

- *Topluluk:* Sağlıklı yaşam tarzını destekleyen politikalar geliştirip sosyal ve fiziksel çevrede mevcut tehlikeler azaltılarak ve elenerek topluluk refahı sağlanabilir. Topluluk düzeyindeki okullar, iş yerleri, sağlık hizmetlerinin ayarlanmaları ve hükümetle ilgili birimleri kapsayan girişimler, organizasyonlar ve kurumlar tarafından planlanmakta ve yönetilmektedir.

- *Toplum:* Toplumun bireysel davranış üzerinde çok etkisi vardır. Bu etkiye; normal, değerler, tutumlar ve kanaatler, yasalar ve politikalar ve fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgilendirici çevreler dahildir.

Thomas'a göre bir iletişim programı, sağlık iletişim düzeylerini çok fazla etkilerse istenilen değişimi yaratma ve devam ettirme olasılığı artmaktadır. Sağlık iletişimi tek başına sağlıkla ilgili yoksulluk, çevresel bozulma veya sağlık hizmetine erişememe gibi sistematik problemleri değiştiremez fakat sağlığa katkısı olan bütün faktörleri ve bu faktörleri etkilemekte kullanılan stratejileri etkileyerek çözüm getirmeye çalışır.

Sağlık alanında kapsamlı olan Kreps'in sağlık iletişimi düzeyleri sınıflandırması ise şu şekilde açıklanabilir (Kreps, 2003:355-356):

- *Kişinin kendi içinde oluşan (içsel) sağlık iletişimi sorgusu:* Çoğunlukla sağlıkla ilgili inançları, tutumları, sağlık hizmetleri davranışlarını ve kararlarını etkileyen değerler gibi sağlık hizmetlerini de etkileyen içsel ruhsal ve psikolojik süreçleri açıklamaya yönelik psikolojik perspektifi içermektedir.

- *Kişilerarası sağlık iletişimi sorgusu:* Sağlık hizmetleri ilişkilerinin gelişimini etkileyen iletişim yollarını ve ilişkiye dayalı iletişimin sağlık sonuçlarını ne şekilde etkilediğini açıklar. Kişilerarası sağlık iletişimi araştırmasının konularını sosyal destek sağlamak, sağlık eğitimini sürdürmek, ruhsal uyum sağlamayı ve bilgilendirilmiş sağlıkla ilgili kararların alınmasını

kolaylaştırmak kapsamaktadır. Bu iletişim araştırmasının en popüler alanını ise hekim/hasta ilişkisi oluşturur.

- *Grup sağlık iletişimi sorgusu*: Önemli sağlık kararları almak için birbirleriyle koordinasyon içinde olup ilgili sağlık bilgilerini paylaşan sağlık hizmetleri ekipleri, destek grupları, etik komiteler ve aileler gibi bir ortaklığın üyesi olanların rol iletişim performanslarını inceler. Sağlık hizmetleri servisleri ve teknolojilerindeki uzmanlaşmanın artmasının devam etmesiyle birlikte çağdaş sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık hizmetleri ekiplerine olan bağlılık artmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının, yöneticilerin ve müşterilerin, birbirleriyle bilgiyi nasıl paylaşacaklarını öğrenmeleri ve buna yönelik çaba göstermeleri gerekmektedir.

- *Kurumsal sağlık iletişimi sorgusu*: İletişimin birbirleriyle ilişkili grupların koordinasyonu için kulllanılmasını inceler, farklı uzmanları harekete geçirmeyi amaçlar, kompleks sağlık hizmetleri sisteminde ilgili bilginin paylaşılmasıyla etkili çok disiplinli sağlık hizmetinin sağlanmasını ve ilgili sağlık risklerinin önlenmesini içerir.

- *Toplumsal sağlık iletişimi sorgusu:* Toplumsal sağlık iletişimi, profesyonellerle medya aracılığı ile iletişim kurarak ilgili sağlık mesajlarının üretim, dağıtım ve kullanımını inceler ve hedef kitleye sağlık eğitimi sunar, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetleri uygulamaları konusunda bilgilendirir.

Kreps'in sağlık iletişimi düzeyleri ayrımına Ratzan ve diğerleri, kitle iletişimi düzeyini de eklemişlerdir (Ratzan, 1996:28). Kitle iletişimi düzeyindeki sağlık iletişimi; sosyal pazarlama ve yeniliklerin yayılması teorisiyle yakından ilişkilidir. Bu düzeydeki sağlık iletişimi ayrıca ulusal-evrensel sağlık programları, sağlığı geliştirme kampanyaları ve halk sağlığı planlarında yer almalı ve sağlıkla ilgili mesajların gerek yayılması gerekse yorumlanması olarak değerlendirilmelidir (Tabak, 2006:30).

1.3.2. Sağlık İletişiminin Disiplinlerarası Etkileşimi ve Sınırlandırılması

Bünyesinde farklı disiplinleri barındıran sağlık iletişimi alanının sınırlarının çizilmesi kolay değildir. Sosyal bir bilim olan iletişim ile fen bilimleri kapsamında incelenen sağlığı birbirine bağlayan sağlık iletişimi, çalışma alanlarında iletişim sürecinin önemli olduğu davranış bilimleri, sosyoloji, psikoloji bilimleri ile de ilişkilidir. Bu çok disiplinli alanın, haklar ve sağlık iletişiminin maliyeti açısından ele alınıldığında hukuk ve ekonomi ile de ilgili olduğu görülmektedir.

Sağlık iletişiminin ilgi alanı, bireylerin psikolojik ve biyolojik sağlığından, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinden, sağlık politikalarının düzenlenmesine, kullanılan teknolojik aletlerden, sosyal faktörlerin etkisine kadar oldukça geniş bir alanı kaplamaktadır. Bu yüzden de sağlık iletişimi bir disiplin ve alan olarak, sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi, davranışsal tıp, ve tıbbi iletişimler gibi yeni alanlarla birlikte gelişmektedir. Bu alanlar da tıp, halk sağlığı, sağlık eğitimi, hemşirelik ve sosyal çalışma alanlarla bağlantılıdır.

Sosyal çevreyi değiştirerek sağlıklı davranışa yöneltmeyi, farkındalık yaratmayı, tutumları değiştirmeyi ve kişileri istenilen davranışa motive etmeyi amaçlayan kampanyalar ile sağlık mesajlarının yayılması da sağlık iletişimi dahilinde başka bir alandır (www.health.gov).

Sağlık iletişimi araştırmalarının sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık promosyonu (sağlığın geliştirilmesi) olarak iki temel alana ayrıldığını ifade eden Kreps, sağlık hizmetinin sunumu branşında, akademisyenlerin sağlık hizmetinin teslimiyle ilgilendiğini ve iletişimin bu teslimi nasıl etkilediğini incelediğini belirtir. Sağlık promosyonu ile ilgilenenler ise kamu sağlığını desteklemek için iletişim mesajlarının ve medyanın ikna edici bir biçimde kullanımını incelemektedir (Kreps, 1998:1).

Yukarıda genel hatları ile belirtilen sağlık iletişimi alanları kendi içinde de farklı branşlara ayrılmaktadır. Sağlık hizmetinin teslimi konusunda çalışan araştırmacılar; hasta hekim iletişimi/sağlık personelinin kendi arasındaki iletişim,

sağlık bilgi sistemleri, tele-sağlık (bireylerin sağlık hizmetlerine uzaktan erişimi), sağlık hizmeti ile ilgili karar verme konuları ile ilgilenirlerken sağlık promosyonu konusunda çalışmalar yapan akademisyenler ise kamu sağlığı mesajlarının oluşturulması, davranış değişikliği yaratacak ikna edici sağlık iletişim kampanyaları, iletişimin koruyucu tıp mantığıyla sağlığın geliştirilmesinde kullanımı konusunda halkı aydınlatmak, sağlık eğitim programları ve bireysel-toplumsal sağlık riski (risk iletişimi) ile ilgili bilginin yayılması konuları ile ilgilenmektedir.

Sağlıkla ilgili mesajların iletilmesi, doğru yorumlanması, sağlık uyugulamalarının düzgün yapılması ve bunun sonucunda sağlık durumunda ilerleme (tutum ve davranış değişikliği sağlamak) kaydetmektir. Sağlık iletişimi uygulamalarında, aşağıdaki beş öğeye dikkat edilmelidir (Ratzan, 2002:84-85):

- İletişimin kontrolünün yönetiminin sağlanması. Medya trendlerinin, profesyonel müzakerelerin, internet dedikodularının, kültürel mitlerin vs. incelenmesi.

- Her seviyede eğitim verilmesi. Sosyal normları geliştirme, ana mesajların tekrarı ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi.

- Yalnızca sağlık sektörüyle değil içinde medya, akademi dünyası, hükümet de dahil olmak üzere liderlerle savunuculuk yapılması.

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

1.3.3. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler

Amerika kökenli bir disiplin olan sağlık iletişimi, 20. yüzyılın ortalarından itibaren önem kazanmaya başlamıştır. Bunun nedeni de gelişmiş ülkelerde yükselen toplumsal yönelimlerden etkisi en büyük olanın "sağlıklı yaşam eğilimi" olmasıdır. Amerikalıların sağlığın bir değer olarak farketmesiyle birlikte sağlıklı ve doğal beslenme, düzenli spor ve önleyici tıp konularına olan ilgi artmıştır. Thomas, sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen bu faktörleri altı maddede incelemektedir (Thomas, 2006:41-43):

1.3.3.1. Yeni Tıbbi Model

ABD'de tıbbın "altın dönemi" olarak adlandırılan 1960-70'li yıllarda sağlık iletişimi geri plana atılmıştır. Tıbbın bilimselleşmesiyle birlikte bağımsız objektiflik ön plana çıkmıştır. Bilimsel yöntemlerin derinleşmesi ve araştırma yöntemlerinin artmasıyla, hasta geri plana itilmiştir. Hekimler hastayı bir bütün olarak anlamak yerine mesafeli olacak ve kişisel duygularına yer vermeyecek şekilde eğitilmiştir. Hasta ve/veya hasta yakınları ile iletişim kurmaktan kaçmanın mümkün olmadığının anlaşılmasıyla birlikte hekimler, tıbbi jargonla konuşmaya başlamıştır. Bilimsel terminolojiyi kullanarak açıklama yapan hekime, hastaların soru sormaktan çekinmesi, hekim-hasta etkileşiminin zayıflamasına neden olmuştur.

1.3.3.2. Tüketimin Artması

1970'li yılların sonunda mevcut hekim-hasta ilişkisi yaklaşımına bir tepki oluşmuştur. Bir kısım bunu "hasta-eğitim hareketi", olarak adlandırırken bir diğer kitleye göre ise sağlık hizmetininin yanın sıra toplumun diğer kurumların etkileyen "tüketicilik" olarak nitelendirilmiştir. Bu hareket, sağlık hizmetlerinin doğası hakkındaki bilginin artışını ve etkinliğini yansıtmakla birlikte sağlık sistemi ve faaliyetleri hakkında artan eleştirilerin artmasına da neden olmuştur.

Tüketici hareketi, özellikle hastaların ve sağlık hizmeti tüketicilerinin, sağlığın doğası ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve kendi sağlıkları hakkında mantıklı kararlar alamayacak durumda olduklarını ortaya çıkarmıştır. İletişimin başarısız olmasının asıl sorumlusu olarak sağlık sistemi ve hekim gösterilmiştir. Hekimler ise hasta ile iletişim kuramamalarının temel nedeni olarak hastaların sağlık problemleri ile ilgili akıllıca konuşamamalarını gerekçe göstermiştir. Bu iddia hastaların iletişim kurma girişimlerinden uzak durmasına neden olmuştur.

1.3.3.3. Sağlık Hizmetinde Ayırım Yapılması

ABD'de birçok hizmetin sunulmasında toplumdaki gruplar arasında eğitim, meslek ve yaşam alanı gibi ayrımlar yapıldığı bilinirken sağlık hizmetlerinde de artan oranda bu ayrımın yapıldığı ortaya çıkmıştır. Hekimler daha çok iyi eğitimli, maddi durumu güçlü, "kendi dillerini az ya da çok konuşan" hastalarla ilgilenirken azınlıklar

ve farklı sosyo-ekonomik koşullara sahip hastalara aynı davranış biçimini göstermemeye başlamışlardır. Tıp profesyonellerinin iletişim yöntemlerindeki farklılıklar, toplumdaki değişik gruplar arasındaki sağlık durumu, sağlık davranışı ve tedavi biçimine yönelik ayrımların gerçekleşmesine neden olmuştur.

1.3.3.4. Önleyici Tedavinin Gelişmesinin Önemi

20.yüzyılın son çeyreğinde, sağlıkta hastalığı önlemenin tedaviden daha önemli bir rol oynayabileceğinin anlaşılmıştır. Bu durum, sağlık durumunu düzeltmede standart bir yaklaşım olan "hasta bedenlerin tamir edilmesinin" önleyici tedbirler kadar etkili olmadığının anlaşılmasını sağlamıştır. Önleyici tedbirler hakkında giderek artan araştırmalar, sağlık hizmetinin boyutlarını genişleterek bu tür bakım ve tedavilere duyulan büyük ilginin gücünü biraz azaltmıştır. Tüketiciyi koruma hareketinin yükselişi sürerken reşit olan yeni nesilin, yetişmiş eski nesilden farklı davranışlar geliştirdiği görüşmüştür. Bu kitle, eski nesile oranla çok daha proaktif davrandığı ve sağlık sorunları hakkında iletişime geçme konusunda istekli olduğu görülmüştür.

1.3.3.5. Sağlık Hizmetinde Pazarlamanın Kabulü

Resmi sağlık iletişiminin yaygınlaşmasına önemli katkılar yapan bir husus da, pazarlamanın sağlık hizmeti sistemine katılımı olmuştur. Her ne kadar sağlık iletişimi bir çok açıdan bir fikri, kurumu veya ürünü pazarlamak için tasarlanmamış olsa da, bazı yönlerden pazarlamanın bir alt alanı olarak düşünülebilir. Sağlık iletişimi alanı, sağlık hizmetinde pazarlamanın ortaya çıkmasından oldukça faydalanmıştır. Bu gelişme, yapılan tüketici araştırmalarına verilen emeğin artmasına neden olmuş ve daha etkili iletişim tekniklerinin kullanılması diğer bir çok hususun yanısıra iletişim sürecinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır.

Sağlık hizmetinde pazarlamanın yükselişi, sağlık iletişimi yaklaşımı olarak sosyal pazarlamanın gelişmesine de katkıda bulunmuştur.

1.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Sağlık iletişimcileri, özel durumlara uygun bir çok farklı yöntem kullanmaktadır. Bunlar; sosyal pazarlama, medyada savunuculuk, halkla ilişkiler,

reklamcılık, eğlenceli eğitim, birey ve grup talimatları, ortaklıkların geliştirilmesi ve medya okuryazarlığıdır. Tez çalışmasında yalnızca ilk üç tanesine değinilecektir.

1.4.1. Sosyal Pazarlama

Pazarlama tekniklerinin sosyal ve sağlık ürünlerini satmada kullanılması fikri, ilk defa 1952 yılında G.D. Wiebe tarafından ortaya atılmıştır. Philip Kotler ve Gerald Zaltman bu fikri geliştirerek The Journal of Marketing dergisinde yayınladıkları "Social Marketing: An Approach to Planned Social Change" isimli makalelerinde; müşterilere ürün satmak için kullanılan pazarlama prensiplerinin ve tekniklerinin tutum, davranış ve fikirleri satmak (değiştirmek) için de kullanılabileceğini belirtmesiyle bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır (Kotler, 1971:3-12). Kotler sosyal pazarlamayı, "pazarlamacının elde edeceği fayda için değil, hedef kitlenin ve genel toplumun faydası için sosyal davranışları etkilemeye yönelik çalışmak" olarak tanımlarken Bright için sosyal pazarlama, "geleneksel pazarlama yöntemleri kullanılarak birey ve toplum sağlığını geliştirmek amacıyla hedef kitlede varolan davranışı etkilemek için tasarlanan programların analiz edilmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesidir (Bright, 2000:13-14).

1980'li yılların sonlarında sosyal pazarlama, iletişim ve sosyal psikoloji kuramları, pazarlama teknikleriyle birleştirilip sağlık iletişimi kampanyalarında kullanılmaya başladı. Bu konuda ilk dikkat çekici örnekler, Avusturalya'daki Victoria Kanser Merkezi'nin sigara karşıtı kampanyası "Quit" (1988) ve deri kanserine karşı başlattığı "SunSmart" (1988)'dır (www.cancervic.org.au). Sağlık sektöründe sosyal pazarlama uygulamaları (kalp sağlığı hakkında toplumu bilinçlendirme; obeziteyi önleyici sağlıklı beslenme politikalarının oluşturulması; sigara ve alkol tüketimine karşı kampanyalar; AIDS/HIV virüsünden korunma ve artış hızının yavaşlatılması, organ bağışı ve ilaç suistimali vs.) görülmektedir (Bayraktaroğlu ve İlter, 2007:117).

Sosyal pazarlama, pazarlamadan; ürün (product), fiyat (price), tutundurma (promotion) ve yer değişkenlerini (place) alarak (Pazarlamanın 4 P'si) bunun belirli bir sağlık konusuna yeniden uyumlandırılması veya reklam ve pazarlama ilkelerinin olumlu sağlık davranışı sağlamak için kullanılması olarak tarif edilmektedir (Wallack,

1990:155). Sosyal pazarlamanın kapalı alanda sigara yasağında kullanılması ile ilgili örnek verildiğinde; yayılmaya çalışılan fikir "ürün" (sigara yasağı), bu fikri kabul etmenin bedeli "fiyat" (sigara içmemek), bu değişikliğin gözlemlenebildiği noktalar "yer" (kapalı sosyal mekanlar) ve bu kampanyanın reklam ve broşürleri "promosyon" ayağını oluşturacak şekilde bir sosyal pazarlama karması oluşturulması mümkündür.

Sosyal pazarlama; iletişim ve sosyal psikoloji kuramlarını, uygulamalı pazarlama teknikleri ile birleştirir, bunu sağlık iletişimi kampanyalarında ortaya koyar. Bu yöntem, kamu sağlığı uzmanlarınca kişisel sağlık davranışlarını geliştirmek için gittikçe daha fazla kullanılmaktadır (Çınarlı, 2008:55). Kreps'e göre modern anlamda sağlığın geliştirilmesi çabaları, sosyal pazarlama yaklaşımını iletişim kampanyalarına uyarlanmıştır ve sağlık davranışı tüketiciye satılacak ürün olarak görülür. Fakat sağlık riskini önleme mesajları, tek başına "satışı" sağlamaya yetmez, kampanya planlayanların spesifik ikna edici iletişim stratejileri geliştirmeleri gerekmektedir (Kreps-Thornton, 1992:200).

Sosyal pazarlama, bazen bir kerelik, bazen de sürekli davranış değişikliğini amaçlayabilir. Örneğin; bir aşı kampanyası sadece kişinin bir kereliğine o aşıyı olup hastalığı önlemesini isterken; sigarayı bırakmayı konu alan sosyal pazarlama uygulamaları ise kişinin bu konuda süreklilik gösterecek bir davranış içerisinde olmasını beklemektedir. Bir kerelik davranış değişikliği yaratmayı amaçlayan kampanyalarda kişinin katılımını sağlamak daha kolay olurken; davranışta süreklilik gerektiren durumlarda kişi, bunun kendine getireceği yarar ve zararlar konusunda daha fazla düşünür ve bu kararı vermek kişi için daha güç olabilir. Davranış değişikliğinin sürekliliği söz konusu ise davranış değişikliğinin sağlayacağı faydalar vurgulanmalıdır. Özellikle davranış değişikliği yaratmayı amaçlayan sağlık iletişimi kampanyalarının başarılı olabilmesi için bu tür kampanyaların sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Bu nedenle kişilere sürekli olarak hem medya aracılığıyla hem de kişisel yöntemlerle ulaşılması yapılan kampanyalarının etkinliği açısından önemlidir.

Wiebe, sosyal pazarlamanın başarı ile yapılabilmesi için beş faktörden söz etmektedir (eab.ege.edu.tr):

1.İlk olarak hedef kitlenin konu ile ilgili düşünceleri öğrenilmeli,

2.Hedef kitle, belli bir davranışı gerçekleştirmesi konusunda yönlendirilmeli,

3.Bireyin isteğini eyleme dönüştürmelerine izin verecek mekanizmalar oluşturulmalı,

4.Mekanizmaların görevini yerine getirmede etkinlik ve yeterlilik sağlanmalı,

5.Müşterinin bu davranışı yerine getirmek konusunda algıladığı maliyetler azaltılmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi konusunda çalışan uzmanlar, sosyal pazarlamada hedef kitlenin sağlık mesajıyla uyumlu davranışta bulunmasını veya beklenen davranış değişikliğini gerçekleştirmesini bekler. Bu açıklamalar ışığında sosyal pazarlama çalışmalarının, doğru sağlık mesajlarının hedef kitleye doğru araçlarla ve doğru zamanda ulaştırılmasına yardım ettiği ve daha iyi sağlık ve yaşam biçimi için tutum ve davranış değişikliği yarattığı söylenebilir. Fakat hedef kitlenin beklenen davranış değişikliğinde bulunmasında çevresel faktörler, kişinin yeteneği ve kendisi ile ilgili imajı gibi bazı değişkenlerin de etkili olduğu unutulmamalıdır.

1.4.2 Medyada Savunuculuk

Medyada savunuculuk; bilim ve politikayı, sosyal adalet değeri ile biraraya getirerek, sistemin özellikle de daha kıt kaynaklara sahip olanlar için daha iyi çalışmasını sağlayan bir stratejidir. Medyanın bu amaçla kullanılması sosyal değişimin bir parçası olarak ele alınabilinir. Medyada savunuculuk kişinin riskli davranışını doğrudan değiştirmeye çalışmaz, ancak dikkatin sorunun kamu sağlığı sorunu olarak anlaşılması için yoğunlaştırılmasını amaçlar (Çınarlı, 2008:60).

Wallack'a göre kamu sağlığı ve kitle iletişimindeki yeni araştırmalar, kitle iletişimini kullanmadaki çabaların bireysel değişimden sosyal değişime geçme zamanının geldiğini göstermektedir. Açık ve doğru bilgiyle, risk faktörleri ve bireysel davranış değişikliği hakkında bilgilendirici kampanyalar medyada yer almalıdır. Medyada yer alan sağlık yazıları, sağlıkla ilgili farkındalığı ve bilgiyi arttırma eğilimindedir. Medyada savunuculuğun esası ise bu işlevin de ötesindedir ve halkın politikalar üretme sürecine katılmasını sağlar (Wallack, 1996:79-269).

Medyada savunuculuk bir aktivizm biçimi olarak da ele alınabilir. Ünlü kişiler bazı hastalıklarla mücadelede önemli gelişmeler sağlanmasında etkili aktivistler olarak çalışmalar yapmaktadırlar. Örnek vermek gerekirse ABD'de aktör Christopher Reeve, Omurga Sakatlığı, aktör Michael J.Fox ve boksör Muhammed Ali, Parkinson hastalığıyla ilgili olarak sosyal organizasyonlara ve televizyon programlarına katılıp hastalıkları hakkında konuşarak medyada savunuculuk yapmışlardır. Web siteleri, üye oldukları dernekler ve kurdukları vakıflar aracılığıyla kendileriyle aynı durumda olanlarla iletişime geçerek onların hayata bağlanmalarını sağlamışlardır. Ayrıca yine bu kuruluşlardaki çalışmaları sayesinde Parkinson ve Omurga Sakatlığına dikkat çekerek bu hastalıkların tedavisi için araştırma fonlarının arttırılmasında da etkili olmuşlardır (Çınarlı, 2008:61).

Sağlık iletişiminde etkin olarak kullanılan yöntemlerden medyada savunuculuk ve sosyal pazarlama birbirlerinden oldukça farklı iki yöntemdir. Sosyal pazarlama kişilerin davranışlarını etkilemeye çalışır, pozitif sağlık davranışı oluşturmak için engelleri tamamen ortadan kaldırmayı ya da belli düzeyde sınırlamayı hedefler. Bireysel davranışı değiştirmeyi amaçlar. Medyada savunuculukta ise medyanın yaratıcı bir biçimde kullanılmasıyla dikkat çekmek, güç sahiplerine seslenmek ve baskı yaratılarak çevre etkilemeye çalışılır. Bir diğer ifade ile medyada savunuculukta, çevresel yaklaşıma ağırlık verilir ve gelişmiş sosyal şartları yaratmanın önemi üzerinde durulur (Wallack, 1996:155-158).

MacDonald'a göre kimi durumlarda sosyal-politik savunuculuk amaçları gerçekleştirilmeden önce bireysel hedeflere yönelik kampanyalarla öncelikle inançlar ve tutumlar üzerine etki edilmelidir (MacDonald, 1998:116).

Medyada savunuculuk ve kitle iletişim kampanyalarının amaçları ve süreçleri farklıdır. Kreuter ve arkadaşları, bu amaç ve farklılıkları karşılaştırarak aşağıdaki tabloyu oluşturmuş ve kitle iletişim kampanyaları amaçlarına "bireysel davranışları değiştirmek" amacını eklemiştir.

	MEDYADA SAVUNUCULUK	KİTLE İLETİŞİM KAMPANYALARI
Amaçlar	Sosyal, fiziksel ve politik çevreyi değiştirmek	Bireysel davranışları değiştirmek
Temel strateji	Sorunu olan gruplara kendi hikayelerini,kendi kelimeleriyle anlatmalarını sağlamak	Sağlık mesajlarını belli bir noktadan göndermek
Kuramların uygulanması	Gündem yaratma ve mesaj çerçeveleme kuramları	Bireyleri değiştirmekle ilgili davranış bilimleri kuramları
Toplum üyelerinin rolü	Sosyal değişimi geliştirmek için değerli kaynaklar	Planlanmış iletişimin pasif alıcıları
Medyaya ulaşma	Basın odası aracılığıyla muhabirlere,prodüktörlere ve editörlere konunun önemi ve ilgisini göstermek	Kamu sağlığı kuruluşlarıyla, PSA için zaman isteyerek veya kaynak izin verdiği takdirde reklam yoluyla

Tablo 5: Medyada Savunuculuk ve Kitle İletişim Kampanyalarının Amaçları ve Süreçlerindeki Farklılıklar (Kreuter vd., 2000:14).

Günümüzde ABD ve Avrupa'da sıklıkla kullanılan, yukarıda bahsedildiği üzere ünlü kişilerin de desteğini almış olan bu yöntem, ülkemizde henüz bir yöntem olarak ele alınıp kullanılmamaktadır.

1.4.3. Halkla İlişkiler

Başlangıcı insanlık tarihi kadar eski kabul edilmesine karşın sistemleştirilmesi ve bilim haline getirilmesi 1900'lü yıllardan sonra olduğu için 20. yüzyılın çocuğu olarak nitelendirilen Halkla İlişkiler, başardığı işler ve çözdüğü sorunlar çoğaldıkça giderek daha fazla önem kazanan ve üzerinde pek çok inceleme ve araştırmanın yapıldığı bir dal olmuştur (Oral, 1997:1). Halkla İlişkilerin modern başlangıcı olarak ifade edilen 20. yüzyılın başlarından itibaren halkla ilişkilerin hem teori, hem de uygulama bakımından geniş ölçüde kabul edilen bir tanımı yapılamamıştır (Okay ve Okay, 2007:1). Kazancı'ya göre bunda halkla ilişkilerin değişik alanları kapsaması ve çok geniş uygulama alanına sahip olmasının rolü vardır (Kazancı, 1972:11-24).

Hutton "Halkla ilişkilerin tanımı, boyutları ve alanı" başlıklı makalesinde, Rex

Harlow'un 1976'da, halkla ilişkiler için yapılmış 472 tanımdan geliştirdiği tanımı şu şekilde aktarmıştır (Hutton, 1999:199-214):

> *"Halkla ilişkiler, bir kuruluşla ile hedef kitle arasında karşılıklı iletişim, anlayış, kabul ve işbirliği yollarının oluşturulması ve korunmasına yardımcı olan özel bir yönetim fonksiyonudur; sorun veya problemlerin yönetimini kapsar; yönetimin kamuoyu hakkında bilgi sahibi olmasına ve kamuoyuna karşı duyarlı olmasına yardım eder; kamu yararına hizmet etme açısından yönetim sorumluluğunu tanımlar ve vurgular; eğilimlerin tahmin edilmesine yardımcı olan erken bir uyarı sistemi gibi işlev görerek yönetimin değişime ayak uydurmasına ve değişimi etkin bir biçimde kullanmasına yardım eder. Araştırma ve ahlaki iletişim tekniklerinden* faydalanır".

James Grunig ile Fraser P.Seitel'e göre halkla ilişkiler, kuruluş ile hedef kitle arasındaki iletişim yönetimidir (Seitel, 1989:11). Hedef kitle açısından bakıldığında halkla ilişkiler, doğru bilgi aktarımı, iki yönlü iletişim, gerçekleri açıklama yoluyla inandırmak ve ikna etmektir. Hedef kitlenin eğitim ve kültür düzeyi, ekonomik cinsiyet ve yaşları gibi özelliklerin bilinmesi halkla ilişkiler çalışmaları için gereklidir.

Uluslararası Halkla İlişkiler Derneği'nin (IPRA-International Public Relations Association) 1954 yılındaki kongresinde kabul ettiği tanımına göre halkla ilişkiler; bir işletmenin ya da özel veya kamusal bir kuruluşun bağlantı kurduğu veya kurabileceği kimselerin anlayış, sempati ve desteğini elde etmek ve bunu devam ettirmek için yaptığı sürekli ve örgütlenmiş bir yönetim görevidir (Işıkyakar, 1987:56).

Halkla İlişkiler, planlı, kamu yararına yapılan faaliyetleri kapsayan çift yönlü bir yönetim fonksiyonudur. Kitle haberleşme araçlarında yararlanarak tutum ve davranışlarının etkilenmesini güden bir faaliyet olarak kısa dönemden çok uzun dönem ilişkilere dayanır.

Sağlık iletişimi içinde halkla ilişkiler, sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilginin yayılmasında, sağlıklı davranışa ikna etmede ve sağlık okuryazarlığını oluşturmada kullanılabilinir. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının, laboratuvar ve araştırma kuruluşlarının halka sağlıkla ilgili bilgileri iletmelerinde, medyada eğlendirirken

eğitme amaçlı programların yapılmasında, toplum sağlığı için uğraş veren sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerinde halkla ilişkilerden yararlanılmaktadır (Çınarlı, 2008:72).

Halkla ilişkiler profesyonellerinin sağlıkla ilgili bilgileri hedef kitlelerine ulaştırabilmeleri için yazılı, görsel-işitsel ve elektronik medyayı kullanmaları gerekmektedir. Halkla ilişkilerin farklı mecralara farklı etkileri bulunmaktadır. Örneğin; yazılı medyada daha ziyade haber bildirimi önemli gözükürken görsel-işitsel medyada tanıtım ağırlıklıdır. Kişilerarası iletişiminin değişen yüzü olarak nitelendirebileceğimiz internette yürütülen halkla ilişkiler faaliyetleri (PR 2.0) için ise diyalog önemlidir. Bu diyaloglar ilk bakışta bireyler veya küçük gruplar arasında gerçekleşiyor gibi görünse de, paylaşılan bilgi veya içerikle ilgilenen kişi sayısı oldukça hızlı artmaktadır.

Halkla İlişkiler uygulamalarında kullanılan araçları; yazılı medya, görsel-işitsel medya ve elektronik medya şeklinde gruplandırarak inceleyebiliriz.

1.4.3.1. Halkla İlişkilerde Kullanılan Araçlar

1.4.3.1.1. Yazılı Medya Araçları

Gazete: Halkla ilişkiler faaliyetlerinde kullanılan gazeteleri işletme gazetesi, ulusal ve yerel yayın yapan gazeteler şeklinde iki grup altında toplamak mümkündür. Kuruluş tarafından kuruluşun ilişkide bulunduğu birey ve grupları yapılan etkinliklerden haberdar etmekte olan işletme gazetesi özellikle kurum içi halkla ilişkilerde kullanılmaktadır. Ulusal ya da yerel yayın yapan gazeteler, kuruluşa ilişkin haber, kurumsal ve ticari reklamların yer aldığı süreli yayınlar kapsamındaki yüksek tirajlı basılı ürünlerdir (Bıçakçı, 2000:133). Ulusal ya da yerel yayın yapan gazetelerin sağlık sayfaları ve belirli aralıklarla verilen sağlık ekleri halkla ilişkilerin kamu yararına yönelik sağlık iletişimi uygulamalarında önem taşımaktadır.

Dergi: Günlük olmayan, düzenli aralıklarla çıkarılan (onbeş günlük, aylık, iki aylık, üç aylık) ve çeşitli konuları daha ayrıntılı olarak inceleyen süreli yayındır (www.wikipedia.org). Genel konuları içeren dergiler ve belli bir konuda (tarih, gençlik, spor, gezi, sağlık vs.) uzmanlaşmış dergiler olarak iki başlık altında toplanabilirler.

Gazetelerde kısaca bahsedilen veya gerektiği gibi incelenmeyen bilgilerin daha yoğun bir şekilde verilmesi söz konusudur. Dergilerin en belirgin özelliği, yöneldikleri belirli bir hedef kitlesinin olmasıdır. Dergiler, halkla ilişkiler uzmanlarının belirli kitlelere ulaşması gerektiğinde işini kolaylaştırır. Verilecek mesajlar daha kolay işlenebilir, kitlelere daha kolay ulaşabilinir. Görüş ve düşüncelerin yayılmasında önemli işlevler üstlenirler ve gazeteler göre daha uzun ömürlüdürler. Sağlık dergileri, uzman doktorların sağlık konularını ayrıntılı ve derinlemesine inceledikleri ve konu ile ilgili detaylı bilgi verdikleri için çok önemlidir.

Afiş: Belirli sloganlar ve çizgilerle kişilerin ilgi ve dikkatini çekmek amacıyla düzenlenirler (Sabuncuoğlu, 2001:141). Afişlerde, resimle anlatım ön plandadır, kullanılan sözcükle resimleri tamamlayıcı veya güçlendirici niteliktedir. Genel yerlere, ortak alanlara ve işlek yollar üzerindeki duvarlara asılan afişler, çok kişinin dikkatini çekip mesajları ulaştırmaktadır (Asna, 1998:122). Çarpıcı, telaffuzu kolay, ses uyumlu ve akılda kalıcı sloganlarıyla afişler, sağlık iletişimi kampanyalarının etkisini arttırıcı bir yazılı iletişim aracıdır.

Bülten: Özellikle konu ile ilgili olan kişilerin dikkatlerine sunulan çalışmalardır. Halkla İlişkiler uzmanlarının en çok kullandığı araçlardan birisi olan basın bültenlerini, kişi/kişiler, kurum/kuruluşlarla ilgili haber, olay ve etkinliklerin duyurulduğu haber değeri taşıyan kısa metinler olarak tanımlayabiliriz. Bıçakçı'ya göre haber verme özelliğinin dışında bültenler, belirli konularda başvurulan kişilerin görüşlerini de yansıtabilir (Bıçakçı, 2000:136). Sağlık Bakanlığı yaptığı sağlık iletişimi kampanyasıyla ilgili basın bültenini medyaya göndererek, kampanyanın amacını, stratejisini, süresini ve yapılacak etkinlikleri belirterek hedef kitlenin kampanyadan haberdar olmasını sağlar. Ayrıca hem devlet hem de özel sağlık kuruluşları uyguladıkları tedavi yöntemleri ve sahip oldukları teknolojik cihazların tanıtımı için de basın bültenlerinden yararlanmaktadırlar.

Broşür: 8 ile 16 sayfa arasında, belirli bir amaçla, önceden belirlenen hedef kitleye dağıtılan ve sürekliliği olmayan bol resimli, basılı iletişim aracıdır. Özel bir konu ile ilgili tüm ayrıntıları içeren broşürler, geniş kitlelere bilgi vermek, eğitmek ve ikna etmek için kullanılırlar. Broşür, çok sayıda basılır, uzun ömürlüdür, dergiler gibi saklanır ve gerektiğinde tekrar bakılır (Bayçu, 2005:103). Broşüre örnek olarak

Sağlık Bakanlığı'nın, "Öğrencim ve Diyabet" isimli broşürü verilebilir. Anlaşılır bir dille, görsel olarak çekici bir şekilde hazırlanan broşür, diyabet hastalığı, diyabetli çocukların okuldaki bakım ve izlemlerinin geliştirilmesi için hazırlanmış program hakkında bilgi veren başarılı bir çalışmadır (www.saglik.gov.tr).

Yukarıda sayılan araçlar dışında halkla ilişkiler profesyonellerinin hedef kitleyi bilgilendirmek, onlarda tutum ve davranış değişikliği yaratmak için kullandığı diğer yazılı araçlar; kuruluşun veya kurucunun yaşam öykülerini anlatan kitaplar, broşüre benzemekle birlikte sayfa sayısı ve resimleri fazla olan ve kuruluşu anlatan başvuru niteliğindeki kitapçıklar, genellikle kurum veya kuruluşun yıllık çalışmalarını özetleyen yıllıklar, yıllık raporlar ve kişiye özel yazılan mektuplardır. Halkla ilişkiler uzmanları ayrıca yüz yüze ve telefonla görüşme, toplantılar, konferanslar, seminerler, festivaller, sergi ve fuarlar gibi basılı olmayan araçları da iletişim aracı olarak kullanmaktadırlar.

1.4.3.1.2. Görsel-İşitsel Medya Araçları

Yazılı basından oldukça farklı bir ortam olan görsel ve işitsel medya araçları; radyo, televizyon ve filmlerden oluşur.

Radyo: İşitsel bir iletişim aracı olan radyo, basılı araçların ve televizyonun erişemediği kişilere erişmekte kullanılan önemli bir halkla ilişkiler aracıdır. Günümüzdeki teknolojik gelişmeler ışığında gelişerek değişen radyo, yaş ve yaşam biçimi açısından farklılık gösteren hedef kitlelere evde, işte, okulda doğrudan ulaşabilme özelliğine sahiptir (Kırel vd., 2007:130). Radyo, ucuz, hızlı ve yaygın bir kitle iletişim aracı olarak dinleyicilerin bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve eğlendirilmesinde çok önemli bir işlev yerine getirmektedir. Yazılı basın gibi taşınabilir olması, her ortamda dinlenebilmesi ve maliyetinin az olması radyonun en büyük avantajıdır. Sağlık iletişimi açısıdan radyonun kullanımına baktığımızda, Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılının Eylül ayında faaliyete geçirdiği "Alo 171 Sigarayı Bırakma" hattının radyo reklamının iki ayda 200 bin kişinin sigarayı bırakmasında etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Televizyon: Hem ses hem de görüntüyü milyonlarca kişiye aynı anda

iletebilen televizyon, bu özelliği ile daha önce hiç bir kitle iletişim aracında olmayan bir güce sahiptir (Altunay, 2002:82). Televizyonda verilen haberler ve yapılan programlar toplumların bir ürün, olay veya durum hakkında ne düşünmeleri gerektiğini belirleme konusunda önemlidir. Halkla ilişkilerin başlıca uğraş alanlarından biri medyayla ilişkilerdir ve kitle iletişim araçlarını doğru kullanmanın önemini bilen kişi ve kuruluşlar kendilerini tanıtmak ve etkilemek istedikleri hedef kitlelere ulaşmak için televizyonu kullanmaktadırlar. Televizyon, kamu sağlığı yararına halkı doğru sağlık davranışına yöneltmek için de önemli bir araçtır. Yapılan sağlık iletişimi kampanyalarının televizyonda gösterilmesi, kampanyaya destek veren ünlülerin konuşması hedef kitlenin bilgi sahibi olmasını ve ilerleyen dönemde tutum ve davranış değişikliği yaratmasını sağlayabilir.

Filmler: Belgesel, eğitsel, kültürel veya sadece tanıtım amaçlı yapılan filmler, iyi hazırlanmak koşuluyla kitlelere ulaşmada etkin bir araçtır. Sabuncuoğlu, görsel iletişimin önemli araçlardan biri olan filmler hakkında araştırma yapanların doğrudan kulağa hitap eden iletişim araçlarından 25 kat daha etkili olduğunu belirtmektedir (Sabuncuoğlu, 2001:149).

Tanıtım amaçlı yapılan filme örnek olarak Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı ve 20 Mayıs 2011 tarihi itibariyle bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliklerinin bekleme salonlarında gösterilmeye başlayan "Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Filmi" verilebilir. Bir başka örnek olarak aynı yılın Ocak ayında gösterime giren Aşk Sarhoşu (Love and Other Drugs) filmini verebiliriz. Filmde; 90'lı yıllarda viagranın piyasaya çıkış serüveni, ilaç sektöründe dünya çapında dönen dolaplar, ilaç mümessilerinin yaşamı, ilaç mümessili bir gençle Parkinson hastası bir kızın aşkı çerçevesinde anlatılıyor. Film, bir yandan ilaç endüstrisini, mümessileri ve doktorları eleştirirken diğer yandan Pfizer firmasının ve ilacın adını vererek reklam yapıyor.

1.4.3.1.3. Elektronik Medya Araçları

İletişim literatürüne 2000'li yıllarda giren elektronik medya kavramı, medyanın televizyon, radyo gibi elektronik cihazlarla mesajlarını göndermesiyle ilgili bir kavram gibi görünse de günlük literatürde daha çok internet için kullanılmaktadır. Önceleri internet siteleri ve çeşitli haber sitelerini içine alan kavram daha sonra sosyal medya

olarak nitelendirilen Facebook, Twitter gibi sosyal ağ sitelerinin bulunduğu ortamları da kapsamıştır.

İnternet, birçok bilgisayar sisteminin birbirine bağlı olduğu, dünya çapında yaygın olan ve sürekli büyüyen bir elektronik iletişim ağıdır. Üreticiye ve kullanıcıya aynı platform üzerinde eş zamanlı olarak etkileşimli iletişim olanakları sunmaktadır. Licklider, 1962 yılında bilgisayarların global şebekesini önerdiği ve sosyal etkileşimlerin kayıtlı ilk tanımını yaptığı, "Galaktik Ağ" kavramından bahsettiği çalışmasını yayınlamış ve bu kavramla küresel olarak bağlanmış bir sistemde isteyen herkesin herhangi bir yerden veri ve programlara erişebilmesini ifade etmiştir (Leiner vd., 1997:102-103.).

İnternet ilk olarak 1969 yılında ARPANET (Advanced Research Projects Agency Network-İleri Araştırma Projeleri Dairesi Ağı) adıyla oluşturulmuş bir iletişim ağıydı. Askeri amaçlı savunma ve haberleşme sistemleri kapsamında Amerika Savunma Bakanlığı ve bazı Amerikan Üniversiteleri tarafından başlatılan proje, günümüz sanal aleminin temelini oluşturdu. ARPANET başta sadece 15 bilgisayarın birbirine bağlı olduğu bir ağdan ibaretti ve özel kullanıcılara kapalıydı (www.arsiv.ntvmsnbc.com).

1989 yılında fizikçi Tim Berners-Lee'nin, HTML dilini geliştirerek Dünya Çapında Ağ (World Wide Web-www) olarak da tanımlanan bilgi paylaşım sistemini kurmasıyla, daha çok kullanıcının erişimine uygun olarak yaygınlaştı ve günümüzde tüm dünyayı birbirine bağlayan sesli ve görüntülü bir iletişim ve enformasyon ağı haline geldi. Oldukça geniş bir iletişim ağı olan internetin bugün net olarak kaç kullanıcıya bağlı olduğu belirlenenmemiştir, bilinen her yıl bu sayıda önemli bir artış olduğudur.

İnternetin dünya çapında hızla yaygınlaşmasının en önemli nedeni, güncel bilgilere en hızlı ve ucuz şekilde ulaşmayı sağlamasıdır. Dünyanın herhangi bir yerinden internete bağlanan bir kişi, herhangi bir yerdeki bilgi bankasına ulaşarak, buradan edindiği bilgileri bilgisayarına aktarabilmektedir. İnternet sayesinde bilimsel verilere, eğlence amaçlı listelere, iş alanlarına, kişisel ilanlara ve veritabanlarında yer alan hemen her türlü konudaki bilgiye ulaşmak ve bu bilgileri sınırsız olarak

kullanmak mümkün olmaktadır.

Ekonomik potansiyeli keşfedilmeden önce internet bir bilgi deposu ve zengin bir kütüphaneydi. İkinci aşamada ise ortaya farklı bilgilere ulaşma ve tanıtım sağlayan web siteleri çıktı.

Şirketler web siteleri sayesinde kendilerini, ürün ve hizmetlerini daha kısa sürede ve daha ucuza tanıtmaya başladılar. Halkla ilişkiler açısından bakıldığında ise sürekli yenilenen ve gelişen teknolojisiyle internet, halkla ilişkiler uygulamalarına yeni olanaklar sunmaktadır. Halkla ilişkiler programlarının yürütülmesinde önemli rol oynayan araştırma ve bilgi toplama çalışmaları, internet sayesinde daha kısa sürede yapılmaktadır. Halkla ilişkiler açısından çok önemli olan hedef kitle ve tüketici profilini tespit etme, değerlendirme ve iletişim kurma internet aracılığıyla gerekleşmektedir. Basın bültenleri, broşürler, davetiyeler ve mektuplar internet üzerinden gönderilmektedir. Bu hem hız ve kolaylık hem de online çalışmalarda kağıt kullanımı ortadan kalktığı için halkla ilişkiler bütçeleri açısından önemlidir. İnternet; geniş kitlelere kısa sürede ulaşabilme, hedef kitlenin görüşlerini çabuk öğrenebilme ve yenilikleri anında ulaştırma olanağı sağladığı için günümüzde halkla ilişkiler faaliyetlerinde yaygın olarak kullanmaktadır. Türkiye'de internetin yaygınlaşması, sağlıkla ilgili konularda da çok sayıda haber portalı da oluşturulmasına neden olmuştur. Ayrıca özel ve kamu hastaneleri, ilaç firmaları, sağlık profesyonelleri, vakıf ve derneklerin oluşturduğu sağlıkla ilgili web sitelerinin sayısı her geçen gün artmaktadır.

İki kısma ayrılan internet, Web 1.0 dönemindeyken web siteleri oluşturan kurumlar (içerik yayınlayıcı) ve bu siteleri ziyaret edip bilgi alan kişiler (içerik okuyucu) bulunmaktaydı. Bir diğer ifadeyle kullanıcılar aktif olmadan sadece kullanıcı olarak internetten faydalanmaktaydı. 2004 yılında O'Reilly Medya tarafından kullanılmaya başlanan Web 2.0'ın kullanıcı hizmetine sunulmasıyla birlikte web sitelerini ziyaret edenler sadece tüketen değil aynı zamanda üreten konumuna geçti. Web 2.0 ile birlikte zaman ve mekan sınırlaması olmadan (mobil tabanlı) uygulayıcı ve kullanıcıyı aynı platform üzerinde buluşturan bir iletişim şekli olan sosyal medya kavramı gelişti. Bu kavram içinde tanımlanan sosyal medya araçları ile kullanıcılar, internette bir çok uygulama (metin, fotoğraf, video paylaşımı

vs.) gerçekleştirebilmeye başladı. Son dönemde tek yönlü bilgi paylaşımı yerine, çift taraflı ve eş zamanlı bilgi paylaşımını sağlayayarak iletişimi iki yönlü hale getiren sosyal medya, halkla ilişkiler uygulamalarında en çok tercih edilen dijital mecra oldu. Sosyal medya araçlarının kullanım alanları ve işlevleri aşağıda kısaca açıklanmıştır (Güçdemir, 2010:29):

Blog: İnternette bireylerin ya da işletmelerin herhangi bir teknik bilgi gerektirmeden, istedikleri metin ve yorumları yazdığı, günlüğe benzeyen ve sıklıkla güncellenen, ters kronolojik (güncelden eskiye doğru giden) yazılar içeren web siteleridir. Türkiye'nin ilk eğitim blogunu açan Yrd.Doç.Dr. Erkan Akar, 2006 yılında yazmış olduğu "Pazarlamanın Yeni Silahı Blogla Pazarlama" adlı kitabında; "En basit anlamıyla blog, bir bireyin kişisel ilgi alanına giren materyalleri, bilgi ve makale yoluyla biraraya getirdiği ve çeşitli kaynaklardan topladığı bilgiyi sıraya koyarak derlediği kişisel bir web sitesidir" demektedir (Akar, 2006:19-20). Bloglar, birbirleriyle linkler aracılığıyla bağlanır. Bir blogdan diğerine kolayca geçilir. Bu köprü kurma olanağı, her blogcunun "blogosfer" adıyla adlandırılan küresel iletişim ağının parçası olması anlamına gelir. Geri izleme (trackback) mekanizmasıyla, bir yazı hakkında yazılan diğer yazıların okunması mümkündür (Sevimli, 2006:34). Blogların tercih edilmesini sağlayan diğer etmenler; kolay erişilebilmesi, içeriğin kolay değiştirilebilmesi ve web siteleri gibi estetik kaygıları olmamasıdır.

İnternetin bireysel kullanıcılar arasında yeni yaygınlaşmaya başladığı dönemde web günlükleri olarak ortaya çıkan bloglar, sahip olduğu özellikler ve iletişime getirdikleri yeni boyutla öne çıkmaktadır. İletişim güçlerinin fark edilmesiyle bloglar, daha geniş kitlelere seslerini duyurmak için yeni yöntemlere ihtiyaç duyan halkla ilişkiler dünyasında, kısa sürede benimsenmiş ve hızla gelişme göstermiştir.

RSS (Really Simple Syndication-Gerçek Temel Sendikasyon): RSS, internet kullanıcılarının kendileri için önemli bilgi ve haberleri kolayca takip edebilmelerini sağlayan özel bir dosya formatıdır. Genellikle haber sağlayıcıları, bloglar ve podcastlar tarafından kullanılan ve yeni eklenen içeriği sık sık güncelleyerek kolaylıkla takip edilmesini sağlamaktadır. Günümüzde bir çok site haber özetlerini, haber başlıklarını ya da makaleleri RSS olarak sunmaktadır. RSS teknolojisi ile düzenli içerik sunan sitelere abone olarak, içerik takip edilebilir (Wusteman,

2004:404). Kullanıcılar, abone olarak istedikleri, ilgi duydukları konu hakkındaki bilgileri, RSS teknolojisi ile öğrenebilirler. Türkiye'de bazı sağlık kuruluşları örneğin Memorial Sağlık Grubu, web sitesi kullanıcılarına RSS beslemeleri desteği sunmaktadır (www.memorial.com.tr).

Podcast (Oynatıcı Yayın Aboneliği): Dijital bir medya dosyası, medya ya da kişisel kullanıcılar için, "Radyo yayını ya da benzer bir programın internetten çekilebilir ve kişisel ses cihazlarından dinlenebilir hale gelmesini sağlayan sayısal kayıt" anlamına gelmektedir (Barnes, 2007:221). Terim Apple'ın ürettiği taşınabilir müzikçalar iPod ve İngilizcede yayın anlamına gelen "broadcast" sözcüğünden türetilmiştir. Podcast'ler ilk defa Apple iPod için geliştirilmiş olmasına rağmen günümüzde doğrudan iPod ile ilgili bir kavram değildir. İçerik oluşturma, paylaşma ve dinlenme/izleme olarak üç aşaması bulunan podcast; müzik, eğlence, haber ve eğitsel içeriklerin sesli ve görüntülü olarak yayımlanması için popüler bir ortam olmuştur. Sağlık iletişiminde podcast kullanımına örnek olarak Anadolu Sağlık Merkezi'nin www.anadolusaglik.org web sitesindeki video ve podcastlar verilebilinir.

Sosyal Paylaşım Ağları: İnsanların zaman ve mekandan bağımsız olarak heran iletişim içinde olmalarını, fikir ve düşüncelerini toplumun geri kalanıyla paylaşmalarını sağlayan en hızlı ve en kolay yoldur. Boyd ve Ellison, web tabanlı bir hizmetin sosyal ağ olabilmesi için kullanıcılara sunması gereken üç özellik bulunması gerektiğini belirmiştir (Boyd ve Ellison, 2007:1):

- Sınırları belli olan bir sistemin içerisinde sistemde olan herkesin görüntüleyebileceği tam ya da yarı açık kişisel profil oluşturabilme,
- Bağlantı kurulan diğer kullanıcıların yer aldığı kolay erişebilir bir liste sunma,
- Kişinin çevresinde yeralan kişilerin bağlantılarına ulaşabilme hakkı tanıma.

Sosyal paylaşım ağlarından günümüzde en çok kullanılan ve kullanıcı sayısı hızla artan Facebook, Twitter, You Tube ve Flickr 'dır. Bunlar aşağıdaki şekilde açıklanabilir:

Facebook: İsmini, Amerika'da üniversitelerde yaygın olan öğretim üyesi ve öğrencilerin isimlerinin birbirlerini tanımak için bir arada tutulduğu kağıt fotoğraf albümü (paper facebook) uygulamasından alan facebook, insanların arkadaşlarıyla iletişim kurmasını ve bilgi alışverişi yapmasını amaçlayan bir sosyal paylaşım web sitesidir. 2004 yılında Harvard Üniversitesi öğrencilerine hizmet veren bir sosyal iletişim ağı olarak kuruldu, 2008 yılına gelindiğine dünya genelinde 250 milyon kullanıcıya ulaştı (Şahin, 2009:52). Diğer online sosyal ağlar gibi Facebook kullanıcıları da kişisel bilgi ve arkadaş listelerini içeren kişiselleştirilmiş bir profil sayfası kullanırlar. Facebook'un en önemli özelliklerinden birisi, kişilerin ya da kuruluşların profillerini istedikleri gibi sınırlayabilmelerine olanak veren gizlilik ayarlarıdır.

Son yıllarda kuruluşlar iletişim planlarında, sosyal ağlara da yer vermektedir. Facebookta hayran sayfası oluşturarak konuya ilgi duyanları, mevcut ve potansiyel müşterileri bu sayfada buluşturup sattıkları ürünlerin ve/veya verdikleri hizmetlerin tanıtımını yapmakta, satış sonrası destek vermekte ve yaratıcı sosyal medya kampanyaları ile kazanımlar elde etmektedirler. Sağlık iletişimde Facebook kullanımına örnek olarak Kadıköy Şifa Sağlık Grubu'nun resmi Facebook sayfası aracılığıyla bünyesindeki servisleri tanıtması ve dünyada ilk kez tek girişten robotik reflü ameliyatının hastanelerinde gerçekleştirilmeye başlanmasını duyurması verilebilir. Sağlık Bakanlığı'nın da etkin olarak kullanmamakla beraber Facebook sayfası bulunmaktadır.

Twitter: 2006 yılında Jack Dorsey tarafından geliştirilen Twitter, insanların günlük yaşamlarında yaşadıkları, duydukları, düşündükleri ve deneyimledikleri olayları web ortamında başkaları ile kısa ifadelerle paylaşma imkânı sunan bir web uygulamasıdır. Twitter'ı diğer sosyal paylaşım sitelerinden ayıran başlıca özellik, kullanıcıların en fazla 140 karakterle kendini ifade edebilmesidir. Ancak gönderilen mesaj sayısı ya da sıklığında herhangi bir sınırlama yoktur. Kısa, basit ve açık ifadeler ile yazmak ve okumak için pratik bir yapı oluşturan Twitter, pazarlama, tanıtım ve eğitim ortamı olarak da kullanılabilmektedir (OReilly, 2009:19-21). Twitter ile hedef kitle tarafından takip edilebilir güncellikte ürün, hizmet ve şirket bilgilerini güncel tutmayı başaran kuruluşlar, hem yeniliklerden hedef kitlesini haberdar etmekte hem de itibar ile birlikte güven kazanmaktadır.

YouTube: Chad Hurley, Steve Chen ve Jawed Karim'in 2005 yılında Amerika'da kurduğu bir video paylaşım sitesidir. Ziyaretçilerin üye olmasının gerekmediği video paylaşım sitesinde, hemen her konu hakkında video ve slayt gösterisi bulunmaktadır. 2006 yılında Google tarafından yaklaşık 1,5 milyar dolar ödenerek satın alınan ve dünyanın en popüler sitelerinden biri olan YouTube'da, her gün yaklaşık 100 milyondan fazla görüntü izlenmektedir (www.sabah.com.tr). Sağlık iletişimi alanında YouTube incelendiğinde; Sağlık Bakanlığı'nın "Dumansız Hava Sahası Kampanya" tanıtım filmi, Alo 171 Sigarayı Hattı'nın tanıtımı için çekilen "Sigara Pişmanlıktır" adlı reklam ve Türk Kardiyoloji Derneği tarafından gerçekleştirilen, Sağlık Bakanlığı destekli "Kalbinizi Koruyun İçinde Sevdikleriniz Var" kampanya filminin kullanıcılarla paylaşılan ve dikkat çeken videolar olduğu görülmektedir.

Flickr: 2004 yılında Ludicorp tarafından geliştirilen Flickr, sosyal medya ortamında önemli bir yere sahip olan fotoğraf paylaşım sitelerinin arasında uluslararası anlamda en popüler olanıdır. Hemen her konuda fotoğraf bulunabilen siteye yüklenen fotoğraflar, Creative Commons (CC) lisansı ile korunmaktadır. Flickr sitesine üye olanlar, kendi alanlarına fotoğraflarını yükleyip bunları paylaşıma açabilir ve isterlerse fotoğrafla ilgili bilgi yazabilirler (www.flickr.com).

Günümüzde halkla ilişkiler faaliyetlerinin yürütülmesinde de etkin olarak kullanılan elektronik medya araçları, üreticiye ve kullanıcıya aynı platform üzerinde eş zamanlı olarak etkileşimli iletişim olanağı sunmaktadır. Gelişmiş toplumlarda, sınırları ortadan kaldıran ve içeriğini kişilerin oluşturduğu sosyal medyanın önemi ise her geçen gün daha fazla artmaktadır. Sosyal medya sayesinde devlet ve özel sağlık kuruluşları mesajlarını, hedef kitlelerine kısa sürede ulaştırabilmekte ayrıca hedef kitle ile ilişkilerini daha etkili yönetebilmektedirler. Son yıllarda yapılan sağlık iletişimi kampanyalarında halen basın bültenleri, medya ve haber kanalları kullanılmakta ancak elektonik medya araçlarının ve sosyal ağların önemi de gittikçe artmaktadır.

II. BÖLÜM

SAĞLIK ALANINDA DAVRANIŞ VE DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ OLUŞTURMADA KULLANILAN TEORİ VE MODELLER

2.1.DAVRANIŞ KAVRAMI VE DAVRANIŞIN OLUŞUMU

Davranış, en genel tanımıyla bir canlının dışarıdan fark edilen tüm hareketleri, olaylara gösterdiği etki ve tepkilerdir. Bir diğer ifadeyle çevreye ilişkin bir uyarıya, bireyin cevabıdır.

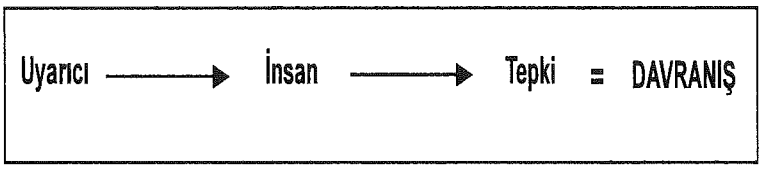
Başaran'a göre davranış, bireyin başka biri ya da deneyci tarafından gözlenebilen veya kendisi tarafından değişik yöntemlerle anlatılabilen bilinçli etkinlikdir. Davranış kavramı, psikoloji okulları tarafından farklı şekillerde ele alınır ve tanımlanır. Bunun sebebi, her okulun, insan davranışına değişik yönden yaklaşması, bazılarının davranışın oluşum sürecine, bazılarının davranışın amacına, bazılarının da her ikisine birden bakmasıdır. Bu farklı bakış açıları, farklı davranış tanımlarının ortaya çıkmasına neden olmasına rağmen psikologlar insan davranışını oluşturan etkileri, üç ana başlık altında toplamaktadırlar (Başaran, 1991:28):

- *Bilişsel Etkinlikler:* Düşünme, sorun çözme, kavram ve ilke öğrenme vs.
- *Devimsel etkinlikler:* Yürüme, konuşma gibi tüm kassal etkinlikler.
- *Duygusal etkinlikler:* Tutumlar, değerler, güdüler vs.

Güney, davranış kavramını açıklarken insan davranışının çok çeşitlilik gösterdiğini ve ölçülebildiğini belirterek Leavitt'in insan davranışına ilişkin varsayımlarını şöyle sıralamıştır (Güney, 2000:13):

- İnsan davranışı nedenlidir,
- İnsan davranışı güdülüdür,
- İnsan davranışı hedefe yöneliktir.

Yukarıdaki varsayımlar dikkate alındığında, davranışın rastgele olmadığı ayrıca herhangi bir neden olmadan davranışın oluşmayacağı düşüncesini doğrulanmaktadır. İnsanın davranışta bulunması için dışsal veya içsel bir uyarı gerekmektedir. Uyarıcı geldiğinde insan davranış eylemini gerçekleştirir. Aynı zamanda insan davranışı mutlaka bir hedefe yöneliktir. Bu süreç, aşağıdaki şekilde formüle edilmiştir :



Şekil 9: Davranışın Oluşumu (Ertürk, 2010:43).

Davranışın beynin bir işlevi olduğu ve öğrenme ile şekillendiği bilinmektedir. Bireylerin davranışları, yaşamları boyunca edindikleri deneyimler ve bilgilerin değişime uğraması ve yenilenmesi olarak ifade edilir. Davranışın oluşması ve ortaya çıkmasında, bireyin kalıtımsal özellikleri, çocukluk devresi ve olayları, ilgi alanları ve zeka durumu etkilidir. Davranışlar, bireyin özellikleri dışında bireyi etkileyen içsel ve dışsal uyarıcılara da bağlıdır. Bu nedenle davranışları değiştirebilmek ya da ortadan kaldırabilmek için söz konusu olan uyarıcılarda da değişiklik yapmak gereklidir.

2.2.DAVRANIŞI ETKİLEYEN BİREYSEL FAKTÖRLER

Davranış kavramının konusunu oluşturan insan etkinlikleri çok çeşitlilik göstermektedir. Davranışların çeşitli ve karmaşık olmasının nedeni, davranışı etkileyen bireysel ve bireysel olmayan faktörlerdir. Bireysel olmayan faktörler; kültür, meslek, aile ve referans grupları olarak sıralanırken bireysel faktörler; kişilik, tutumlar, inançlar, değerler, algılar ve güdülerdir.

2.2.1 Kişilik

Kavram olarak kişilik, batıdaki sözcük anlamıyla personalite (kişilik),

Latince'de, tiyatro oyuncularının rollerine uygun olarak yüzlerine taktıkları maske anlamına gelen "persona" sözcüğünden türemiştir (en.wikipedia.org). Kişilik bireyin tutumları, inançları, fiziksel, zihinsel ve ruhsal özellikleri, duyguları ve davranışlarının tümünü içeren ve bireyi diğer kişilerden ayıran bir kavramdır. Kişilik özellikleri kavramıyla bir kişinin en belirgin özelliği anlatılır. Örneğin, Ayşe çok çekingen bir çocuktur. Bireyin kişiliği doğuştan getirdiği kalıtım özelliklerinin yanısıra çevreden gelen sosyal etmenlerin de etkisiyle oluşur. Kişilik, bireysel açıdan bireyin kendisini ile ilgili durumları değerlendirmesi ve kendisini tanıması olarak ifade edilirken başkaları açısından ise, toplum içindeki özellikleri ve sahip olduğu rollerdir.

Ertürk'e göre kişiliğin anahtar özellikleri; tutarlılık, süreklilik ve değişmezliktir. Bu üç öğeyi katarak yaptığı tanımda; kişiliği bireyin toplumsal ortamda başka insanlarla ilişkilerinde ortaya koyduğu, tutarlı, sürekli ve değişmez, birbiriyle uyumlu birçok öğenin biraraya gelmesiyle oluşan tutum, davranış ve kazanılmış deneyimler bütünü olarak ifade etmektedir (Ertürk, 2010:60).

Kişilik kavramına ilişkin yapılan tanımlamalarda kişiliğe yaklaşım iki şekildedir: Birincisi bireyin kendisi ve iç dünyası, diğeri ise bireyin dış dünyası ve bu dünya ile ilişkileridir. Kişiliğin açıklanmasında, bireyin kendisini ve iç dünyasını vurgulayan yaklaşımlar genelde bireyin ne yaptığına ve davranış kalıplarına ağırlık verirler. Kişiliğin açıklanmasında bireyin dış dünya ile ilişkilerine ağırlık verenler ise bireyin başkaları üzerinde bıraktığı etkilere ve izlenimlere önem vermektedirler. Bunlardan birincisi bireyin kendi iç dünyasına uyumu, bireyin benlik kavramı, kendine güven, kendini değerli ya da değersiz bulma, beklentileri, amaçları, zayıf ve güçlü yönleri hakkındaki bilinci gibi bireye özgü niteliklerle ilgilidir. Kişiliğin dış dünya ile ilgili yönü ise bireyin diğer insanlarla ilişkileri ve bu ilişkilerden doyum sağlaması, sevmesi ve sevilmesi, gibi bireyin çevresiyle olan etkileşimi ile ilgilidir (Özgüven, 1992:1-2).

Kişilik gelişimini birden çok faktör etkiler. Bu faktörlerin başında kalıtım gelmektedir. Bir kişiye kalıtım yoluyla anne-babasının bazı özelliklerinin geçtiği bilinmektedir. Bunlar fiziksel veya bedensel özelliklerdir. Kişinin dış görünümü, bedensel engeli veya doğuştan var olan bir hastalığı kişilik gelişimini etkileyebilir. Bebekken bir kişiliğe sahip olmayan birey, büyüyüp olgunlaştıkça kişiliği gelişir.

Ancak bazı özelliklerin sosyal çevrenin etkisine rağmen değişmediği görülür, buna sebep olan kalıtımla gelen biyolojik faktörlerdir. Aynı çevrede bulundukları halde çocukların birbirinden ayrı özelliklere sahip olmaları, farklı davranmaları ve gelişmeleri kalıtımla açıklanır (Baymur, 1984:210).

Kişiliği etkileyen bir diğer faktör toplumun en küçük birimi olan ailedir. İnsanın doğduğu andan itibaren içinde bulunduğu aile, çocuğa ihtiyaç duyduğu sevgi ve korumayı sağlar, beslenme ve barınma ihtiyaçlarını giderir. Çocuğun dünyaya geldiği ilk andan itibaren başta annesi olmak üzere ailesi ile kurduğu olumlu iletişim, güven duygusu oluşturmasını sağlar. Aile, çocuğa toplumun değer yargılarını, gelenek ve görenekleri öğretir. Çocuk ailesinden aldığı bilgiler ve onların davranışlarını taklit ederek ve benimseyerek davranış kalıpları geliştirir. Bir diğer ifade ile aileden edindiği bilgi, aldığı eğitim ve kültür kişilik özellikleri kazanmasına yardımcı olur.

Bireye uyarılar yoluyla etki yapan tüm dış etken ve koşullara çevre denir. Kişilik gelişimini etkileyen diğer faktörler; fiziksel ve toplumsal çevredir. Fiziksel çevreyi bireyin içinde yaşadığı ortam, doğa koşulları oluşturur. İklim özellikleri kişilik gelişimini etkiler. Örneğin kuzeydeki İskandinav ülkelerinde yaşayan insanların daha soğuk ve mesafeli olmasında, bu bölgede soğuk ve karanlık geçen uzun zaman diliminin etkisi vardır. Toplumsal çevreyi, ilişkide bulunulan kişiler, toplumun kültürü, eğitim ve iletişim araçları oluşturur. Kişiliğin belirli zaman dilimleri içindeki davranışların bütünleşmesinden oluştuğu düşünüldüğünde, bireyin ilişkide bulunduğu ailesi, eşi, yakın akrabaları, arkadaş grupları, sosyal gruplar ve kurumlar, kitle iletişim araç ve ortamları kişiliğin oluşmasına etki yapmaktadırlar (Erkal, 1999:271). Birey, kendi kişilik özelliklerini oluştururken bu kişi veya kişilerin özelliklerini taklit eder veya benimser.

Çevre faktörü içerisinde en önemlisi kültürdür. Kültür, toplumdaki insanların toplum olarak paylaştıkları yaşam biçimidir. Toplumun kültürü, hangi tip kişilik özelliklerinin geliştirilmesinin uygun olacağını belirler. Geleneksel yaklaşımlar kişiliğin yaşam boyu değişmeyeceğine inanırken modern yaklaşımlar ise tam tersini savunur. Bu yaklaşımı benimseyenlere göre kişilik, yaşam boyu değişip gelişir. Koşullara bağlı olarak kişinin özelliklerinde değişme olsa da genel olarak bir kişinin

kişilik özellikleri büyük bir değişime uğramaz. Bazı önemli olaylar kişiliği etkileyip değiştirebilir. Örneğin akciğer kanseri teşhisi konan neşeli ve rahat bir kişi, hastalığının etkisiyle neşesiz ve alıngan olabilir. Davranış ve düşüncelerinde değişmeler olur. Kişi kendi kararıyla ve isteyerek de davranışını değiştirebilir. Bu mümkün olmakla beraber zor bir süreçtir.

Sağlık iletişimi açısından değerlendirdiğimizde, sağlık iletişimi kampanyalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Ana amacı davranış değişikliği olan bu kampanyalar sayesinde, insanların davranış kalıpları değiştirilerek veya yeni davranış kalıpları oluşturularak kişilik özelliklerinin gelişimi etkilenebilir.

2.2.2. Tutumlar ve İnançlar

Tutum, bireyin herhangi bir olay, durum, nesne veya kişiye karşı tecrübe, güdü ve bilgilerine dayanarak oluşturduğu olumlu veya olumsuz tepki verme eğilimi olarak tanımlanabilir.

Tutum, konu ile ilgili çalışma yapan bilim adamları tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Tutuma ilişkin bir çok tanımdan bazıları şunlardır; Moorhead ve Griffin'e göre tutum; "bireyin yetişme tarzı ya da yaşam boyu geçirdiği deneyimler sonucu çevresindeki herhangi bir konuya karşı (somut ya da soyut, canlı ya da cansız) zaman içinde oluşan ve zamanla değişebilen, güçlenebilen veya yok olabilen, doğrudan gözlemlenemeyen fakat varlıkları sözlü ifadelerle ya da davranışlarla anlaşılabilen, bireyi yönlendiren ve bireyi diğer insanlardan ayıran olumlu ya da olumsuz bir tepki ön eğilimi olarak ifade edilmektedir (akt.Tekarslan, 2000:197).

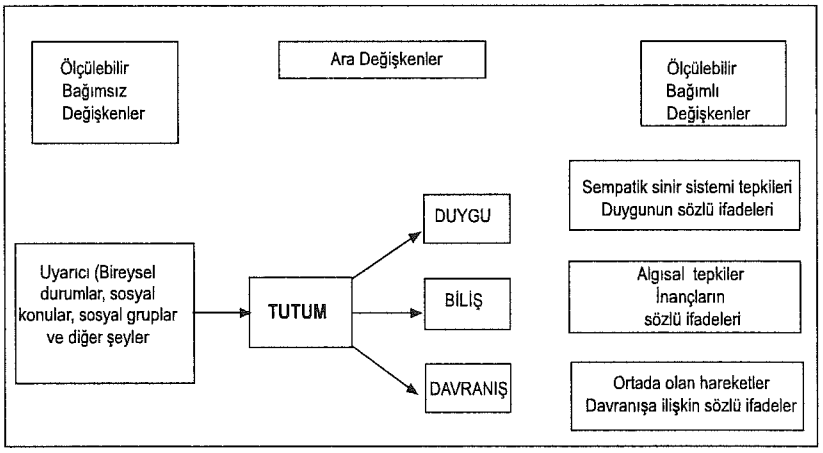
Sherif ve Sherif tutumu, "psikolojik bir sürecin herhangi bir değer yargısıyla damgalanmış nesne veya duruma ilişkin olarak bireyin olumlu mu yoksa olumsuz mu duygusuyla tepki göstereceğini belirleyen sürekliliği olan bir hazır olma hali olarak tanımlarken, Lambert'e göre tutum: "bireyin insanlar, gruplar, sosyal konular ve daha genel olarak herhangi bir çevresel olayla ilgili örgütlenmiş tutarlı düşünce, duygu ve tepki biçimidir". Bu tanıma göre tutumun yalnız bir tepki biçimi olmadığı aynı zamanda düşünceleri ve duyguları da yansıtmakta olduğu görülmektedir (İnceoğlu, 2010:9).

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşıldığı üzere bir tutumun meydana getirdiği sadece bir davranış eğilimi ya da duygu değil düşünce-duygu-davranış eğilimi bütünleşmesidir. Tutumun oluşumu ve şeklini belirleyen düşünce-duygu-davranış öğeleri, literatürde tutumun öğeleri olarak incelenmektedir (Ertürk, 2010:238):

- *Düşünsel (Bilişsel/Kognitif) Öğe:* Kişinin tutum nesnesine ilişkin sahip olduğu tüm bilgi, deneyim, inanç ve düşünceyi içermektedir. Depolanan bu bilgilerin gruplandırılması bilişsel olarak gerçekleşir ve bu gruplandırmalar bireyin diğerlerinden net bir şekilde farklı olan uyarılara karşı gösterdikleri farklılıkları ifade etmektedir. Çevrede bulunan algılanamayacak kadar çok sayıdaki uyarıcı, önce birey tarafından belirli sınıflarda toplanır, daha sonra bu sınıflar birbirleriyle ilişkilendirilir. Örneğin, birey sigara içen babası akciğer kanserine yakalandığı için sigara içen tüm insanların akciğer kanseri olacağına inanabilir.

- *Duygusal Öğe:* Kişinin çevre ile ilgili bilgi-duyum-deneyimlerini sınıflandırması neticesinde tutum nesnesine karşı sahip olduğu, gözlenebilen negatif veya pozitif duyguları ve duygusal tepkileri içerir. Bilişsel öğeye göre daha basit olmasına rağmen duygusal öğesi ağır basan bir tutumun değişmesi daha zordur. Örneğin, sigara içmeyen ve nefret eden birinin yanında sigara içilmesi bu kişide kızgınlık yaratabilir.

- *Davranışsal Öğe:* Davranışsal öğe, kişinin tutum nesnesine yönelik davranış eğilimini yansıtır. Bu eğilimler alışkanlıklar, normlar ve tutum objesiyle doğrudan ilişkisi olmayan tutumların da etkisine müsait olduğundan duygusal davranış ve kuralsal (normatif) davranıştan bahsetmek gerekir. Duygusal davranış, tutum konusunun hoşa giden ya da gitmeyen, kuralsal davranış ise doğru olan ya da olmayan davranışın ne olduğu konusundaki inançlara dayanmaktadır. Davranışın temelinde olumlu ve olumsuz duygu ve ilişki kurma ya da kurmama olmak üzere iki boyut bulunmaktadır. Örneğin, sigaraya karşı olumsuz duygu ve düşüncelere sahip bir kişi, sigara içmez. Sigara içilen ortamlarda bulunmaz, yanında ve evinde sigara içilmesine izin vermez. Bu, o kişinin sigaraya karşı sahip olunan tutumunun davranışsal öğesini oluşturur.



Şekil 10: Tutumun Üç Öğesi (Rosenberg ve Hovland, 1960:3).

Düşünsel-Duygusal-Davranışsal model olarak ele alınan bu üç öğe, bireyin ne düşündüğü, neye inandığı, ne hissettiği ve nasıl davrandığının bir bileşimidir. Bir kişinin herhangi bir konu, nesne veya kişiye karşı tutumu bu üç öğeye bakılarak anlaşılır.

İnsanlar tutumlara sahip olarak doğmazlar, sahip oldukları tutumları zaman içinde geliştirir ve öğrenirler. Bu öğrenme bilinçli ya da farkında olmadan gerçekleşebilir. Tutumların çoğunun kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan sosyal öğrenme, deneyim, pekiştirme ve taklit yoluyla öğrenilmektedir (Kağıtçıbaşı, 1999:120). Edinilen tutumların ilk kaynağı, 0-12 yaş arası dönemde anne-babalardır. Kişinin tutumlarının büyük bölümü, 12-30 yaş arasındaki dönemde son şeklini almakta ve daha sonra çok az değişmektedir. Bu yaş aralığındaki tutumların oluşmasında üç ana etken rol oynamaktadır (Morgan, 1995:375) :

1.Akranlar
2.Kitle iletişim araçları
3.Diğer kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitim

Tutumlar gözle görülememektedir fakat gözle görülebilir bazı davranışlara yol açtığından, tutumların dış belirtileri davranışlardır denebilir. Davranışların önceden anlaşılabilmesi için tutumun ölçümü ve bazı kuralların saptanması istenir.

Tutum analizi ile davranış saptanması arasındaki ilişkide geçerli olan üç temel ilke vardır (İlhan, 1994:370) :

1.Genel tutumlar genel davranışların en önemli göstergesidir.
2.Özel tutumlar çok özel konular karşılığında belirli hale gelir.
3.Tutum ölçümünü takip eden kısa süreler içerisinde öngörülen tutum-davranış ilişkisi geçerliliğini korumaktadır.

Sağlık iletişimi kampanyaları ile davranış değişikliği oluşturmak, kişileri istenilen davranışa yöneltmek için kampanya öncesi dönemde kamuyoyu araştırmalarıyla kanaatler ve tutumlar öğrenilebilinir. Ayrıca tutum ölçümleri ile bireylerin muhtemel davranışları tahmin edilebilir. Bu araştırma ve çalışma sonucunda oluşturulacak kampanya planı, davranış değişikliği yaratmada daha başarılı olacaktır.

İnsanlar, genellikle gözlem, koşullanma ve çeşitli öğrenme süreçleri ve deneyimler sonucu gelişen tutumların değişimine direnç gösterme eğiliminde olmalarına rağmen, yeni bilgi ve deneyimler edindikçe bu tutumlarını değiştirmektedir. Bilim adamları tutumlarımızın neden değiştiğini, bu değişiklikte nelerin etkili olduğunu belirlemek için değişik araştırmalar yapmışlar ve bu araştırma sonuçlarını da değişik kurallara bağlayarak tutum değişim kuramlarını oluşturmuşlardır. Bu kuramlar, beş grupta toplanmaktadır (Baysal-Tekarslan, 1996:270-276):

1.Öğrenme kuramları,
2.İşlevsel kuramlar,
3.Bilişsel tutarsızlık kuramları,
4.Algısal yaklaşımlar,
5.İkna edici iletişim.

Bu çalışmada, kuramlardan yalnızca sonuncusuna kısaca değinilmeye çalışılacak, diğer dört kuramdan ise sosyal psikolojinin konusunu oluşturduklarından bahsedilmeyecektir. Tutum değişimi konusunda önemli bir rol oynayan ikna edici iletişim modeline göre, ikna süreci, iletişim sürecinde olduğu gibi 4 temel öğeden

oluşur: gönderici (kaynak), mesaj (ileti), kanal ve alıcı (hedef kitle). Bunlar, bireyin dikkat, kavrama, kabul, sözlü ya da davranışsal eylem gibi özelliklerini değişik ölçülerde etkilemektedir.

İletişimde merkezi önemdeki göndericidir. Duruma göre bazen bir kişi, bazen bir grup olabilen gönderici, alıcı konumundaki hedefte, belli bir konuda birtakım davranış, tavır veya tutum değişiklikleri yapmayı amaçlar. Bunun için de bazı düşüncelerini mesaj haline getirerek gönderir. Göndericinin kim ya da ne olduğu, alıcının mesaja inanıp inanmamasında etkilidir. Güvenilir, saygın ve sevilen bir göndericiden gelen mesaj ya da geniş kapsamı ile iletişimin, hedefte daha daha yüksek oranda tutum değişimi yarattığı ortaya çıkmıştır (Hotaman, 1995:19-20).

Alıcı; mesaji okuyan, dinleyen ya da izleyen kişi, kişiler ya da kitledir. İkna edici iletisimde, alıcının özellikleri, ortamsal koşullar, beklentileri ve gereksinimleri iletişim sürecinin istenen sonucu vermesi açısından önem taşımaktadır. Gönderici bundan dolayı alıcısının bilişsel, ruhsal, sosyo kültürel ve sosyo ekonomik özelliklerini cok iyi bilmelidir. Tosun, alıcının ikna olup olmamasını belirleyen özellikler ve etkenleri şu şekilde açıklamıştır (Tosun, 1999:76):

- Kaynağın ikna edici iletişimin doğrudan kendisine yönelmediğine, hatta onu tesadüfen aldığına inanması iknanın etkinliğini artıracaktır.

- Alıcının kendi tutumuna ne derece bağlı olduğu, onu ne kadar önemsediği iletiyi kabul veya reddetmesini belirler.

- Alıcının tutumu ile kaynağın ileri sürdüğü tutum arasındaki fark, iknacının etkinliğini önemli oranda etkiler.

- Alıcının ileri sürülen görüşü paylaşıp paylaşmaması, konu hakkındaki bilgi ve zeka düzeyi, eğitimi ve kişilik özellikleri iknanın etkisini belirler.

İkna edici iletişimde bir diğer önemli öğe de göndericinin alıcıya ulaştırmak istediği duygu, düşünce, tutum ve davranış biçimi olarak ifade edilen mesajdır. Kimi araştırmacıya göre önemli kısımlar mesajın başında kimisine göre ise sonunda verilmelidir. Bilginin nerede verildiği kadar nasıl verildiği de önemlidir. Verilen bilgi konuşmanın sonunda veya başında da olsa söylenenler hedef kitlenin duymak

istedikleri ise ve onların ilgisini çekecek şekilde aktarılmışsa sonuç her zaman daha başarılı olmaktadır. Mesajın, hedef kitlenin dikkatini çekecek şekilde hazırlanması ve sunulması mesajın etkisini arttırmaktadır. Mesajın etkili olmasını sağlayan bir diğer yöntem de korku faktörünü kullanmaktır. Fakat korkunun derecesini iyi ayarlamak gerekir, gereğinden fazla korku hedef kitlenin mesajı reddetmesine neden olabilir.

İletişimdeki önemli öğelerden biri de kanaldır. Kanal, gönderici ile alıcı arasındaki mesaj akışını sağlama biçimi olarak tanımlanabilir. Kişilerarası iletişimde kanal, telefon, mektup, e-mail, kitlesel iletişimde ise radyo, televizyon, gazete ve internet kullanılabilir.

İkna edici iletişim sayesinde, hedef kitlede yeni bir tutum oluşturmak, tutumu güçlendirmek veya varolan tutumu değiştirmek mümkündür. Tutumun kişinin belli bir konudaki tavır ve davranışların kaynağını oluşturduğu düşünüldüğünde olumlu sağlık davranışı oluşturmada ve davranış değişikliği yaratmada ikna edici iletişimin önemi de ortaya çıkmaktadır. Halkla ilişkilerin öncelikli amacının ikna ile etki yaratmak, nihai amacının ise davranış değişikliği yaratmak olduğu düşünüldüğünde sağlık alanında hedef kitlenin davranışı değiştirilmek isteniyorsa sağlık iletişim kampanyaları doğru seçenektir. İkna edici iletişimde daha çok olumlu unsurlara başvurulmasının yararlı olduğu bilinmektedir. Ancak sağlık iletişim kampanyalarında davranış değişikliği oluşturmak amacıyla korkuya da başvurulmaktadır. Korku olgusunu sağlıkta kullanırken dikkat etmek gerekir. Korkunun dozu önemlidir ve diğer olgularla birlikte kullanılmalıdır. Aksi halde sağlık durumu tehlikeli olan insanlar için zararlı olabilir. Korkuya başvurmadaki amaç, davranış sürdürüldüğü takdirde ileriki yıllarda meydana çıkacak olumsuzlukları göstermek olmalıdır. Örneğin, sigara içmeye devam ederseniz, ciğerleriniz rahatsızlanır ve ciddi sağlık sorunları ile karşılaşabilirsiniz.

Tutum, bireyin içsel olarak oluşturduğu bir bakış açısı olarak düşünüldüğünde inançlar ve değerleri de tutumla ilgili kavramlar olarak ele alabiliriz. Günlük yaşamda sıkça karşılaşılan ve duyulan inanç kavramı, insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normların içinde yer alarak toplumun sosyal, kültürel, ahlaksal yapısına yön ve şekiller veren değerler olarak karşımıza çıkmaktadır (Tolan vd., 1991:258).

Genel tanımıyla inanç, bireyin kendi dünyasının herhangi bir yönüne ilişkin algı ve bilişsel yapılanmanın örgütlenmesidir. Dönmezer'e göre inançlar, bilgi, duygu, tavır ve hareket gibi faktörlerin sonucudur, gözlem, bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla edinilir ve sosyal deneyimlerle şekillenirler (Dönmezer, 1990:97).

Eren, inançları bireylerin kendi iç dünyalarının bir yönü ile ilgili algıların ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygular ağı (Eren, 1998:119) olarak tanımlarken; Ünlü ise inançları bilgi, kanaat ve imanı kapsayan psikolojik bir olay olarak nitelendirmektedir (Ünlü, 2004:72). Fishbein ve Ajzen inancı, bireyin subjektif yargıları ile belirli bir nesneyi, değeri, fikri veya simgeyi bağıntılandırması olarak tarif etmektedir (Fishbein ve Ajzen, 1975:131). İnançların ortaya çıkışında gözlem, tecrübe, zeka, duygular ve sosyal yaşam gibi faktörlerin rol oynadığı da bilinmektedir. Rokeach, inançların bilinçli veya bilinçdışı olarak gerçekleşen ve bireyin söylediklerinden ve davranışlarından dolaylı olarak çıkarılan önermeler olduğunu belirtmektedir. Rokeach'ın bu görüşünden, inançların davranışlardan çıkarılabileceği anlaşılmaktadır (Rokeach, 1969:113).

İnancın derecesi özellikle davranış değişikliği gibi kişisel kararlarda etkilidir. Sağlıkla ilgili inançlar, kişinin sağlık davranışlarını da belirler. Kişiler bilgi, kanaat ve inançlarını davranış ve tutumları ile belli etmeye çalışırlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde tutumların, belirli değer yargılarının ve inançların arkasında gizli olduğunu söyleyebiliriz. Kişinin inancı ne kadar güçlüyse, bu inancı değiştirmek de o denli zordur (Oktay, 1996:162).

Tutum ve inanç kavramları birbirlerine neden-sonuç ilişkisi ile bağlıdır. Kişiler, bilgi, kanaat ve imanı kapsayan inançlarını davranış ve tutumları ile belli eder. İnançlar ve tutumları birbirinden ayıran önemli bir ayrıntı bulunmaktadır. Tutumlar, bireylerin davranışlarında lehte veya alehte yorumlanabildikleri halde inançlar hakkında bir yargılama yapılamaz. İnançlar yansız ve nötrdür (İslamoğlu, 2010:174).

Tutumla ilgili kavramlardan biri olan değerler, literatürde farklı yönleri ve özellikleri vurgulanarak farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Değerler konusunda önemli çalışmalar yapmış olan Rokeach değeri, "özel bir davranış tarzını veya karşıt bir

duruma karşılık bireysel veya sosyal tercihlerin durumunu gösteren inanç" olarak tanımlamaktadır. Yazara göre değerler, birleşerek bir değer sistemi oluşturmaktadır ve bu sistem, belli bir önem boyutu üzerinde tercih edilen davranış tarzı veya yaşam amaçları ile ilgili inançların düzenlenmesidir. Bu tanımlamadan, değerlerin kişilere göre farklı önem sıralarında oldukları ve değerlerin davranış tarzı olarak çevreye yansıdığı söylenebilinir (Rokeach, 1973:5).

Kluckhohn'a göre değer, genellenmiş ve örgütlenmiş bir kavram olarak; doğayı, insanın doğaya yerleşimini, insan ilişkilerini, arzu edilen veya arzu edilmeyeni belirleyip davranışı etkilemek suretiyle, insan-çevre ve insan–insan ilişkilerini düzenler (akt.Smith, 1969:104).

Bir diğer tanıma göre değer, "Bir sosyal grubun veya toplumun varlığını, birliğini ve devamlılığını sağlamak ve sürdürmek için üyelerinin çoğu tarafından doğru ve gerekli oldukları kabul edilen, ortak duygu, düşünce, amaç ve menfaatlerini yansıtan, genelleştirilmiş ilke ve inançlar olmaktadır" (Şimşek, 1998:155). Değerler; insanların duygu, düşünce ve davranış boyutlarıyla yakından ilgilidir ve insan davranışlarını açıklamada temel bir öneme sahiptir.

Morris'e göre 3 tip değer bulunmaktadır: "Faal değerler", bireysel değerleri etkiler ve insanın isteklerini yansıtır (eğilimsel anlam), "Kavranmış değerler" toplumun arzulanabilir olarak kabul ettiği davranış kavramlarının kültürel olarak paylaşılmasını yansıtır (normatif anlam). "Amaç değerler" ise bireysel tercihlerden bağımsız olarak, bir konu veya olaya yüklenen anlamla (ekonomik anlam) ifade edilir (akt.Bilsky, 2000:3).

Dilmaç değerleri; toplumsal bağlamda toplumsal değerler, bireysel bağlamda bireysel değerler, küçük grup bağlamında ise aile değerleri olarak sınıflandırmaktadır (Dilmaç, 2008:70). Toplumsal değerler, bir gruba ya da topluma üye olanların uymak durumunda oldukları genelleşmiş inançlar olarak kişilerin toplum içinde nasıl hareket etmesi veya etmemesi gerektiğini gösterir. Bireysel değerler ise kişinin ne istediğini bilmesi, kendini idare edebilmesi, sorumluluk hissi taşıması ve kendini gerçekleştirmesi ve geliştirmesidir (Downie, 1996:158).

Herkesin belli değerleri vardır ve bu değerler bireyin tutumlarını ve davranışlarını etkiler. Değerler, tutumlara benzer ancak tutumlardan daha kökleşmiş, ve süreklidir. Bazı araştırmacılar, değeri bir inanç türü olarak ele alırken, bazıları ise inançlar ve değerleri birbirine yakın olmakla birlikte ayrım yapılması gereken terimler olarak vurgulamıştır.

Toplum içinde birlikte yaşanılan insanlarla kurulan ilişkiler sonucu öğrenilen değerler, bir toplumu başka toplumlardan ayıran örf, adet ve geleneklerdir. Farklı toplumlarda farklı değerler olduğu gibi aynı toplumun farklı bölümlerinde farklı değerler de bulunabilir. Değerler, belli bir zaman içinde ve öğrenme sonucunda oluşur. Değerlerin kazanılmasında ailenin, okulun ve eğitim kurumlarının önemi büyüktür. Değerler zaman içinde insanları kontrol altına alarak davranışlarını şekillendirir. Sağlık alanında yapılan çalışmalar ve kampanyalarda, toplumun değerlerine dikkat etmek, değerler ile çatışan kampanya mesajları vermemek gerekir.

Ünlü, genellikle tutum ve değerler arasında ayrılmalarını zorlaştıran yakın bir ilişki olduğunu ancak değerlerin, davranışın ardında yatan tutumları yansıtmakta olduğunu belirmiştir (Ünlü, 2004:72). Tutumlar, insanın bir şey hakkında ne hissettiğini ifade eder. Değerler, daha geniş ve de kapsamlı kavramlarken tutumlar değerlerden daha spesifiktir (Robbins, 1991:12). Örnek vermek gerekirse; "Ayrımcılık kötüdür cümlesi insanın değerini yansıtır. Kadınların süt izni kullanmasını olumlu karşılıyorum cümlesi ise bir tutumdur".

İnsanların sahip olduğu inançlar ve değerler, tutumları, tutumlar ise davranışları etkilemektedir. Sağlık iletişimi açısından bakıldığında sağlıkla ilgili inançların ve sahip olunan değerlerin kişinin sağlık davranışlarını belirlediğini söylemek mümkündür.

2.2.3. Güdü

Güdü ya da motivasyon, insanların istek ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelten eylemlerdir. İnsan davranışlarının kökeninde davranışa yön veren, kişiyi etkileyerek bir amaca ulaşmak için harekete geçiren güdüler yatmaktadır.

Dunn ve Stephens, insanın bilinen güdülerini şöyle kümelendirmektedir (Başaran, 1991:145-146):

- Dengelenim (homeostatic) güdüleri (solunum, susuzluk, açlık gibi)
- Cinsel güdüler (evlenme, aile kurma, çocuk büyütme gibi)
- Duygusal (çoşkusal) güdüler (korku, kızgınlık, sevgi, kaygı gibi)
- Kendiliğinden doğan (arayıcı) güdüler (merak, bilişsel yönlenme gibi)
- Toplumsal güdüler (başarı, dayanma, birlikte yaşama gibi)

Kişi, bir ihtiyacı uyarıldığında bu ihtiyacı gidermek için belirli bir davranışa yönelecektir. Bu davranış, bu ihtiyacı karşılayacak bir amaç ya da istek yönünde olacaktır. Örneğin, nikotin bağımlılığı olan bir insanın sigara içme ihtiyacı vardır. Bu ihtiyacı gidermek için sigara satın alma davranışına yönelecektir. İnsanlara istenilen davranışa yönelirken güç veren, bu davranışı gerçekleştirmeye istekli kılan ruhsal durum olarak adlandırılan güdülenme konusunda literatürde çok sayıda tanım yapıldığı görülmektedir.

Keskin, güdülenmeyi bilinçli veya bilinçsiz olarak davranışı doğuran, sürekliliğini sağlayan ve ona yön veren herhangi bir güç, bir etkinlik veya işin gizli nedeni; bireyleri bilinçli ve amaçlı davranışlarda bulunmaya iten dürtü veya dürtüler bileşkesi olarak tanımlarken (Keskin, 2000:3-6) Eren'e göre güdülenme, bir veya birden çok insanı, belirli bir yöne (amaca) doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamı olarak ifade edilmektedir (Eren, 1998:119).

Davranışı anlamada çok önemli bir süreç olan güdülenme süreci altı ana başlıktan oluşur (Başaran, 1991):

1. *Gerekseme:* Bireyin hissettiği fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkinliktir. İhtiyaçları sağlama ve yoksunluğu dengeleme çabası, kişiyi gerilime düşürerek sağlığını tehlikeye atabilir ve kişi, durulumunu sağlayacak etmeni ya da etmenleri edinmeye gereklilik duyar.

2.*Ortam arama:* Kişinin gereksemesinin doyurulması için elverişli bir ortamın olması gerekir.

3.*İstem*: Gerekseme, elverişli ortam bulunduğunda isteme dönüşür. İstemler, kişi tarafından açıkça bilinip, belirlendiği için kişilerce bilincine varılmış gereksemeler olarak ifade edilir.

4.*Seçenek arama:* Kişi, istemini karşılamak için elverişli seçenekler aramaya başlar. Ortamın bu istemin karşılanmasına elverişli olması, çoğunlukla elverişli seçeneklerin bulunmasını da kolaylaştırmaktadır.

5.*Davranış (eylem):* Kişinin seçtiği seçeneğin geçerlililiği, istemini karşılamada başarıya ulaşmasını sağlar.

6.*Doyum*: Bu aşamada kişi, yeterli doyuma ulaştığında, gerilimden kurtularak duruluma geçer. Doyum yeterli düzeyde olmadığında kişi, yeniden güdülenerek bu aşamalara baştan başlayabilmekte veya isteminden vazgeçmekte ya da akıl sağlığı tehlikeye girmektedir.

Bireylerin ve toplulukların mevcut davranışlarını değiştirmek veya olumlu davranışa yöneltmek için öncelikle yukarıda kısaca değinilen davranışı etkileyen bireysel faktörlerin anlaşılması gerekmektedir.

Davranışı yerine getirme niyetinde olan kişi, amacına ulaşmak için onu harekete geçiren güdüsü ile mevcut tutumunu, (davranışı değiştirmeye yönelik) sağlık iletişim kampanyaları sayesinde değiştirir. Sağlık iletişim kampanyalarının sorunu tüm yönleri ile ele alıp kişileri davranışın olumlu sonuçlar getireceğine ikna etmesi ile davranış değişikliği gerçekleşir. Kişi, davranışını değiştirerek sağlık sorununun üstesinden gelir.

2.2.4. Algı

Dış dünyaya ilişkin tüm bilgiler, duyum ve algı yolu ile elde edilir. Duyum, bir duyu organının uyarılmasıyla oluşan psikolojik-fizyolojik olay olarak açıklanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Nesnel çevrenin bireyin duyu organları üzerindeki etkisi olarak tanımlayabileceğimiz duyum, işlenmemiş bir bilgidir. Duyu organlarına gelen bu

bilginin alınması, yorumlanması, seçilmesi ve düzenlemesine ise algı adı verilir. Algılar, duyumların sonucu olarak ortaya çıkarlar.

Algılama, dış dünyadaki soyut ve somut nesnelere ilişkin olarak aldığımız duyumları yorumlama ve anlamlı hale getirme sürecidir. Buna göre algılama, herhangi bir olayı, nesneyi, ilişkiyi görmek, duymak, tatmak, koklamak ve dokunarak hissetmek olarak ifade edilebilinir (İnceoğlu, 2010:68). Örneğin bir tat almak duyum iken, bunun ne tadı olduğunu anlamak algıdır. Bir arabayı görmek duyumdur, bunun hangi renkte olduğunu anlamak algıdır. Yorumlama için algı gerekir. Algılama sadece fizyolojik bir olay değil, aynı zamanda, bireyin inançlarından, tutumlarından, kişilik özelliklerinden etkilenen subjektif bir yorumdur. Birey, kendi kişiliğine, dünya görüşüne, yaşantısına, bilgilerine, tecrübe, ihtiyaç ve değer yargılarına göre algılamaktadır. Hellriegel'e göre algılama; bireyin çevresindeki cisimleri, olayları ve durumları kavraması, gerektiğinde arayıp bulması, elde ettiklerini bir bilgi sistemi içerisinde düzenlemesi sürecini ifade eder (Hellriegel, 1987:87).

Birey, dış dünya ile ilgili olarak elde ettiği, işlediği bilgilerle çevresi hakkında yorum ve fikirler oluşturur. Bu da bireyin algılama sürecine göre davranış ve tutumlarını oluşturur. Ancak bu yorum ve fikirler zamanla değişebilir. Bunun nedeni algılama sürecinin sürekliliğidir. Zaman içinde öğrenilen yeni bilgiler, bunların işlenmesi ve anlama kavuşturulması yeni inanç, tutum ve davranışların oluşmasına yol açar.

Algıyı etkileyen "algıda seçicilik, algıda değişmezlik ve algıda organizasyon" faktörlerini ve algı yanılmalarını Ertürk aşağıdaki şekilde özetlemektedir (Ertürk, 2010:233-237):

Algıda seçicilik, çevrede bulunan uyarıcılardan, olaylardan veya nesnelerden bir ya da birkaçına dikkati yöneltmektir. Burada önceki öğrenme, dikkat, ilgi ve güdülenme önemlidir. İçinde bulunulan anda duyu organlarını etkileyen farklı uyarıcılar arasından hangisini/hangilerinin seçerek algılanacağını belirleyen en önemli unsur dikkattir. Dikkatin hangi uyarıcılar üzerine yoğunlaşacağını dış etmenler (uyarıcıların yapısal özellikleri) ve iç etmenler (algılayan kişinin özellikleri) belirler.

Algıda seçiciliği etkileyen dış etmenler; uyarıcının şiddeti ve büyüklüğü, zıtlık, hareketlilik, ani değişiklik, tekrar ve tuhaflıktır. İç etmenler ise beklentiler, ilgi, gereksinim ve önceki öğrenme ve deneyimlerdir. Algıda değişmezlik, daha önce bir kez algılanan nesnelerin, şekilleri ve büyüklüklerinin değiştiği farklı durumlarda dahi önceki öğrenme ve deneyimlerin etkisiyle gerçekte olduğu gibi algılanmasıdır. Algıda organizasyon, uyarıcıların bir bütün içinde algılanmasıdır. Normalde uyarıcılar, duyu organlarını bireyin algıladığı gibi bütün olarak değil, tek tek etkilemektedir. Ancak algının organizasyon özelliği sayesinde, mevcut uyarıcılar anlamlı bir bütün halinde algılanır. Varlıkların gruplar halinde algılanmasında (birbirine benzeyen şekiller), şekil-zemin ilişkisi içinde (zeminin şekil veya şeklin zemin olarak algılanması) ve eksikliklerin tamamlanarak (önceden algılanan nesnenin bir parçası eksik verilse de zihnin tamamlaması) algılanmasında algıda organizasyon özelliği etkilidir. Algı yanılması, uyarıcıların olduğundan farklı olarak yada hiçbir uyarıcı yokken bir uyarıcı varmış gibi algılanmasıdır. Algı yanılmaları, algılama düzenimizin hata yapmaya açık olduğunu ve algı ürününün mükemmel olmadığını gösterir. İki tür algı yanılması vardır. Bunlar, "illüzyon (uyarıcı duyumun yanlış algılanması) ve halüsinasyon (herhangi bir uyarıcı olmadığı halde uyarıcı varmış gibi algılama)"dur.

Algılama, insana ulaşan bütün uyarıları biçimlendiren iki yönlü bir süreçtir. Hem gereksinimler, güdüler ve tutumlar algılamayı etkiler, hem de algılama gereksinmeler, güdüler ve tutumları etkiler (Baysal ve Tekarslan, 1996:101). Tutumların dış belirtilerinin davranışlardır ve algılama genel olarak tüm davranışları etkiler.

Sağlıkla ilgili durumlarda uyarıcının fiziksel nitelikleri, kişinin kişilik, tecrübe ve içinde bulunduğu durumun özellikleri önemlidir. Kişi yaşamı boyunca çevresi ile iletişim halindedir ve bu iletişim sonucunda elde ettiği bilgi ve haberleri bu özelliklerin yardımıyla biraraya getirip işleyerek davranışlarının temelini oluşturur. Davranış değişikliği yaratmayı hedefleyen sağlık iletişim kampanyaları hazırlanırken duyumlar aracılığıyla anlamlı hale getirilerek algıya dönüştürülen uyarıcıların dikkatle seçilmesi gerekir.

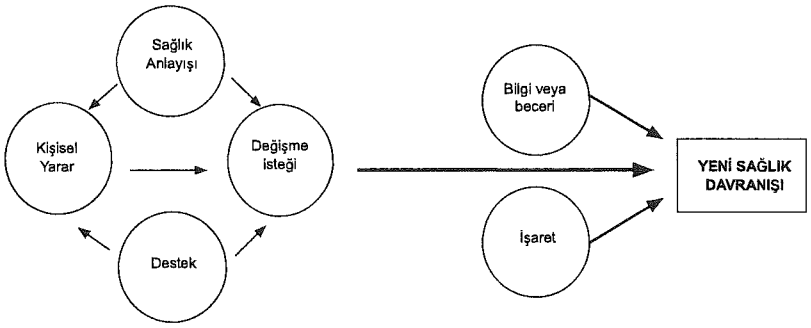
2.3. SAĞLIK DAVRANIŞI

Hastalıkların oluşmasında biyolojk ve tıbbi nedenlerin yanısıra, bireylerin sağlıkla ilgili davranışları da önemlidir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için yaptığı her türlü faaliyeti tanımlar. Bir bireyin sağlıklılık halini korumak ve sürdürmek için, içinde bulunduğu veya ulaşmak istediği sağlık durumundan bağımsız bir şekilde, yaptığı bütün davranışlar sağlık davranışı olarak adlandırılmaktadır. Bu davranışların belirlenen hedeflere hizmet etmesi veya etmemesi önemli değildir. Bireyler, sağlıklarını korumak için çeşitli kişisel ve toplumsal kaynaklardan etkilenerek birtakım davranışlarda bulunurlar. Sağlığın korunması yönündeki bu davranışlar ve herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında kişilerin yaptıkları, genel olarak "sağlık davranışı" terimi ile ifade edilmektedir (Araz vd., 2007:113). Sağlık davranışları bireyin sağlığa verdiği önem, sağlığı kontrol etme biçimi, ve hizmete ulaşmada karşılaştıkları engel ve kültürel özelliklerden etkilenir.

Sağlık davranışı, bireyin sağlığa ilişkin olarak var olan eylemleri olarak tanımlanabilir. Bireyin öznel standartlarına, geçmiş deneyimlerine, toplumsal ve çevresel etmenlere bağlı olarak mevcut davranışının pekiştirilmesi veya değiştirilmesi şeklinde gerçekleşir (Bulduklu, 2010:77).

Gochman sağlık davranışının, sağlığı sürdüren, yeniden yapılandıran ve geliştiren bireysel inanç, beklenti, değer, algı, bilişsel öğeler, kişilik özellikleri, alışkanlıklar ve eylemlerle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Tanım, sağlıkta bireysel sorumlulukların önemine dikkat çekmektedir (Gochman, 1982:167-174).

Yeni bir sağlık davranışı; sağlık kavramı, kişisel yarar, niyet ve desteğe bilgi-beceri ve işaretin eklenmesi ile oluşmaktadır. Turan Set, "Sağlık Eğitimi" konulu çalışmasında, entegre sağlık davranışı modelini aşağıdaki şekilde göstermektedir:



Şekil 11: Entegre Sağlık Davranışı Modeli (aile.atauni.edu.tr).

Kasl ve Cobb, sağlık davranışını üç başlık altında tanımlamaktadır (Kasl ve Cobb, 1966b:531):

1.*Koruyucu Sağlık Davranışı:* Sağlıklı olduğunu düşünen kişinin hastalıkla ilgili herhangi bir belirti olmadan hastalığı önlemek ya da erken tanı amacıyla gerçekleştirdiği davranış.

2.*Hastalık Davranışı:* Hasta olan kişinin, sağlık durumunu tanımlamak ve gereken uygulamayı yaptırmak için gerçekleştirdiği davranış.

3.*Hasta Rolü Davranışı:* Hasta olduğunu düşünen kişinin iyileşmek için gerçekleştirdiği davranıştır. Esas olarak tedaviye uyumu içerir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük yaşamında kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek gerçekleştirmesidir. Bu davranışları tutum haline dönüştüren kişi, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Zaybak ve Fadıllığıoğlu konuya ilişkin yorumlarında sağlık davranışının, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olduğunu belirtmişlerdir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004:77-95).

Elder, dünyadaki hastalıkların kökeninde yeralan biyolojik ve tıbbi nedenlerin yanısıra, bireylerin sağlıksız davranışlarının da mevcut sağlık durumlarının çoğunda ana etken olduğunu belirtmektedir (Elder, 2001:6). Kişinin sahip olduğu olumsuz sağlık davranışları, bilgi eksikliği ya da yanlış bilgilendirmeden kaynaklanabileceği gibi demografik, kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerden de kaynaklanabilmektedir.

Yeni bir sağlık davranışının geliştirilebilmesi sayılan bu faktörlerin yanısıra değişme isteği ve destek ile mümkündür.

Son yirmi yılda, sağlık davranışı ile ilgili çalışmalar giderek artmış, sağlık eğitimi ve halk sağlığı hedeflerinin gerçekleştirilmesinde bir amaç olarak tanımlanmıştır. Sağlık davranışı, doğası gereği sağlık ve sosyal bilimleri kapsamakta, bu nedenle psikoloji, sosyoloji, antropoloji, iletişim ve pazarlama gibi çeşitli disiplinlerin teorik yaklaşımlarında yer almaktadır (Glanz, 2008:5).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarının başarısı, insanların bilgi, düşünce ve davranışlarının değişmesi ile olasıdır. Sağlık iletişimi kampanyaları, bu üç faktörü değiştirebilmek sağlık iletişiminin çok disiplinli yapısı nedeniyle hem davranış bilimleri içinde geliştirilen teori ve modeller hem de iletişim disiplininin geliştirdiği teori ve modellerden faydalanmaktadır.

2.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN DAVRANIŞSAL TEORİ VE MODELLER

Teori, olayları ve durumları önceden öngörmek veya açıklayabilmek için değişkenler arasındaki ilişkileri gözönünde bulundurarak olay ve durumları, sistemik biçimde inceleyen kavramlar, tanımlar ve ifadeler grubudur. Teoriler, araştırmacı ve akademisyen tarafından "Neden, Ne ve Nasıl ?" sorularına yanıt aramak için kullanılırlar. Teoriler, sağlık davranışı dinamiklerini açıklamaya yardımcı oldukları gibi bireylerin birtakım sağlık davranışlarını yapma veya yapmamalarının nedenlerini araştırmak ve ortaya çıkarmak için de rehberlik etmektedirler. Teori, ayrıca planlayıcıların en uygun hedef kitleyi seçmesinde, değişimin oluşmasındaki metodlar ve değerlendirme çıktılarında da yardımcıdır (Glanz ve Rimer, 2005:4-5).

Teori, bir olaya açıklık getiren tamamlanmış önermeler dizisidir. Etkinlik ve durumları anlamak için sistematik bir yol sunar. Model ise teorinin bir altsınıfıdır. Bir olayı araştırmak ve/veya irdelemek için bir sistem sağlar. Süreçlerin öğrenmeyle altını çizme girişiminde bulunmaz onları sadece açıklamakla yetinir. Teorilerin uygulanmasına ortam sağlar ve araç teşkil eder Teori ve modeller, reaktif stratejilerle çok az insana ulaşmak yerine proaktif stratejilerle daha fazla sayıda

insana ulaşılmasını sağlamaktadırlar (www.healthpromotionagency.org.uk).

Sağlık davranışını tek bir teori ve model ile açıklamak mümkün değildir. Bu yüzden son yıllarda sağlık davranışlarının anlaşılabilmesi, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve hedef kitleye kazandırılmasında çeşitli teori ve modeller geliştirilmiştir. Her bir teorinin ve modelin kendine özgü bazı özellik ve üstünlükleri vardır. Genel olarak kabul edilmiş tek bir teori ve model bulunmamaktadır.

Teori ve modeller, özellikle bir sağlık sorununa karşı bireysel ve toplumsal düzeyde önlemler almak amacıyla yürütülen kampanyalarda etkin rol oynamaktadır. Bir sağlık iletişimi kampanyası yürütürken amaç; belirlenen hedef kitle için önerilen bir davranış biçimini yerleştirmek ya da riskli bir davranış biçimini ortadan kaldırmaktır. Bu bağlamda en önemli soru, insanların yeni davranış biçimlerini neden ve nasıl benimsemekte olduğudur. Sağlık psikolojisi, sağlık eğitimi ve halk sağlığı alanları bu soruya açıklamaya yönelik bazı davranış teori ve modelleri ortaya koymaktadırlar. Sağlık davranışı pratiklerinde geçerliliği ve güvenilirliği bilimsel yöntemlerle kanıtlanmış bu teori ve modellerin farkında olmak, sağlık iletişimi disiplini açısından önemlidir. Sağlık iletişimi uygulayıcıları çalışmalarında, bunların içinden kendilerine ve hedef kitlelerine en uygun olanları tercih edip kullanmalıdırlar.

Sağlık iletişimde kullanılan davranışsal teori ve modeller; McGuire'ın İkna Modeli, Nedene Dayalı Eylem Teorisi, Planlı Davranış Teorisi, Bütünleşik Davranış Modeli, Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Sosyal Bilişsel Teori, Toplumsal Organizasyon Teorisi, Tüketici Bilgi İşleme Süreci, PRECEDE-PROCEED Modeli, Örgütsel Değişim Teorisi, Yeniliklerin Yayılması Teorisi, Transteorik Model ve Korunma Motivasyon Teorisi'dir (Thomas, 2006:65-70; Schiavo, 2007:32-45).

Glanz ve arkadaşlarının, sağlık davranışını değiştirmeye ilişkin geliştirilen ve en çok kullanılan teori ve modellere yer vermek üzere yaptığı araştırma kapsamında, 1986-1988, 1992-1994, 1999-2000 ve 2000-2005 yılları arasında basılmış sağlık eğitimi, tıp ve davranış bilimlerini kapsayan yayın ve makaleler incelenmiştir. Araştırmacılar, 1986-1988 yılları arasında inceledikleri 116 teori odaklı makalede, 51

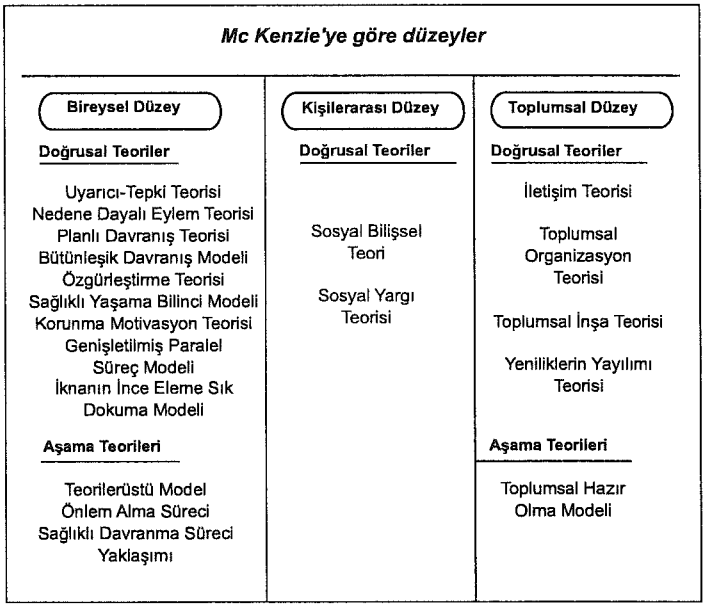
farklı teorik formulasyon bulunduğunu belirtmişlerdir. Bunlardan en önemli üç tanesi; Sosyal Öğrenme Teorisi, Nedene Dayalı Eylem Teorisi ve Sağlık İnanç Modeli'dir. Kitabın ikinci baskısı için 1992-1994 yılları arasında basılmış sağlık eğitimi, tıp ve davranış bilimlerini kapsayan 24 farklı yayındaki 526 makale incelediğinde ise 66 farklı teori ve model tespit edilmiştir. Üçüncü baskı için 1999-2000 yılları arasında sağlık eğitimi, sağlık davranışı ve koruyucu hekimlikle iligili 12 yayın tekrar gözden geçirildiğinde ise 10 teori ve model en çok kullanılanlar olarak öne çıkmıştır. Kitabın son baskısı için yinelenen 2000-2005 yılları arasındaki çalışma neticesinde, düzinelerce teori ve modelin kullanıldığı ancak yalnızca bazılarının çok sayıda yayında, bir çok akademisyence kullanıldığı saptanmıştır. En çok kullanılan teori ve modeller, Transteorik Model, Sosyal Bilişsel Teori ve Sağlık İnanç Modeli'dir. Glanz ve arkadaşları, uzun yıllara yayılan bu çalışma neticesinde aşağıdaki tabloyu oluşturmuşlardır (Glanz, 2008:31-33).

Teori/Model (Tanımlanan teoriler)	1986-1988 (51)	1992-1994 (66)	1999-2000 (na)	2000-2005 (55)
Sağlık İnanç Modeli	✓	✓	✓	✓
Sosyal Öğrenme Teorisi				
Sosyal Bilişsel Teori	✓	✓	✓	✓
Nedene Dayalı Eylem				
Planlı Davranış Teorisi	✓	✓	✓	✓
Transteorik Model		✓	✓	✓
Sosyal Destek ve Sosyal Ağlar		✓	✓	✓
Toplumsal Organizasyon Teorisi		✓	✓	
Sosyal Pazarlama		✓		✓
Yeniliklerin Yayılması		✓	✓	✓
Stres ve Başa Çıkma		✓	✓	✓
Hasta-Doktor Etkileşimi		✓	✓	
Ekolojik Modeller/ Sosyal Ekoloji			✓	✓

Tablo 6: En Çok Kullanılan Sağlık Davranışı Teori ve Modelleri Eğilimleri (Glanz, 2008: 32).

Sağlık davranışı teori ve modelleri, farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde gruplandırılmaktadır. Bu düzeyler, Thomas (Thomas, 2006,65-70) ve McKenzie ve arkadaşları (McKenzie vd., 2009:165) tarafından bireysel, kişilerarası ve toplumsal olarak sıralanmaktadır. Araştırmacıların bu düzeylerin altında sıraladıkları alt uygulamalar ise farklıdır.

<table>
<tr><th colspan="3">Thomas'a göre düzeyler</th></tr>
<tr><th>Bireysel Düzey</th><th>Kişilerarası Düzey</th><th>Toplumsal Düzey</th></tr>
<tr><td>Davranışsal Niyetler</td><td rowspan="4">Sosyal Bilişsel Teori</td><td>Organizasyon Değişim Teorisi</td></tr>
<tr><td>Değişim Aşamaları</td><td>Toplumsal Organizasyon Teorisi</td></tr>
<tr><td>Sağlık İnanç Modeli</td><td rowspan="2">Yeniliklerin Yayılması Teorisi</td></tr>
<tr><td>Tüketici Bilgi İşleme Modeli</td></tr>
</table>



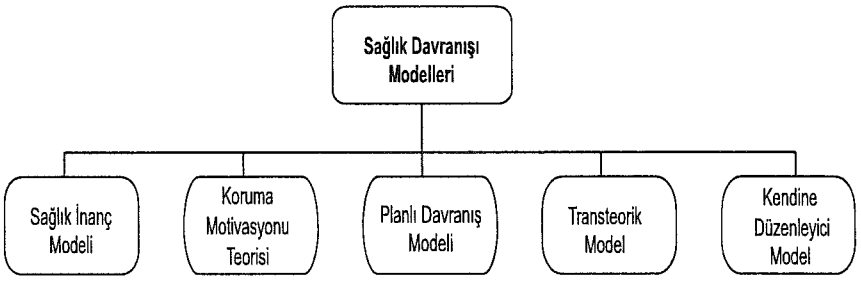
Şekil 12: Thomas ve McKenzi'ye Göre Sağlık Davranışı Değişikliği Oluşturma Düzeyleri ve Alt Uygulamaları (Thomas, 2006:65-70; McKenzie vd., 2009:165).

Campbell yaptığı araştırmalarda, insan davranışını etkileyen teori ve modelleri, üç kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (www.msucares.com).

<table>
<tr><th>Bireysel Sağlık Davranışı Model ve Teorileri</th><th>Kişilerarası Sağlık Davranışı Model ve Teorileri</th><th>Toplumsal Seviye Model ve Teorileri</th></tr>
<tr><td>Sağlık İnancı Modeli</td><td rowspan="5">Sosyal Ağ ve Sosyal Destek Teorileri</td><td>Toplumsal Organizasyon Teorisi</td></tr>
<tr><td>Değişim Aşamaları veya Transteorik Model</td><td>Örgütsel Değişim Teorisi</td></tr>
<tr><td>Tüketici Bilgi İşleme Modeli</td><td>Yeniliklerin Yayılması Teorisi</td></tr>
<tr><td>Nedene Dayalı Eylem Teorisi</td><td rowspan="2">Ekolojik Modeller</td></tr>
<tr><td>Sosyal Öğrenme veya Sosyal Bilişsel Teori</td></tr>
</table>

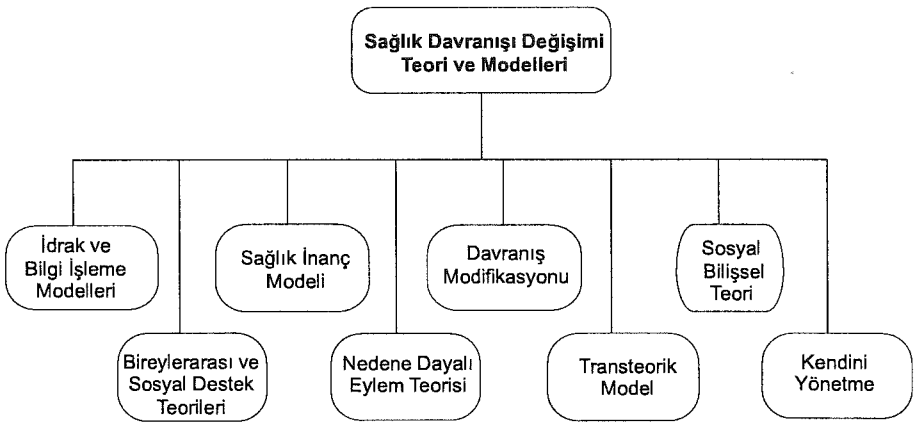
Şekil 13: Campbell'a Göre Davranışsal Teori ve Modeller(www.msucares.com).

Berry ise beşli bir ayrım yaparak en etkili modellerin Sağlık İnanç Modeli, Korunma Motivasyonu Teorisi, Planlı Davranış Teorisi, Transteorik Model ve Kendine Düzenleyici Model olduğunu belirtmiştir (Berry, 2004:54-55).



Şekil 14: Berry'e Göre Sağlık Davranışı Modelleri (Berry, 2004:54-55).

Elder, Ayala ve Haris ise sekiz teori ve modelden bahsetmektedir (Elder vd.,1999:277). Bu modellerin bazıları diğer araştırmacılarla aynıyken bazıları da farklıdır.



Şekil 15: Elder'a Göre Sağlık Davranışı Değişimi Teori ve Modelleri (Elder vd.,1999:277).

Çalışma kapsamında, yukarıda adı geçen teori ve modellerden sağlık iletişiminde en çok kullanılan 14 teori ve modele yer verilecektir.

2.4.1. McGuire'ın İkna Modeli

McGuire'ın İkna Modeli (1968), iletişimin, tutumlar ve davranışları değiştirme amacıyla kullanılacağını belirterek iletişim sürecindeki öğelerin (kaynak, mesaj, kanal, alıcı) ikna süreci içinde geçerli olduğunu öne sürmektedir. Buna bağlı olarak ikna-iletişim sürecinin altı adımını (www.nd.edu):

Sunum > Dikkat > Anlama > Kabul Etme > Mesajı Akılda Tutma > Davranış

olarak tanımlamaktadır. (Bu süreç, "sunum" içine alınmaksızın beş adım olarak da ifade edilmektedir).

Sunum, McGuire'ın ikna edici mesajlar için kullandığı bir terimdir. Ona göre insanlar, dikkate almadıkları bir mesaj için ikna edilemezler bu yüzden ikna iletişim

sürecinin ilk adımı sunumdur. İkinci adımda mesaja dikkat eden hedef kitle üçüncü adımda mesajı anlar. Kabul etme, McGuire'ın mesajın kabulu için kullandığı ve tutum değişikliğinin meydana geldiği adımdır. Mesajın akılda tutulması olarak nitelendirilen beşinci adım, tutum değişikliğinin ne kadar süreceği ile ilgilidir. Tutum değişikliği, ikna edici mesajlar devamlı tekrarlandığında mümkündür. Fakat insanların tutumları değiştirilse de başka ikna edici mesajlar (veya deneyim) yeni bir tutum değişikliğine neden olabileceği için değişiklik sonsuza kadar sürmeyecektir. İkna-iletişim sürecinin son adımı ise davranıştır. Sonuç olarak McGuire'ın İkna Modeli, alıcıların mesaja açık olmaları, anlamaları, mesajı kabul etmeleri, mesajı hatırlamaları, saklamaları, tutumlarında değişiklik yapmaları ve son olarak da davranışta bulunmak için niyetlerini göstermelerini içermektedir. Modele göre, insanlar bu altı adımdan geçerek ikna olmakta ve davranışlarında değişikliğe gitmektedirler (www.cios.org).

Örneğin; Sigara içen birey, kitle iletişim araçlarında karşısına çıkan sağlık iletişim kampanyasından gelen mesajlara açıktır. Etkili bir kampanya sunumu ve mesajın güvenilir kaynaktan gelmesi bireyin dikkatini çekmek açısından önemlidir. Mesajı anlayan birey, kabul edip sigarayı bırakmak için olumlu bir tutum içine girer. Tutum değişikliğinin olabilmesi için kampanyadaki ikna edici mesajların tekrarlanması gerekir. İkna edici mesajların tekrarının yardımı ile birey, niyetini davranışa dönüştürmek için sigara almaz.

McGuire'a göre bu adımların tamamlanması; mesaj kaynağının özelliklerine (çekicilik, güvenilirlilik), mesajın tasarımına (organizasyon, biçim), kanalın özelliklerine (doğrudan olması) ve mesajı alanın özelliklerine (ruh hali, eğitim) bağlıdır. Bu model, bazı mesajların nasıl ve neden başarılı ya da başarısız olduklarını açıklamaya yardım eder (Rice ve Atkin, 2000:22).

2.4.2. Nedene Dayalı Eylem Teorisi

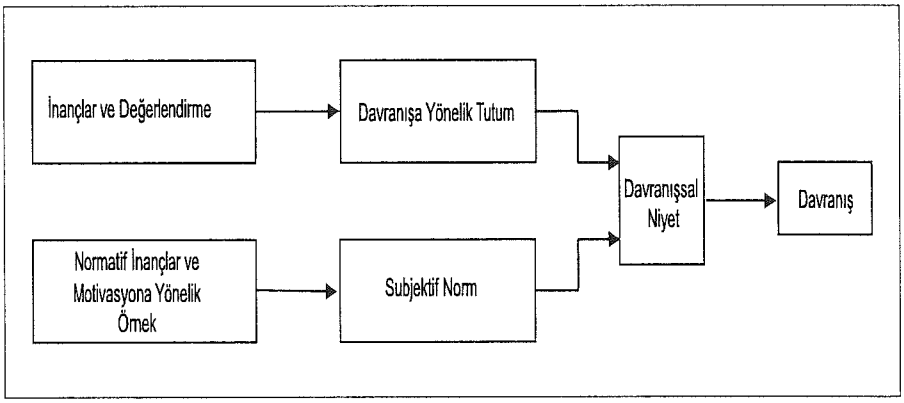
Nedene Dayalı Eylem Teorisi, Fishbein ve Ajzen tarafından (1975) davranışla ilgili niyet, inanç ve tutum arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla oluşturulmuştur. Teoriye göre davranışın en önemli belirleyicisi, davranışsal niyettir (behavioral intention). Davranışını değiştirmek isteyen kişi önce niyet eder. Bu yüzden niyet, davranışın öncüsü, ön koşulu olarak tanımlanmaktadır (Fishbein ve Ajzen,1975).

Fishbein ve Ajzen'e göre davranışı anlayabilmek için öncelikle davranışsal niyeti nelerin oluşturduğunu belirlemek gerekmektedir. Niyet ile davranış arasındaki ilişki, iki etkene bağlıdır (Baltaş, 2008:40):

1.*Bireysel etki:* Kişinin konu hakındaki kişisel görüşü, davranışa yönelik inancı ve tutumu önemlidir. Davranışın yaşamlarına olumlu sonuçlar getireceğine inanan kişiler, davranışı benimsemek konusunda olumlu bir tutum içinde olurlar. Aynı anda belirli kişi veya grupların ya da kişinin değer verdiği insanların (anne-baba, eş, arkadaş vb.) davranış hakkındaki pekiştirici mesajları, inancı ve buna bağlı olarak niyeti arttırır. Örneğin; diş fırçalamanın kendisi için yararlı olacağını düşünen ve buna inanan bir çocuk, diş fırçası kullanma konusunda olumlu bir tutum takınacaktır. Davranışı belirleyen sonucudur.

2.*Sosyal etki:* Kişinin içinde yaşadığı toplumu oluşturan kişi veya grupların kişinin yaptığı davranış hakkındaki düşünceleri ve kişinin önem verdiği insanların bu davranışı onaylayıp onaylamadığı ile ilgilidir. Bu içselleştirilmiş algılamalar olarak belirtilen subjektif normların oluşmasına yol açan "sosyal baskı"dır. Sosyal baskı, subjektif normları belirleyerek davranışı yönlendirmektedir. Örneğin, fazla sayıda çocuğu olan bir kadın, bu durumun sağlığını olumsuz etkilediğini anlayıp yardım almaya niyet eder. Çevresinden de çocuk doğurmaması için yapılan baskılar vardır. Bu arada Türkiye Aile Planlaması Derneği'nin "Artık Çocuk Değiliz Kampanyası" başlar. Davranışa yönelik niyeti destekleyen normlar ve sosyal baskıya ek olarak kitle iletişim araçlarında, modern korunma yöntemlerini ve doğurganlık bilincini arttırmak amacıyla başlatılan kampanyayı gören kişi, kampanyadan gelen pekiştirici mesajların etkisiyle istenmeyen gebelikleri önlemek için olumlu bir tutum içine girer. Niyetini davranışa dönüştürmek için bir sağlık merkezine başvurur.

Davranışa yönelik tutum, objektif olgularla tanımlanamamakta fakat davranışı yönlendiren subjektif normlar ve bunların sonuçlarının değerlendirilmesi ile tanımlanabilmektedir. Bu subjektif normlar, inançlar olarak nitelendirilmektedir.



Şekil 16: Nedene Dayalı Eylem Teorisi (Fishbein-Ajzen,1975).

Kişinin bir sağlık davranışını gerçekleştirip gerçekleştirmeme durumunda, güdülenme ve sosyal baskı da önemlidir. Bu baskı yakın çevreden (aile, eş ve arkadaş) olabileceği gibi profesyonellerden (doktor, akademisyen) de gelebilir. Demografik değişkenler, genel tutumlar ve duruma dahil olan bireylerin özelliklerinin de sağlık davranışını etkilediğinin dikkate alınması gerekmektedir.

Kişinin nedene dayalı davranışlarını en iyi tahmin eden etkenlerin, kişinin söz konusu davranışlara yönelik tutumu ve bu konudaki subjektif normları olduğunu belirten teoriye göre; kişilerin mantıklı düşündükleri, davranışlarının sonuçlarını hesaba kattıkları ve arzu edilir sonuçları doğuracak davranışları elde ettikleri bilgiyi kullanarak verdikleri düşünülmektedir.

McKenzie ve ark. tarafından nedene dayalı eylem teorisine getirilen eleştirilerde şöyle denilmektedir (McKenzie vd., 2009:168):

> *"Nedenli Eylem Teorisi'nin daha çok tamamen istemli davranışlar söz konusu olduğunda başarılı olduğu; gerçekleştirilmesi sadece isteğe bağlı olmayan davranışlara uygulandığındaysa güçlüklerle karşılaşıldığı tespit edilmiştir. Bu duruma, sigara içen birisinin sigarayı bırakmayı (davranışa niyetlenme) deneyip de bırakamaması, bırakmakta başarısız olması örnek gösterilebilir. Böyle bir durumda davranışa niyetlenme düzeyi yüksek olsa da;*

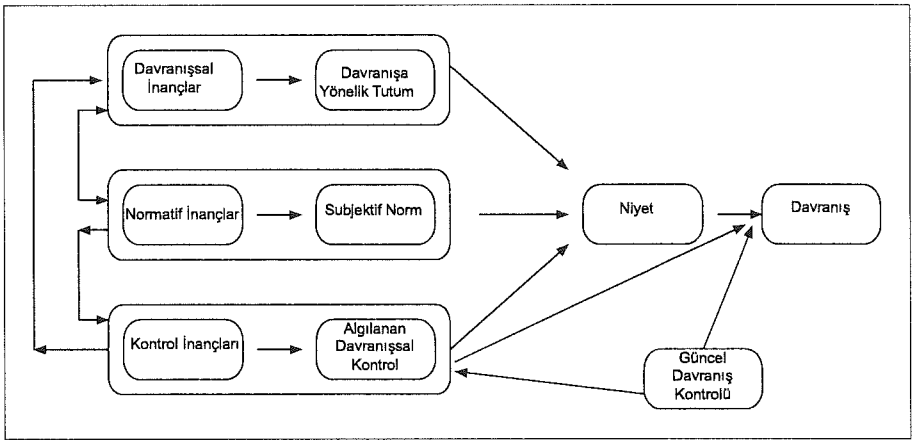
gerekli fırsat, beceri ve kaynaklar gibi isteğe/güdülenmeye bağlı olmayan unsurlar başarıyı engelleyebilmektedir".

Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin sağlık davranışı uygulamalarında ortaya çıkardığı önemli bir sorun da zamanla ilgilidir. Davranışın gerçekleştirilmesinde kişinin davranışsal niyeti tarafından belirlenen iradenin etkisi önemlidir. Niyet tarafından belirlenen güdülenme, tutum ve subjektif normlar, davranışın ana belirleyicisidir. Niyet ve davranış arasındaki zaman aralığının uzaması kişinin mantıklı davranışını engelleyecek irade dışı faktörlerin ortaya çıkmasına neden olmakta bu da kişinin niyeti ile davranışı arasındaki ilişkiyi azaltmaktadır (Baltaş, 2008:40).

2.4.3. Planlı Davranış Teorisi

Planlı Davranış Teorisi, Fishbein ve Ajzen'in beraber oluşturduğu Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin geliştirilmiş şeklidir. Bu teorilerin her ikisi de davranışların belli bir nedene dayandığı varsayımı üzerine kuruludur. Teorilere göre, insanlar davranışlarının sonuçları hakkında önceden düşünürler, seçtikleri sonuca ulaşmak için bir karara varıp bu kararı uygularlar. Nedene dayalı eylem teorisi, kişinin tamamen kontrolü altındaki davranışların açıklanabildiğini belirtmektedir. Ancak davranışların oluşma şartları (ortam, zaman vs.) her zaman buna uygun olmayabilmektedir. Bu durumda algılanan davranışsal kontrolün gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu kontrol, bireyinlerin belirli bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik kişisel algılarını ifade eder. Planlı davranış teorisi, nedene dayalı eylem teorisine, "algılanan davranışsal kontrol" değişkeninin eklenmesiyle Ajzen'in tarafından oluşturulmuştur. İki teori arasındaki temel farklılık, davranışsal niyetin belirleyicisi olan bu kontroldür (Chang, 1998:1825-1834).

Planlı davranış teorisine göre insanların toplumsal davranışları belirli faktörlerin kontrolü altında olup belirli nedenlerden kaynaklanır ve planlı bir şekilde ortaya çıkar. Ayrıca yine teoriye göre insan davranışını, üç faktör yönlendirmektedir. Bunlar; davranışın muhtemel sonuçları ile ilgili inançlar (davranışsal inançlar), diğer kişilerin normatif beklentileri ile ilgili inançlar (normatif inançlar), davranışın performansını engeleyen veya kolaylaştıran faktörlerin varoluşu ve bu faktörlerin gücünün anlaşılması ile ilgili inançlar (kontrol inançları).



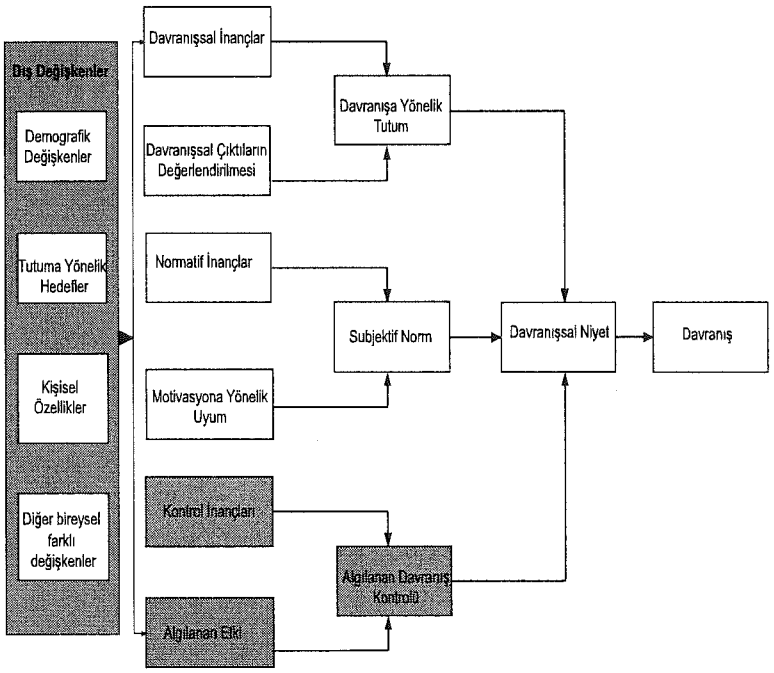
Şekil 17: Planlı Davranış Teorisi (http://people.umass).

Davranışsal inançlar, davranışa yönelik olumlu veya olumsuz tutumları meydana getirir, normatif inançlar ise gözle görülen sosyal baskıyı ifade eder. Kısaca belirtmek gerekirse kişi yapacağı davranışı diğer insanların nasıl karşılayacağını, neler diyeceğini düşünür. Bu gibi inançlar, subjektif norm ile ifade edilmektedir. Bir diğer değişken olan kontrol inançları ise algılanan davranışların birey tarafından ne derecede kontrol edilebilir olduğuna ilişkin algıdır. Bir diğer ifadeyle kişinin söz konusu davranışı gösterebilmesinin ne kadar kolay veya zor olacağı inancı olarak belirtilebilir.

Davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol, davranışsal niyetinin oluşmasına neden olmaktadır. Genel bir kural olarak davranışa yönelik tutum ve subjektif norm ne kadar olumluysa ve algılanan davranışsal kontrol ne kadar güçlü olursa bireyin söz konusu davranışı yerine getirme niyeti de o kadar daha güçlü olacaktır.

Niyet, davranışın gerçekleşmesinden hemen önceki noktayı işaret etmektedir. Bir insanda davranışın ortaya çıkabilmesi için öncelikle niyetin oluşması gerekir. Davranışı gösterme ya da göstermeme niyeti davranışın en önemli belirleyicisidir. Bu belirtilenler dikkate alındığında, davranışın ancak belli bir niyet sonrası ortaya çıktığı ve doğrudan davranışa yönelik niyetin kontrolü altında olduğu söylenebilir.

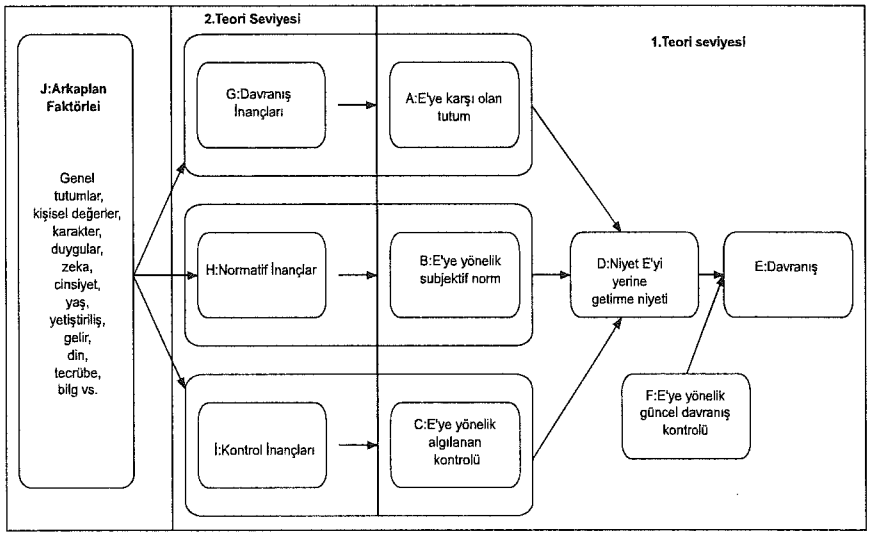
Glanz, Nedene Dayalı Eylem ve Planlı Davranış Teorileri'ni biraraya getirerek Şekil 18'i oluşturmuştur. Açık renkli alanlar, Nedene Dayalı Eylem Teorisi'ni, diğerleri ise Planlı Davranış Teorisi'ni göstermektedir.



Şekil 18: Nedene Dayalı Eylem ve Planlı Davranış Teorisi (Glanz, 2008:70).

Yukarıdaki şekilde incelendiğinde, insan davranışına üç etmenin öncülük ettiği görülmektedir. Bunlar sırasıyla ele alındığında; davranışsal inançların davranışa yönelik tutumu, normatif inançların subjektif normları ve kontrol inançlarının ise algılanan davranışsal kontrol ve bunların birleşmesi ile de davranışsal niyetin oluştuğu görülmektedir. Özellikle algılanan davranışsal kontrolün yalnızca davranışa değil direk olarak davranışsal niyete etki ettiği kabul edilmektedir.

Ajzen, planlı davranış teorisini geliştirirken her yıl teoriye yeni basamaklar eklemektedir, 2006 yılında yaptığı çalışma ile planlı davranış teorisini aşağıdaki şekilde genişletmiştir (Okay, 2009:85). Genişletilmiş planlı davranış teorisi şekline göre arkaplan faktörleri; kişinin davranış inançlarını, normatif inançlarını ve kontrol inançlarını etkilemektedir.



Şekil 19: Genişletilmiş Planlı Davranış Teorisi (Okay, 2009:85).

Planlı davranış teorisinin ana belirleyicisi olan algılanan davranışsal kontrol, hem içsel (benlik algısı, yetenekler) hem de dışsal (fırsatlar, çevresel sınırlar gibi) faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca geçmiş deneyim ve gözlenerek toplanan bilgiler, gerçekleştirilecek davranışın zorluğunu artıran ve azaltan faktörler olarak inançları şekillendirir. Kişi gerekli olan kaynaklara ve fırsatlara ne kadar çok sahip olduğunu düşünürse ve ne kadar az engel algılarsa, davranış üzerindeki kontrolü o kadar güçlü olacaktır.

McKenzie planlı davranış teorisinde davranış üzerindeki kontrol algısının davranışı iki şekilde etkilediğini belirtmektedir (McKenzie, 2009:169):

1.Kişinin söz konusu davranışı gerçekleştirmeye yönelik davranışsal niyeti, diğer bileşenler gibi "motivasyonel" açıdan ve doğrudan etkiler. Bunun sonucunda davranış da dolaylı olarak etkilenmiş olur. Algılanan davranış kontrolü olmadan, davranışa yönelik tutum ve subjektif normlar güçlü olsa da davranış eğilimi düşük kalır.

2.Davranış sahip olunan motivasyona değil aynı zamanda sahip olunan (beceriler, kaynaklar vs.) gerçek kontrol düzeyine de bağlıdır. Bu yüzden

doğrudan davranışı etkileyebilir.

Günümüzde yapılan çalışmalar, sağlık davranışlarının bazı beceriler, koşullar, kaynaklar ve işbirliği gerektirdiğinden kişiler tarafından kolaylıkla yapılamadığını göstermektedir. Baltaş, "Sağlık Psikolojisi" adlı eserinde, sağlık davranışını etkileyen alanları tespit etmekte yaygın olarak kullanılan planlı davranış teorisine eklenen algılanan davranışsal kontrolün, sağlık davranışı üzerinde iki nedenden dolayı doğrudan etkisi bulunduğunu belirtmekte ve bu nedenleri şu şekilde açıklamaktadır (Baltaş, 2008:41) :

> *"Birincisi, davranış üzerindeki kontrol algısı yüksek olan birey, niyetini sabit tutarak daha çok dener ve kontrol algısı düşük olan bireye göre daha çok gayret eder. İkincisi davranışlarının önünde set oluşturacak gerçek engelleri görebilir ve bunlara karşı kendisini* güçlendirebilir ".

Planlı Davranış Teorisi'nin, sosyal psikoloji, psikoloji, sosyoloji ve çevre eğitimi alanlarındaki bilimsel araştırmalarda kullanıldığı görülmektedir. Teori ayrıca sağlıkla ilgili niyet ve davranışlar hakkında tahminde bulunmak amacıyla son yıllarda sıklıkla kullanılan tahmin gücü yüksek bir davranış teorisidir (Kaça vd., 2009:80).

Nedene Dayalı Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi'ne, fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanımı, AIDS'den korunma, mamografi çekimi, oral hijyen davranışlarının dahil olduğu pek çok sağlık davranışının açıklanmasında başvurulmaktadır.

2.4.4. Bütünleşik Davranış Modeli

Bütünleşik Davranış Modeli'nde de Nedene Dayalı Eylem ve Planlı Davranış Teorisi'nde olduğu gibi davranışı gerçekleştirmenin en önemli belirleyicisi, davranışsal niyettir. Niyet olmadan kişinin kendisine önerilen bir davranışı gerçekleştirmesi olası değildir.

Glanz, Bütünleşik Davranış Modeli'ndeki kavram ve bileşenleri aşağıdaki gibi özetlemektedir (Glanz, 2008:77-82):

Bütünleşik Davranış Modeli'ne göre, davranışsal niyet, 3 kavramsal kategoride şekillenmektedir. Bunlar; davranışa yönelik tutum, algılanan norm ve kişisel eylemliliktir. İlk kavram olan davranışa yönelik tutum, bir kişinin söz konusu davranışı gerçekleştirmeye yönelik gönüllülüğü veya gönülsüzlüğü olarak tanımlanır. Davranışa yönelik tutum, iki kavramdan oluşmaktadır: deneysel ve araçsal tutum. Deneysel tutum, bireyin önerilen önerilen davranışı gerçekleştirme düşüncesine verdiği duygusal tepkidir. Davranışa ilişkin güçlü olumlu ve duygular besleyen bireylerin davranışı gerçekleştirmeleri davranışa yönelik güçlü ve olumsuz bir duygusal tepkiye sahip bireylerin davranışı gerçekleştirmelerine göre daha olasıdır. Araçsal Tutum, bilişsel temellidir. Davranışın sonuçlarıyla ilgili fikirler olarak tanımlanmaktadır.

İkinci kavram olarak nitelendirilen algılanan norm, bireyin bir davranışı gerçekleştirmesi veya gerçekleştirmemesi durumunda hissettiği sosyal baskıyı yansıtmaktadır. Fishbein, Nedene Dayalı Eylem ve Planlı Davranış Teorisi'nde subjektif norm olarak tanımlanan zorlayıcı normun, kişi üzerinde etkili olabilecek normatif etkiyi tam olarak kapsamayabileceğini belirtmiştir. Ayrıca bireyin sosyal veya bireysel çevresindekilerin benzer durumda ne yaptıklarına ilişkin algılar da (tanımlayıcı norm) normatif etkinin önemli bir parçasıdır.

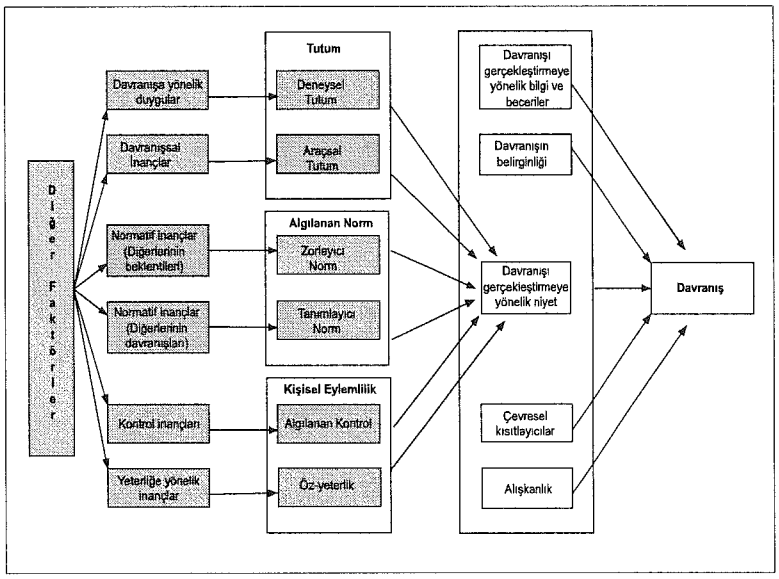
Modelin üçüncü kavramı kişisel eylemlilik, Tıp Enstitüsü'nün (Insititute of Medicine-IOM) "Sağlığı Konuşmak" adlı raporunda, Bandura tarafından bir kişinin kendi hayatı ve çevresindeki olaylar üzerindeki etkisi olarak ve davranışsal niyeti etkileyen ana faktör olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1989). Kişisel eylemlilik, iki kavramdan oluşmaktadır: algılanan kontrol ve öz-yeterlik. Algılanan kontrol, bireylerin belirli bir davranışı gerçekleştirmedeki kavrayış düzeylerini ifade eder. Çeşitli çevresel faktörlerin bireyin davranışı gerçekleştirmesini ne kadar kolaylaştırdığı ya da zorlaştırdığının derecesi ile tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile davranışın gerçekleştirilmesinin ne kadar kolay veya zor olarak algılandığıdır. Öz-yeterlik ise bireyin davranışı gerçekleştirmede çeşitli engel veya zorluklarla karşılaştığında, bunlarla başa çıkarak, davranışı gerçekleştirmeye yönelik sahip oluduğu güven düzeyidir.

Davranışa niyetlenme üzerinde bu üç yapının (tutum, algılanan norm, kişisel eylemlilik) önemi, incelenen farklı davranışlara ve farklı topluluklara göre değişik olabilir. Bu yüzden de mevcut "davranışa niyetlenmeyi" etkilemeye yönelik gerçekleştirilecek sağlık iletişim kampanyalarında öncelikli olarak bu davranışa niyetlenmenin ne derece tutum (deneysel ve araçsal), ne derece algılanan norm (zorlayıcı ve tanımlayıcı) ve ne derece kişisel eylemlilik (algılanan kontrol ve öz-yeterlik) tarafından şekillendiğinin anlaşılması önem taşımaktadır.

Deneysel ve araçsal tutum, zorlayıcı ve tanımlayıcı normlar, öz-yeterlik ve algılanan kontrolün hepsi inançların altındaki fonksiyonlardır. Deneysel ve araçsal tutum, davranışı gerçekleştirmeye yönelik duygu ve inançların, algılanan normlar, normatif inançların, algılanan kontrol ise kontrol ve yeterliliğe yönelik inançların bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin güçlü inançları belirgin çeşitli engellere rağmen istenen davranışı gerçekleştirmesini ve sahip olduğu yüksek öz-yeterlikte davranışı sürdürmesini sağlar.

Modele göre davranışsal niyetin yanısıra davranışın gerçekleştirilmesini doğrudan etkileyen dört değişken daha bulunmaktadır. Bunlar, bilgi ve beceriler, çevresel kısıtlayıcılar, davranışın belirginliği ve alışkanlıktır. Özellikle üçü davranışı gerçekleştirmeye yönelik niyetin davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirlemesi açısından önemlidir. İlk olarak bireyin, davranışsal niyeti ne kadar güçlü olursa olsun, o davranışı gerçekleştirmek için bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. İkinci olarak ise bireyin çevresinde bu davranışı gerçekleştirmekten kendisini alıkoyacak herhangi bir çevresel engelin olmaması veya düşük düzeyde olması gerekmektedir. Üçüncüde, yapılması istenilen davranış, birey açısından (diğer davranışlara göre) daha belirgin ve dikkat çekici olmalıdır. Sonuncu bileşene göre de bu davranışı gerçekleştirmenin sonucunda elde edilen deneyim, bu davranışın tekrar edilmesini, bir alışkanlığa dönüşmesini sağlayabilmelidir.

Bütünleşik Davranış Modeli'nin kavram ve bileşenlerini, Şekil 20 ile ortaya koymak mümkündür.



Şekil 20: Bütünleşik Davranış Modeli (Glanz, 2008:77).

Sağlık iletişimi ve sağlık iletişimi kampanyaları açısından baktığımızda, davranış değişiminin sağlanabilmesi için Nedene Dayalı Eylem, Planlı Davranış ve Bütünleşik Davranış Modelleri'nde, önemli bir bileşen olan davranışsal niyetin yüksek olmasının bir ön koşul olduğu söylenebilir. Bütünleşik Davranış Modeli'nde adı geçen diğer bileşenler ise davranış değişikliğini çeşitli teorik çerçevelerden beslenerek sağlamaya çalışan modelin açıklayıcılığını arttırmaktadır. Modelin yapısındaki müdahaleler bir diğer ifade ile bileşenlerde meydana gelecek değişiklik, yalnızca söz konusu bileşeni değil diğer bileşenleri de etkileyebilir. Örneğin, normsal inançlar değiştirildiğinde, birey yapılması istenilen davranışı (kampanyalar açısından sağlık davranışını) gerçekleştirmek için daha yüksek bir motivasyona sahip olabilir. Deneyim olumlu ise, birey hem davranışın sonuçlarına ilişkin olumlu inançlara hem de bu davranışı gelecekte yapmaya yönelik güçlü bir davranışsal niyete sahip olabilecektir.

2.4.5. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli ilk olarak ABD'de Tüberküloz Tarama Programı (TB Screening Study)'na katılımı özendiren güdüleyici etmenlerin değerlendirilmesi sırasında ön plana çıkmıştır. 1959 yılında, United States Public Health Services

(Amerikan Kamu Sağlığı Hizmetleri) tarafından fabrikada çalışan işçilerin tüberküloz taramasına katılım oranını yükseltmek için yapılan bu çalışma, ilk sağlığın geliştirilmesi kampanyası olarak ele alınabilir. Sosyal psikolog Hochbaum, Rosenstock ve Kegels, hedef kitle olarak seçilen işçilerin tüberküloz hastalığı hakkındaki inançlar ve algılamaların para gibi dış etkenler nedeniyle düşük olduğunu ileri sürmüşlerdir. İşçileri tüberküloz hastalığına karşı eğitmeleri ve tarama fiyatlarının düşük tutmalarına rağmen tarama yaptıranların sayısı artmamıştır. Sağlık İnanç Modeli, bu başarısız sonucun nedenleri araştırılarak (insanların hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımını açıklamak amacıyla) geliştirilmiştir (Güler ve Çobanoğlu, 1997:10).

Araştırmacılar, insanların hastalıklardan korktuğunu ve sağlıkları ile ilgili eylemleri bu korkunun derecesi (algılanan tehdit) ile motive edildiğini ve beklenen korkunun pratik ve psikolojik engelleyiciler (net yararlar) ağır basmadıkça eyleme geçmeyi azalttığını varsaymaktadırlar (Hayden, 2009:3).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği birçok çalışmada kanıtlanmış olan Sağlık İnanç Modeli, bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, ya da sağlık tehdidini önleyici birtakım değişiklikler yapıp yararını gördüğünde, koruyucu sağlık davranışı geliştirildiğini öne sürmektedir. Bu davranışı geliştirme aşamasında, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişki önemlidir. Ayrıca sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için kişinin genel niyet ve istek durumu olarak adlandıran bireysel motivasyon da önemli bir etkendir.

Model, sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu ileri sürülen altı temel bileşenden oluşmaktadır (Çenesiz ve Atak, 2007:427-428):

1.*Algılanan Duyarlılık:* Bireyin hastalığa yakalanma ya da sağlıkla ilgili bir etkiye maruz kalma ile ilgili risk algısıdır. Bu tanının kabulü, hastalığa yakalanma olasılık ve hastalığa olan genel duyarlılığı ifade etmektedir.

2.*Algılanan Ciddiyet:* Belli bir hastalığın bireyde yol açabileceği açabileceği ölüm, sakatlık, ağrı veya sosyal kayıplar gibi olası sonuçlar ile ilgili değerlendirmeleri kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması,

"algılanan tehdit" olarak tanımlanmaktadır.

3.*Algılanan Yararlar:*Bireyin, hastalık tehdidini azaltmak için gerçekleştireceği koruyucu sağlık davranışın etkili olacağı ile ilgili inancıdır.

4.*Algılanan Engeller:* Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran somut ya da duygusal engeller veya davranışın olası olumsuz sonuçlarıdır. Birey, yapacağı davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirerek karar verir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, yüksek olduğunda, kişi kendini korumak ister ve koruyucu sağlık davranışına yaklaşımı artar.

5.*Öz-yeterlik (Öz-etkililik):* 1988'de yukarıda belirtilen bileşenlere eklenmiştir. Orjinali "Self efficiency" olan terimi, bazı araştırmacılar öz-yeterlik olarak kullanırken bazıları ise öz-yeterlilik veya öz-etkililik olarak ifade etmektedir. Terimin, kendi kendini etkileme ve öz-etki olarak kullanımı da bulunmaktadır. Bandura'nın Sosyal Bilişsel Teorisi'nin bileşenlerinden biri olan öz yeterlik, bireyin sonuç elde etmek için gereken davranışı gerçekleştirmedeki kararlılığı ve kendine olan inancıdır. Bir diğer ifade ile bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısıdır. Bu nedenle öz yeterlik, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

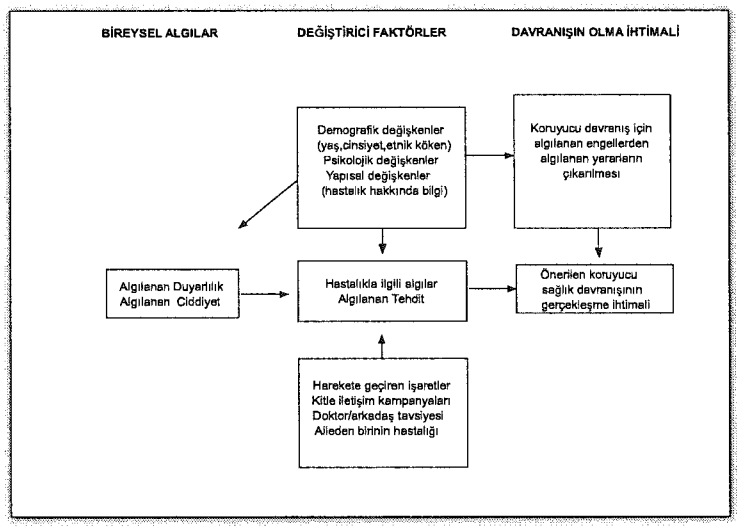
6.*Harekete Geçiren İşaretler*: Bireyi harekete geçiren, davranışı tetikleyen etmenlerdir. Model, bireyin harekete geçmesi için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğu belirtmektedir. Olaylar, kişiler ve durumlar, bireyin davranışını değiştirmesine neden olabilir. Örneğin aileden birinin hastalığı, ürünler üstündeki sağlıkla ilgili uyarılar. Sağlık iletişim kampanyalarını da bireyi harekete geçiren, koruyucu sağlık davranışı geliştrimesini sağlayan bir etmen olarak nitelendirebiliriz.

Sağlık İnanç Modeli'ne göre, davranış değişikliği için gereken tüm diğer koşullar gerçekleşse bile, eğer kişinin davranış değişikliğine ilişkin başarı beklentisi, (öz-yeterlik) düşükse davranış değişikliği gerçekleşmeyecektir.

Demografik, psikolojik ve yapısal değişkenler, kişinin bireysel algılarını ve

sağlık inancı davranışını doğrudan etkilemektedir. Sosyo-demografik faktörler ve özellikle eğitim düzeyinin artmasının algılanan duyarlılık ve ciddiyeti etkileyerek davranış üzerinde direkt etkisi olduğuna inanılmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 1998:35-42).

Aşağıdaki şekilden de anlaşıldığı üzere Sağlık İnanç Modeli'ne göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, duyarlılık ve koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yararlarla ilgilidir. Davranışın gerçekleştirilmesinde öz-yeterlik (sağlıklı bir birey olma konusunda kişinin inancı) ve davranışın gerçekleşmesi ile ortaya çıkan ödüller (etraftan takdir görme vs.) de önem taşımaktadır.



Şekil 21: Sağlık İnanç Modeli (Rosenstock, 1974:328-335; Glanz, 2008:45-50).

Sağlık İnanç Modeli, son elli yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. Hem sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi hem de koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Koruyucu sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahip olan model, aynı zamanda, sağlık profesyonellerine davranışla ilgili ipuçları vererek, mevcut davranışla ilgili engelleri aşma konusunda hastalara yardımcı olmalarına olanak tanımaktadır (Grubbs ve Tabano, 2000:164-167).

2.4.6. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı Geliştirme Modeli, hemşire Nola Pender tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Pender ve arkadaşları modeli, 2002 ve 2006 yıllarında güncellemiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli, birey, aile, toplum ve toplumu oluşturan grupların sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetleri ve bireyin var olan sağlık davranışını en üst seviyeye çıkarmasını ifade etmektedir. Sağlığın geliştirilmesi kavramı, 21. yüzyılda tüm dünya uluslarında hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin odak noktasında yer almaktadır (Al Ma'aitah, 1999:533-539).

Kavramı ilk kez tanımlayan Pender modelin, sağlığı geliştirmedeki uygulamalara yol gösterecek nitelikte olduğunu ve sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçladığını belirtmektedir. Sağlığı geliştirme davranışını etkileyen faktörleri ise üç grupta sınıflandırmaktadır (www.nursingplanet.com):

1.*Bireysel Özellikler ve Deneyimler*

Bireysel özellikler, biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel olmak üzere üçe ayrılır. Bireysel biyolojik faktörler, yaş, cinsiyet, hareket kapasitesi gibi değişkenleri kapsarken psikolojik faktörlere benlik saygısı ve bireysel yetenekler örnek verilebilir. Sosyo-kültürel faktörlerin içinde etnik grup, medeni durum, ırk, eğitim ve sosyo-ekonomik durum yer almaktadır.

2.*Davranışa Özgü Algılar*

Algılanan Yararlar: Bir davranışı olumlu olarak algılamak, o davranışın kazandırılmasını veya kazanılmasını hızlandırmaktadır. Örneğin, kişi sigarayı bırakmayı kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, sigarayı hayatından çıkarmaya ilişkin öz-yeterlik al gısı da olumlu etkilenecek ve sigarayı bırakma davranışında başarılı olacaktır.

Algılanan Engeller: Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin sigarayı bırakan gencin, gruptan dışlanacağını düşünmesi ve bu yüzden sıkıntı ve üzüntü yaşaması, sigarayı bırakması ilgili algılanan engellerdir. Sigarayı bırakma

ile ilgili algılanan olumsuz duygular, gencin öz-yeterlik algısını da etkileyerek başarılı bir şekilde sigarayı bırakmasını engeller.

Algılanan Öz-yeterlik: Kişinin kendine olan inancı, kararlılığını ve sağlığı geliştirici davranışı gerçekleştirme kapasitesini kapsamaktadır. Algılanan öz-yeterliğin yüksek olması, algılanan engellerin aşılıp davranışın gerçekleştirilmesini etkilemektedir.

Aktiviteyle İlişkili Etki: Davranış öncesi, davranış sırasında ve sonrasında oluşan olumlu ve olumsuz duygulardır. Bu duygular, bireyin öz-yeterliliği etkilemektedir.

Kişilerarası Etkiler: Bireyin etrafında bulunan (aile, akranlar ve sağlık personeli) kişilerin davranış, bilgi, öneri, inanç veya tutumlarını kapsamaktadır.

Durumsal Etkiler: Durumla ilgili bireysel algılar ve bilişsellik, olası seçenekler, estetik özellikler davranışa engel teşkil etmektedir.

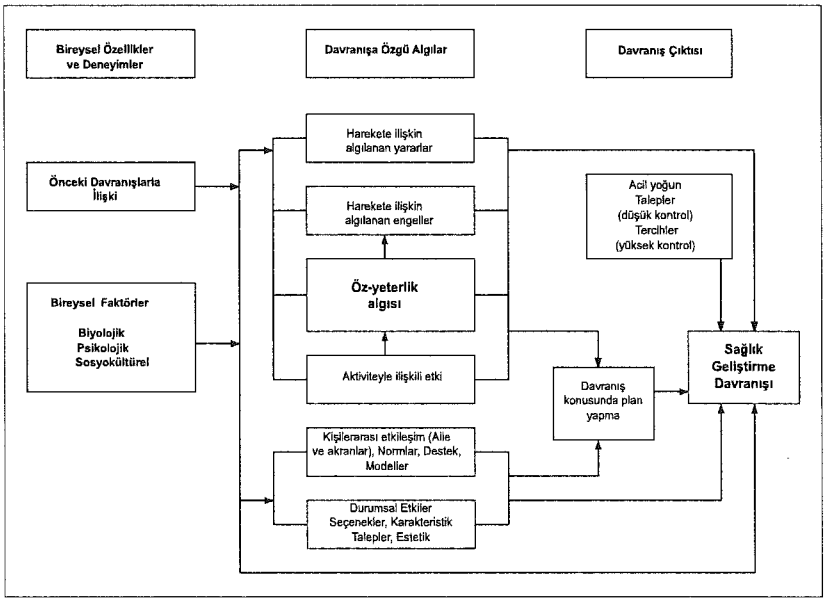
3.Davranış Çıktısı (İstenilen davranışın sergilenmesi):

"Davranış konusunda plan yapma" ve "acil çıkan talep ve tercihlerin karşılanması" kavramları yer almaktadır. Talepler konusunda bireyin kontrolü düşüktür, tercihler konusunda ise oldukça yüksek bir kontrole sahiptir. Acil yoğun taleplerin ortaya çıkması, bireyin tercihleri ya da bireyin davranışa özgü bir plan yapmış olması davranışın ortaya çıkmasını etkilemektedir.

Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sağlık İnanç Modeli'nin benzer kavramları vardır. Bunlar; bireysel faktörler, algılanan engeller algılanan yararlar ve öz-yeterlik algısıdır. Model, Sağlık İnanç Modeli'ne benzer olarak algılanan yararlar, engeller ve öz-yeterlik kavramlarının davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireylerin gelecekteki davranışları üzerinde önceki davranışların etkili olduğu etkili olduğu belirtilmektedir.

Pender'e göre davranışları tahmin etmede geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı önemlidir. Önceki davranışlar sağlık davranışını hem doğrudan

hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır (Pender vd., 2006:405).



Şekil 22: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (www.nursing.umich.edu).

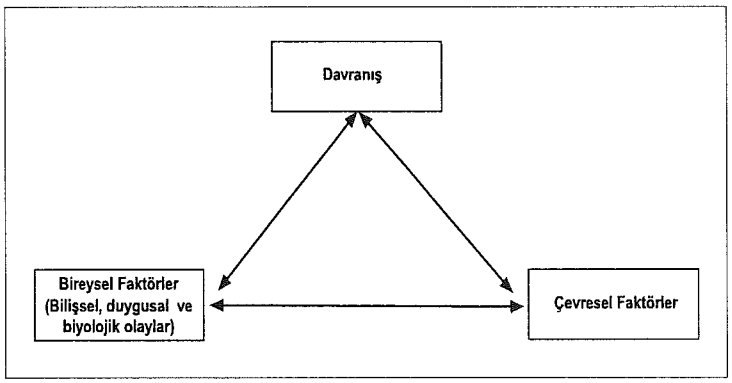
Sağlığı Geliştirme Modeli'nin oluşturulma amacı, bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanılması veya kazandırılacağı konusuna ışık tutmaktır. Model kullanılarak yapılan çalışmalarda; bireylerin egzersiz davranışları, çeşitli tip kanserlerden korunma davranışları ve beslenme alışkanlıkları gibi konular ele alınmıştır.

2.4.7.Sosyal Bilişsel Teori

İlk teorileştirme ve araştırma yapısı, Miller ve Dollard (1941) ve Rotter (1954) tarafından oluşturulan teori, sosyal öğrenme teorisi olarak bilinmekte ve toplumsal bağlam içinde öğrenme ilkelerinin belirlenme sürecine dayanmaktaydı. Bandura tarafından öğrenmeyi etkileyen deneyim, gözlem ve simgesel iletişime, insan bilgisinin işlenme kapasiteleri ve eğilimlerinin daha iyi anlaşılması için bilişsel

psikolojiden kavramların entegre edilmesi ile Sosyal Bilişsel Teori olarak (1986) yeniden adlandırılmıştır (Glanz, 2008:170).

Sosyal Bilişsel Teori, hem dışsal uyaranlardan, hem de içsel süreçlerden etkilenen davranışı, karşılıklı determinizm ile açıklamaktadır. Karşılıklı determinizm, öğrenmenin birçok etkileşimli değişkenlerden oluştuğunu belirtir. Bu değişkenler, bilişin de dahil olduğu bireysel faktörler, davranış ve çevresel faktörlerdir. Bandura'ya göre bireysel faktörler, bireyin çevresi ve davranışı karşılıklı olarak birbirlerini etkilemekte ve bu etkileşimler bireyin sonraki davranışını belirlemektedir. Bireyin yeni davranışının ortaya çıkmasında; birey, çevre ve davranış eşit derecede etkili olmayabilir. Bazı davranışların görülmesinde bireysel, bazı davranışlarda ise çevresel faktörler daha fazla ön plana çıkmaktadır (Bandura, 1989:1-60).



Şekil 23: Sosyal Bilişsel Teori'nin Değişkenleri (www.des.emory.edu).

Örnek olarak sigarayı bırakmayı isteyen biri ele alındığında;

İçsel/bilişsel ögeler : Yaptığım doğru bir davranış.
Çevre : Ailem ve arkadaşlarım da sigarayı bırakmamı istiyor.
Davranış : Sigarayı bırakmak.

Bu üç öğe, sosyal-bilişsel görüşe göre birbiriyle etkileşim içinde, bireyi davranışı yapan biri haline getiriyor.

Sosyal bilişsel teorinin temel varsayımları aşağıdaki gibi özetlenebilir (Karataş, 2009:64):

- İnsanlar başkalarının davranışlarını gözlem yoluyla öğrenebilirler.

- Öğrenme, bireyde davranış değişikliğine yol açan/açmayan içsel bir süreçtir.

- Davranış bir amaca yöneliktir.

- Birey kendi davranışlarına öz düzenleme yapabilir, davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilir.

- Ödül ve ceza, davranışı doğrudan veya dolaylı olarak etkiler. Davranış, önceki deneyimlerden elde edilen ödül veya pekiştireçlerden daha fazla etkilenir.

Sosyal bilişsel teori, sağlık davranışının dört psiko-sosyal determinant kategorisini kabul etmektedir. Bu kategoriler, Ryan tarafından aşağıdaki şekilde açıklanmaktadır (Ryan, 2005:711):

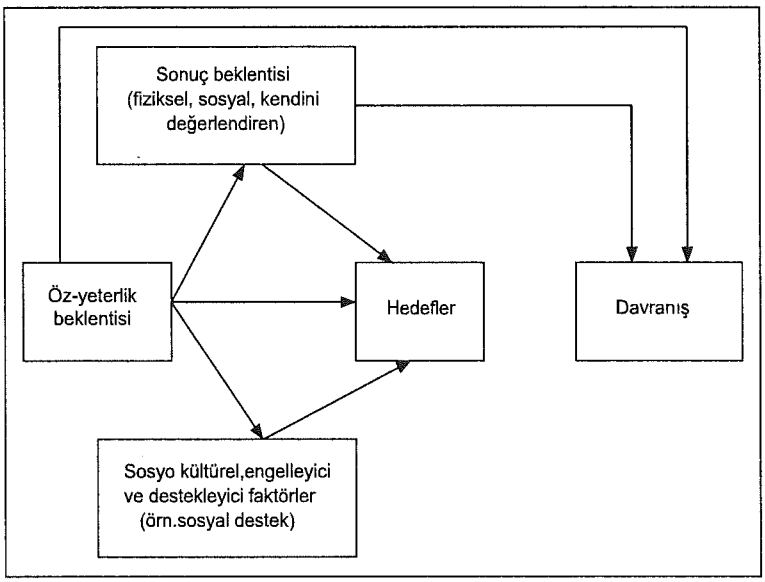
- *Öz-yeterlik İnancı:* Bireylerin kendileri hakkında düşünme, deneyimlerini analiz etme ve anlamlandırması ve yargıda bulunmasını içerir. Sağlık açısından bakıldığında bireyin, bir sağlık koruyucu davranışını kabul etmesi için bireysel değerlendirmesini (deneyimler, sözel ifadeler ve psikolojik durum) ifade etmektedir. Öz-yeterlik inancı, engelleri aşmada ve istenilen sağlık davranışını gerçekleştirmede (hedefe ulaşmada) temel rol oynamaktadır.

- *Beklenti Çıktı İnançları*: Belirli bir sağlık koruyucu davranışını başarılı bir biçimde harekete geçirmenin mantıklı neticelerinin birey tarafından algılanışıdır.

- *Yakınsal ve Uzak Hedefler*: Koruyucu sağlık davranışına oryantasyonu ve düzenlemeyi sağlarlar.

- *Kişinin Zihninde Oluşan Yapısal Engeller:* Sağlığı koruyucu davranışı uygulamak için algılanan engelleri göstermektedir.

Yukarıda maddeler halinde sıralanan sosyal bilişsel teorinin dört determinantı sağlık iletişimi açısından incelendiğinde; sağlık riskleri ve farklı sağlık uygulamaları hakkında bilgi içerdiği, bireyin sağlık alışkanlıkları hakkında kontrole sahip olunabileceğine dair öz-yeterliğinin olduğu, farklı sağlık alışkanlıkları için oluşacak masraf ve yararlar hakkında sonuç beklentileri, bireylerin gerçekleştirmek için kendilerine koydukları sağlık hedefleri, planları ve düşündükleri değişiklik için sosyal ve yapısal engelleri içerdiği görülmektedir. Modeli oluşturan bileşenler, Bandura tarafından Şekil 24'de görüldüğü gibi ortaya konmaktadır (Bandura, 1998:623-649).



Şekil 24: Sosyal Bilişsel Teori (Bandura,1998:623-649).

Sosyal Bilişsel Teori, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıksız yaşam stillerinin değiştirilmesi için bir çok farklı risk davranışına uygulanır (Redding vd., 2000:180-193).

Davranış değişikliği yaratma amacındaki sağlık iletişimi kampanyalarında da kullanılan teoride, olumlu sağlık davranışının başlatılması ve sürdürülmesinde, öz-yeterlik algısı önemli bir etkendir. Ayrıca içinde bulunulan çevreden (aile, arkadaş, okul, iş vs.) gelen engelleyici ve destekleyici faktörler de davranışı değiştirmede veya istenilen davranışı oluşturmada önemlidir.

2.4.8.Toplumsal Organizasyon Teorisi

Toplumsal organizasyon, yerel toplulukların ortak sorunlarını veya hedeflerini tanımladıkları, kaynakları harekete geçirdikleri ve belirlenmiş hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirip uyguladıkları bir süreçtir. Kökenini sosyal ağlar ve destek teorilerinden alan Toplumsal Organizasyon Teorisi, aktif katılım ve yerel toplulukların geliştirilmesinin sağlık ve sosyal problemleri çözeceğini belirtmektedir (www.cancer.gov).

Rothman, toplum değişimine yönelik bazı yaklaşımları aşağıdaki şekilde açıklamaktadır (Rothman, 1987:3-26):

- *Bölgesel gelişim (topluluk gelişimi):* Topluluktaki sorunları tanımlamak ve çözmek için kişileri sürece dahil etmeye çalışır. Kişiler arasında bir uyum sağlayarak fikir birliğine varmaları ve ortak bir karar etrafında toplanmalarını sağlamaya çalışır. Dışarıdan uygulayıcılar topluluğu koordine etmeye ve başarılı bir şekilde ilgili yöne yönlendirmeye yardım etmektedir. Katılımcıların liderliği ve eğitimi süreç açısından önem taşımaktadır.

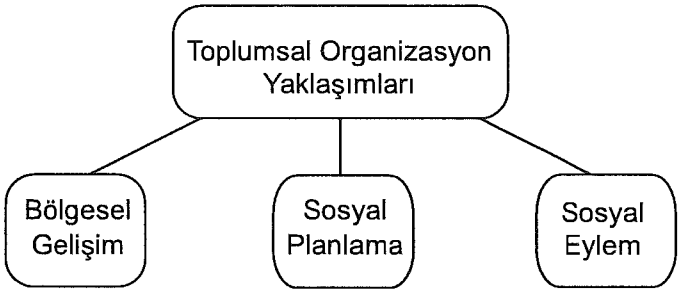
- *Sosyal planlama:* Topluluk üyelerine teknik destek sağlayan uzman uygulayıcılarla birlikte görevleri, hedefleri ve sorun çözümüne yönelik uygulamaları içermektedir.

- *Sosyal eylem:* Topluluğun sorunu çözme yeteneğini geliştirmeyi amaçlar. Baskı altındaki veya olumsuz durumdaki bir grup tarafından tanımlanmış sosyal adaletsizliği değiştirmek için yapılacak somut değişimi hedefler.

Toplumsal organizasyon teorisi, topluluk seviyesinde değişiklik gerçekleştirmek için çeşitli temel kavramlardan yararlanmaktadır. Bu kavramlardan biri de güçlendirme olarak adlandırılan topluluk üyelerini harekete geçirerek hayatlarına hakim olmalarını ve sonra çevrelerini dönüştürmelerini veya değiştirmelerini sağlamaktır. Bu durumda topluluğu oluşturan bireylerin öz-yeterliliği, davranış kabiliyeti, sahip oldukları özgüven ve beceri problemlerin çözümünde etkilidir. Bu yüzden bireylere ulaşabilmek için bireyin içinde yaşadığı toplumu dikkate almak gerekmektedir.

Toplumsal organizayon teorisi, sosyal öğrenme teorisi ile bağıntılıdır ve bu kökenli stratejilerle başarılı bir biçimde uygulanması mümkündür. Bu teorinin kavram ve ilkelerinin kullanıldığı iki çalışma; San Francisco'daki (1979) Tenderloin otelleri için yapılan Büyük Tenderloin Organizasyon Projesi ve 1980'lerdeki Minnesota Kalp Sağlığı Programı'dır (www.msucares.com).

Teori, bireyin çevresinde değişiklikler yaparak sağlık davranışını etkilemeyi amaçlamaktadır. Bireylere istenilen sağlık davranışını kazandırmak ve dolayısıyla sağlıklarını geliştirmek için kişiler, hizmetler, zaman ve para gibi değişik kaynakları kullanır. Toplumsal organizasyon teorisinde, toplulukları harekete geçirmek için medyadan ve yüzyüze eğitimden de yararlanılır.



Şekil 25: Toplumsal Organizasyon Teorisi (www.cancer.gov).

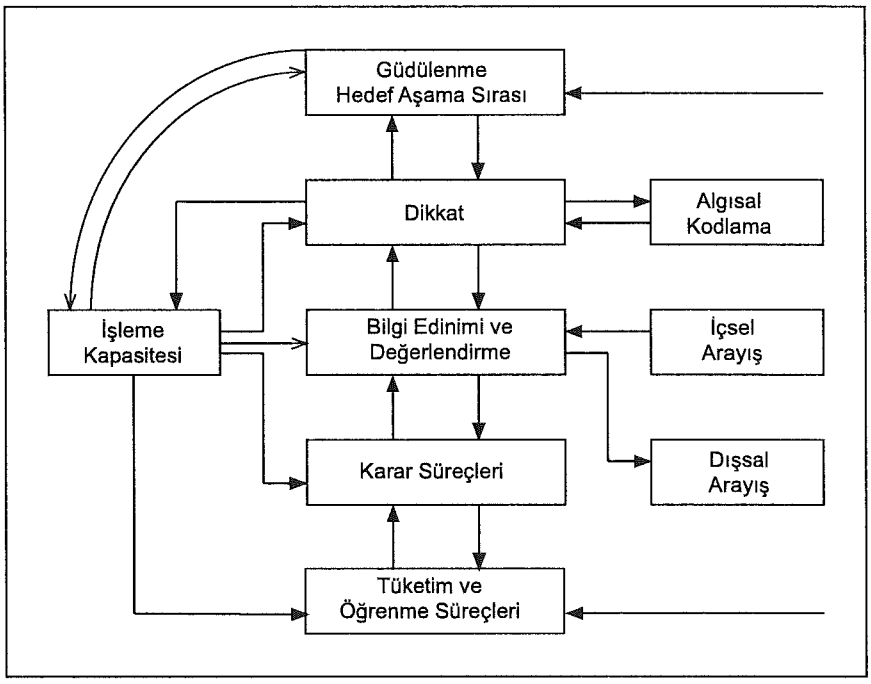
2.4.9. Tüketici Bilgi İşleme Modeli

Bettman tarafından geliştirilen Tüketici Bilgi İşleme Modeli, insanların problem çözme ve bilgi işleme çalışmalarından ortaya çıkmıştır. Model, bireylerin elde edip kullanabilecekleri bilgi miktarının sınırlı olduğunu varsaymakta ayrıca bireyin bilgi elde etmesi ve değerlendirmesinin onun güdülenme, dikkat ve algısı tarafından etkilendiğini belirtmektedir (Bettman, 1979:355-382).

Tüketici Bilgi İşleme Modeli oldukça yeni bir model olmasına rağmen bilgi işleme, sosyal psikolojinin etken paradigmalarından biridir. Özellikle sağlıkla ilgili davranış değişikliği çalışmaları ve sağlığı geliştirme programlarının uygulanması için

yararlı uygulamalar sunmaktadır. Ayrıca bilgi ve bilgi işleme sağlık eğitiminde önemli bir araç ve sağlıkla ilgili kararların verilmesinde temel hareket noktasıdır. Bilginin iletilmesi, insanların bilgiyi işleme önceliklerine ve verilen bilginin miktarı ve çeşidine göre kaygılarını artırabilir veya azaltabilir. Bu yüzden sunulan bilginin birey tarafından ne şekilde işleneceği de önemlidir (Thomas, 2006:67).

Sağlık eğitiminde uygulamaya konulan bazı temel tüketici bilgi işleme kavramları vardır. Sağlık bilgisi insanlar kullanmadan önce; elde edilebilir, yeni ve kullanışlı, işlenebilir veya yardımsever olmalıdır. Sözlü veya yazılı iletişim için en önemli ve kullanışlı noktaların seçilmesi gereklidir. Bilginin ilk ve/veya son olarak yerleştirilmesinin hatırlanmayı daha iyi sağlandığı unutulmamalıdır. Tüketici Bilgi İşleme Modeli'nin adımlarını, Şekil 26 ile ortaya koymak mümkündür (http://msucares.com).



Şekil 26: Tüketici Bilgi İşleme Modeli Adımları (http://msucares.com).

Şekil 26'da bilgi arama, seçim, kullanma ve öğrenme ve ilerki karar verme aşamaları için geri bildirimi içeren döngüsel bir süreç yer almaktadır. Model

boyunca bir çok geri bildirim döngüsü mevcuttur. Tüketim ve öğrenme süreçleri, seçimlerin çıktılarına ve bunların ileriki karar aşamalarındaki kullanımlarına dayanan içsel geri bildirimlere dayanmaktadır.

Bu modelde, geri bildirim aşamalarından Güdülenme/Hedef aşama sırası şu şekilde detaylandırılabilir.

- *Güdülenme/Hedef Aşama Sırası* : Bireyin iç ve dış uyarıcıların etkisiyle harekete hazır hale geçerek davranışta bulunma sürecidir. Bu sürecin farklı adımları vardır:

  - *Dikkat (Sorunu tanıma)* : Modelin ilk adımı, tüketicinin bir sorununa veya ihtiyacına dikkat etmesidir. Sorunu veya ihtiyacının farkında olan birey, bir sonraki adıma geçer.

  - *Bilgi Edinimi ve Değerlendirme : Birey sorununun farkına vardığında, sorunu ile ilgili daha fazla bilgi edinme ihtiyacı içinde olur. Sorununu çözecek bilgiye ulaşmak için araştırma yapar ve elde ettiği bilgiye göre alternatiflerini değerlendirir.*

  - *Karar Süreçleri* : Bilgiye ulaşıp kendisine en uygun alternatifi seçen birey, bu kararını uygulama koyar.

  - *Tüketim ve Öğrenme Süreçleri :* Bu adımında, tüketicinin mal veya hizmeti satın aldıktan ve tükettikten sonra değerlendirmesi belirtilmektedir.

2.4.10. PRECEDE-PROCEED Modeli

Precede-Proceed Modeli, halk sağlığı çalışmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiş iki aşamadan oluşan bir modeldir ve adını da bu aşamalarda kullanılan ifadelerden almaktadır. İlk bölüm için kullanılan PRECEDE, İngilizce (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation-Önceden Hazırlama, Güçlendirme, Eğitimsel/Çevresel Tanıda ve Gelişimde Zemin Hazırlayıcı, Takviye Edici ve Kolaylaştırıcı Faktörler) kelimelerinin baş harflerinden oluşmaktadır. İkinci bölümü oluşturan PROCEED kelimesi ise

(Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development-Politika, Düzenleme ve Eğitim ve Çevresel Gelişimdeki Kurumsal Yapılar) kelimelerinin baş harflerini ifade etmektedir. Sağlık davranışını hem bireysel hem de çevresel güçlerin etkilediğini belirten bu modelin ilk bölümü eğitimsel teşhis, ikinci bölümü ise çevresel teşhisten oluşmaktadır (http://ctb.ku.edu).

Precede Modeli'nin ana çerçevesi, 1970'lerde Dr.Lawrence W.Green ve meslektaşları tarafından geliştirilmiştir. Bir sağlık eğitimi uygulama sistemi olan Precede, tıbbi tanılar tedavi planından önce geldiği gibi eğitimsel tanıların da önceden bir müdahale planı olması gerektiği temeline dayanmaktadır. Bu yaklaşım, bazı profesyoneller arasında sağlık eğitimi programlarının uygulanılmasına çok fazla odaklanıldığı ve ihtiyaçları açıklamak için stratejik olarak planlanan girişimlerin tasarlanılmasına ise çok az odaklanıldığı endişesi uyandırmıştır. Precede, hedefe, yönelik ve odaklanmış eğitim programlarının düzenlenmesini sağlamıştır. Modelde, sağlığı tehlikeye düşüren çevresel etmenler ikinci sıradadır.

1991 yılında, Precede Modeli'nin çerçevesine, Proceed eklenerek sağlık ve sağlık davranışının belirleyicisi olarak çevresel faktörlerin önemine dikkat çekilmiştir. Sağlık alanında yaşam stilinin (sağlıkla ilgili davranış) öneminin arttığı ve bu davranışların tanımlanmasında, örneğin sigara ve alkol kullanan bireyin endüstri, medya, politika ve sosyal eşitsizlikler gibi güçlü kuvvetler tarafından da etkilendiği belirtilmiştir. Ayrıca oldukça geniş bir içeriğe sahip olan sağlık ve sağlık davranışı belirleyicilerinin anlaşılması ve tanımlanması için sağlık gelişiminde daha fazla ekolojik yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir (Glanz vd.,2008:409).

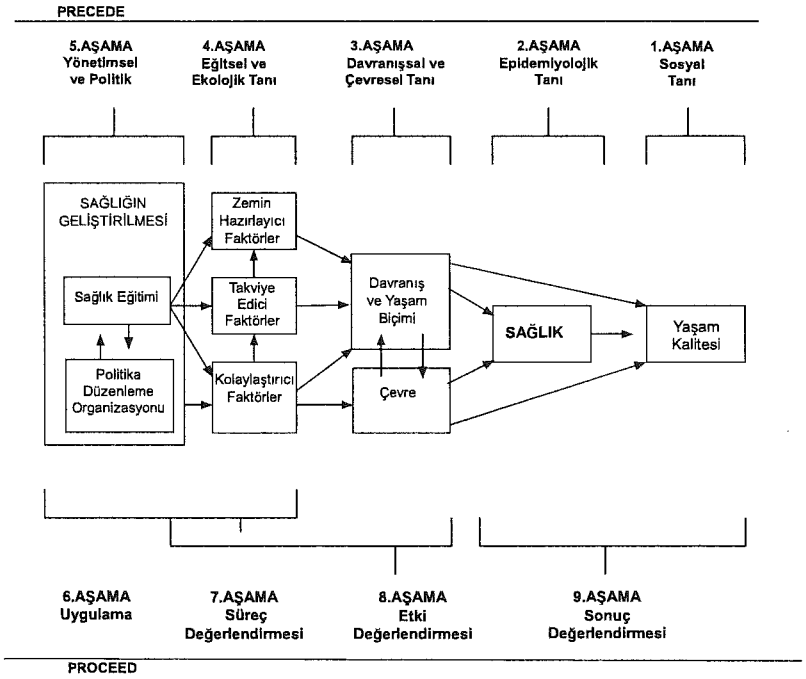
Precede-Proceed modeli, dokuz aşamadan oluşmaktadır. İlk kısmı oluşturan Precede, beş aşamadan meydana gelmekte olup eğitimsel teşhis amaçlıdır. 1.aşamada sosyal çevrenin durumu belirlenir, 2.aşamada sağlığı ilgilendiren olayların nedenlerinin ve çözüm yollarının araştırılması ve değerlendirilmesi yapılır, 3.aşama davranışsal ve çevresel değerlendirme aşamasıdır. Modelin 4. aşaması, davranış değişikliğine yardım eden faktörleri incelemektedir. Bu faktörler (Thomas, 2006:104):

- *Zemin Hazırlayıcı Faktörler:* Değişiklik isteğini etkileyecek bireysel tutum, bilgi, davranış, inançlar ve değerler.

- *Takviye Edici Faktörler:* Davranışın sürekliliğini etkileyecek, davranışın kabul edilmesi üzerinde (sosyal destek dahil) olumlu veya olumsuz etkiler.

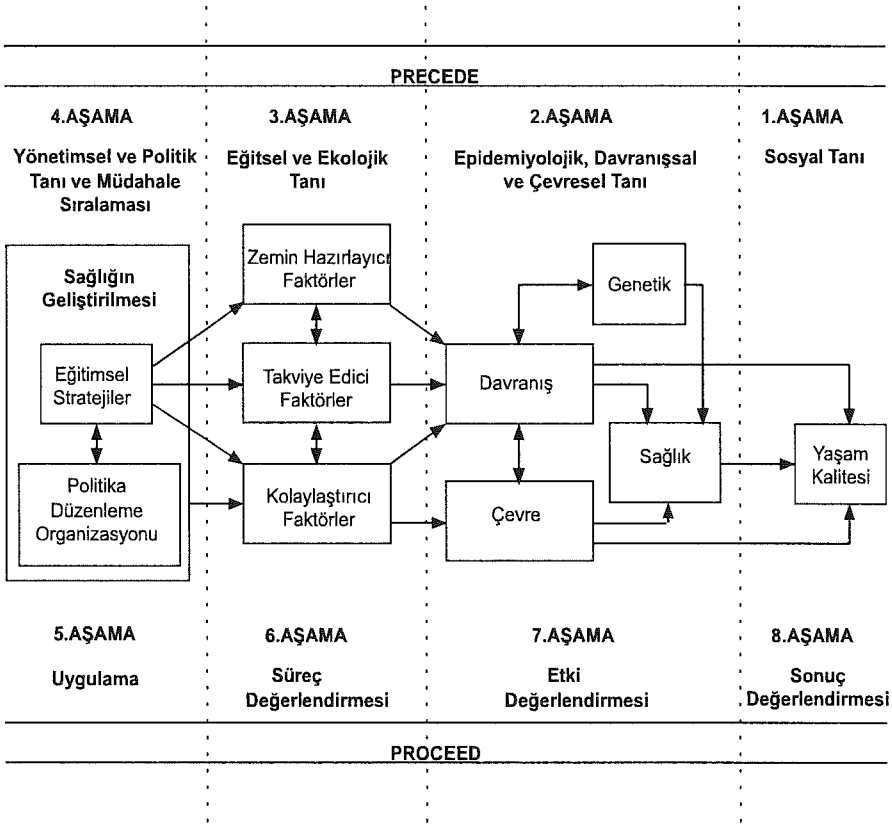
- *Kolaylaştıcı Faktörler:* Çevrede veya toplumda, bir birey üzerindeki değişikliği kolaylaştıracak veya engel olacak faktörler.

Bu faktörler, iletişim veya sağlık eğitimi stratejileri planlanırken bireylerin içinde bulundukları toplum ve sosyal yapıdan izole olmalarını değil uyum sağlamalarını istemektedir. Bu kısmın son aşaması olan 5. aşamada ise yönetim ve politikaların değerlendirilmesi yapılmaktadır. İkinci kısım çevresel teşhisten oluşmakta ve 6. aşamadan başlamaktadır. Modelin uygulama aşaması olarak nitelendirilen bu aşamayı, sürecin değerlendirilmesini içeren 7.aşama takip etmektedir. 8. ve 9. aşamalar ise bireyin sağlık durumunu ve sonuç olarakta da yaşam kalitesini etkilemektedir. Modelin aşamaları, Şekil 27'de ortaya konmuştur (Green ve Kreuter,1999).



Şekil 27: PRECEDE-PROCEED Modeli (Green ve Kreuter,1999).

2005 yılında, Precede-Procede Modeli revize edilerek halk sağlığı programlarında, ekolojik ve katılımcı yaklaşımlardaki artan ilgiye karşılık temel elemanlar olarak sadece sağlık davranışı değiştirme programlarında değil genetik alanındaki yeni bilgileri hızlı bir şekilde birleştirmede de değeri anlaşılmıştır. Bir diğer ifade ile modelin yeni versiyonunda, program planlama safhasında sağlığın davranışsal ve çevresel belirleyicilerinin dikkatte alınmasına ek olarak genetik faktörlerin rolü de tartışılmaktadır. Ayrıca modelin bu geliştirilmiş versiyonu, dört planlama, bir uygulama ve üç değerlendirme aşamasından meydana gelmektedir. Epidemiyolojik tanı, davranışsal ve çevresel tanı aşamalarını birleştirerek çok daha etkili bir planlama modeli önermektedir (Glanz vd.,2008:409).



Şekil 28: PRECEDE-PROCEED Modeli'nin Yeni Versiyonu (Glanz,2008:410).

Precede-Proceed Modeli, sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmaların yanısıra halk sağlığı programlarının tasarlanmasına, uygulanmasına ve

değerlendirilmesine olanak sağlayan kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır (Öcek,2008:50).

2.4.11. Örgütsel Değişim Teorisi

Örgüt kavramı, örgüt bilimciler tarafından değişik şekillerde tanımlanır. Örneğin, Katz ve Kahn'a göre örgütler, belli sayıdan oluşan bireylerin, kalıplaşmış ve standart hale gelmiş eylemlerinin bir bileşkesi olarak ifade edilir (Katz ve Kahn, 1978:18).

Örgüt olgusuna büyük önem veren Parsons ise kavramı, bir takım özel amaçları gerçekleştirmek üzere biraraya gelmiş sosyal birimler olarak tanımlamaktadır (Gergen ve Thatchenkery, 1996:360).

Örgütler, birey ve toplum yaşamının hemen her alanına yayılmış, pek çok unsurdan (kaynaklar, çalışanlar, roller, özgün kültür vs.) oluşan karmaşık sosyal sistemlerdir. Örgütsel değişimi anlamak, sağlık uygulamalarını destekleyen politikalar ile çevreler oluşturmak açısından önemlidir. Ayrıca yeni sorunları çözme kapasitesi yaratmaktadır. Örgütsel davranışa dair çok sayıda teori bulunmakla beraber özellikle sağlıkla ilgili iki tanesi öne çıkmaktadır (Murphy, 2005:8; Thomas, 2006:68-69):

Örgütsel Aşama Teorisi: Teori, örgütlerin de değişirken bireyler gibi bir dizi aşamadan geçtiği düşüncesine dayanmaktadır. Gruplar değişime direnç gösterebilir ve başarılı bir geçiş için cesaret, yeni beceriler ve güvene ihtiyaç duyabilirler. Örgütsel Aşama Teorisi, dört adımdan oluşmaktadır. İlk adımda, örgüt yönetimi veya çalışanlar sorunu tanımlar ve çözümleri önerir. Sonraki adımda, tanımlanan sorunu çözmek ve değişimi gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar tahsis edilir. Eyleme geçme adımı olarak da ifade edilen bu adımı, uygulama takip eder. Uygulamanın başlaması ile ilk değişim gerçekleşir ve arkasından sorun çözülene kadar değişim devam eder. Teorinin son adımı olan değişimi devam ettirme/sürdürebilme çok önem taşımaktadır. Yapılan değişimler örgütün bir parçası olarak devam ettirilmediğinde sorunun tanımlanması ve çözümü pahalı ve kısa ömürlü çalışmalar olur.

Örgütsel Gelişim Teorisi: Tamamlayıcı aşama teorisi olarak örgütsel yapılar ve süreçlerin çalışanların davranış ve motivasyonları üzerindeki etkisine odaklanmaktadır. Teori, örgütün çalışmasını engeleyecek (örneğin yönetim ile sağlık kliniğinde çalışanlar arasındaki) veya problemlerin analizinin yapılmasını destekler. Danışmanlar, sorunların tanımlanması, değişim stratejilerinin planlanması ve çözümlerin üretilmesinde çalışanlara yardım edip işleri kolaylaştırır. Daha sonra tüm örgüt, birlikte sorun değerlendirme ölçümlerinin başarısını değerlendirerek değişime başlar.

Bu teoriler, örgütlerde birarada uygulandıklarında, sağlığı arttırıcı değişimi oluşturmak açısından daha büyük bir potansiyele sahip olurlar. Örgütsel gelişim stratejileri, değişik aşamalarda uygulanabilir. Aynı zamanda bu aşamalar, örgüt üyeleri ve karar vericilerin süreçteki çeşitli noktalara dikkatini çeker. Ayrıca örgüt bünyesindeki sağlık gelişimi politikaları ve programlarının kurumsallaştırılması ve adaptasyonunu tespit etmeye yardım eder.

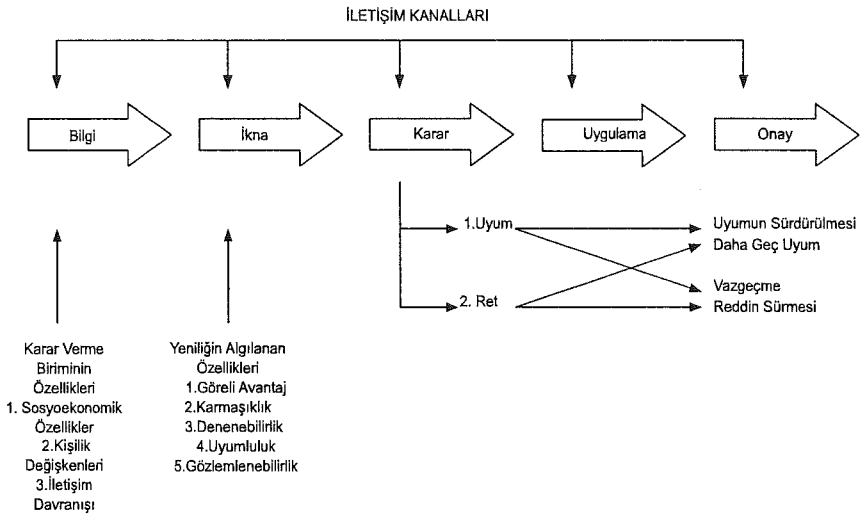
2.4.12. Yeniliklerin Yayılması Teorisi

Yeniliklerin Yayılması Teorisi, bir birey, grup ya da toplum tarafından yeni bir fikir, ürün, uygulama ve teknolojinin belli bir zaman sürecinde, belirli kanallar aracılığıyla yayılması, kabulü ve uygulanmasıdır. Bireyin, bir yeniliğe karşı içinde bulunduğu sosyal çevreden bağımsız hareket etmesi mümkün değildir. Bir diğer ifade ile davranış değişikliği konusunda sosyal etkinin önemli bir rolü vardır. Bu nedenle, yeniliklerin nasıl benimsendiğini veya reddedildiğini anlamak için, yeniliğin ele alınan toplum içinde yayılmasını incelemek gerekir. Teorinin kökleri, (yenilik terimini kullanmamasına rağmen) uygulayacıların görüşlerine ve yeniliği kabul etmede sosyal etkinin rolüne ilk dikkat çeken ve "S biçimli yayılma eğrisi"ni oluşturan Gabriel Tarde'e (1903) dayanmaktadır (http://www.utwente.nl).

Everett M. Rogers, "Yeniliklerin Yayılımı" (1962) adlı kitabında, 500'den fazla örnek olay üzerinde yaptığı çalışmaları sentezleyerek, yeniliklerin bireyler arasında ve toplum içinde kabullenimi hakkında bir teori üretmiştir. Rogers'e göre bir yeniliğin kabul görmesi veya bir davranışın benimsenmesi, hedef kitlenin yeniliği kendisi için faydalı görmesi, ihtiyaçları ve değerleri ile uyumlu olduğunu anlaması ve

benimsenmesinin kolay olmasına bağlıdır. Ayrıca davranışın denenebilir olması ve denemenin sonuçlarının olumlu bulunması da önem taşımaktadır. Neden bazı yenilikler toplum içerisinde bazı kişiler tarafından daha çabuk benimsenirken bazıları daha yavaş benimsenmekte ya da reddedilmektedir? Bu soruları yanıtlayabilmek için yayılmanın dört temel öğesini; yenilik, iletişim kanalları, zaman ve sosyal sistemi incelemek gerekir (Rogers, 2003):

1.*Yenilik:* Yeniliğin yayılması anlık bir olaydan ziyade, belirli bir zaman dilimine yayılan bir süreç niteliğindedir ve bu benimsenme sürecinde belirli karar aşamalarından geçmesi gerekir. Uzmanlar, bireyin yenilik hakkındaki belirsizlikleri azaltmasına yardımcı olan ve belli bir zaman dilimi içinde gerçekleşen bu aşamaları bilgi, ikna, karar, uygulama ve onay şeklinde ifade etmektedirler (Şekil 29).



Şekil 29: Yeniliklerin Yayılması Teorisi (http://systemscraft.wordpress.com).

İlk aşamada, birey yenilik ve işlevleri hakkında bilgi edinir. İkna aşamasında, birey yeniliğin kendisi için olumlu veya olumsuz yönlerini değerlendirerek yeniliğe karşı tutumunu biçimlendirir. Karar aşamasında, birey yeniliği benimser ya da ret kararı verir. Bu aşamada, birey özellikle çevresindeki bireylerin değerlendirmelerinden etkilenir. Dördüncü aşama olan uygulama, yeniliğin kullanılmaya başlandığı ve yenileşmenin gerçekleştirildiği aşamadır. Son aşama, birey aldığı yenilik kararına destek arar, uyum kararını doğrular.

Süreç içerisinde kullanılan yeniliğin kullanılmaya devam etmesinin onaylanması olarak da ifade edilebilinir. Yeniliklerin yayılması, bilgilerin hedef kitle ile paylaşılması ile olanaklıdır. Bu paylaşmayı sağlayan ortam ve araçlar, Yeniliklerin Yayılması Teorisi'nin bir diğer unsuru olan iletişim kanallarıdır.

2.*İletişim Kanalları:* Yayılma sürecinin ikinci temel öğesi olan iletişim kanallarıyla yenileşme mesajları bir bireyden diğerine geçer. Bir yenilikle ilgili bilgi ve deneyime sahip birey, bilgisi olmayan birey veya grupla iletişim kanalları aracılığıyla iletişim kurarak yenililiğin yayılmasını sağlar. İletişim kanallarının seçilmesi ve kullanılmasındaki başarı, yeniliklerin yayılmasında, belirleyici bir rol oynayabilmektedir. Kişilerarası iletişim kanalları, yeniliğe tutumu biçimlendirme ve değiştirmede, dolayısıyla yeniliğin kabul ya da reddedilmesinde kitle iletişim kanallarına göre daha etkilidir. Çoğu insan yeniliğe uyum kararını verirken uzmanların araştırmaları ve önerileri yerine iletişim kanallarından edinilen bilgi ve o yenilikten yararlanmış olan çevresindekilerin görüş ve fikirlerini dikkate almaktadır.

3.*Zaman*: Bireylerin yeniliğe uyum oranlarında farklılıklar söz konusudur. Bu farklılık yeniliği kabul zamanından kaynaklanmaktadır. Kabul zamanı kullanıcının bir yeniliğe uyumu için gereken ortalama zamanı ifade eder. Bireyin kabul zamanı kısaysa, yeniliğin yayılmasının da hızlı olacağı düşünülür. Bireyin yeni bir fikir, ürün veya teknolojiyi kabul etme hızını açıklamada yardımcı olan yeniliğin algılanan özellikleri; göreli avantaj, uyumluluk, karmaşıklık, denenebilirlik ve gözlemlenebilirliktir:

> - *Göreli avantaj,* Rogers tarafından "yeniliğin, yerini aldığı fikir ya da teknolojiye göre avantajlarının değerlendirilme düzeyi" olarak tanımlanmıştır. Yeniliklerin yayılmasında, kişilerin ya da toplumun o yenilikten elde edebileceği göreli avantaj önemli bir etkendir. Genelde insanlar, mevcut durumdan daha avantajlı seçenekler için değişiklikten yanadırlar. Algılanan bir yeniliğin göreli avantajı ne kadar fazla algılanırsa yayılma o kadar hızlı olur. Buna göre hedef kitle tarafından ekonomiklik, prestij ve kolaylık getirisi olan yeniliklerin benimsenme olasılığı daha yüksektir.

- *Uyumluluk*, yeniliği kabul eden veya uyum sağlayanların değerleri, geçmiş deneyimleri ve gereksinimlerinin düzeyidir. Bir yeniliğin, hedef kitlenin gereksinimleri, geçmiş yaşantılarıyla, varolan değerleri, inançları ve ihtiyaçları ile uyumlu olması yayılmayı arttırmaktadır. Kısaca belirtmek gerekirse algılanan bir yeniliğin uyumluluğu yayılma hızı ile doğru orantılıdır. Uyum derecesi yüksek olan yeniliklerin, bireyler tarafından benimsenme oranı daha yüksektir.

- *Denenebilirlik* (deneme kolaylığı), bir yeniliği kısıtlı bir ölçüde deneyebilme düzeyi olarak ifade edilir. Bir yeniliği deneme düzeyinde kullanabilmek yeniliğe uyum olasılığını artırır ve yeniliğin yayılımında olumlu etkiye sahiptir.

- *Karmaşıklık*, yeniliğin anlaşılma ve kullanılma zorluğudur. Yenilik bireyler tarafından karmaşık, anlaşılması ve kullanılması zor olarak algılanırsa veya sonuçları gözlemlendiğinde deneme ve güvenilirlik açısından problem varsa benimsenme oranı düşecektir.

- *Gözlemlenebilirlik*, yeniliğin kullanılması sonucunun üçüncü şahıslarca gözlenebilme ve diğer bireylere iletilebilme derecesidir. Bazı yeniliklerin sonuçları diğerlerine göre daha kolaylıkla görülebilir ve iletilebilir. Yeniliğin algılanan özelliklerinin, her biri potansiyel uyum sağlayanın uyum kararını etkileyecektir. Rogers bireyin yeniliğin avantajı, uyumluluğu, denenebilirliği ve kolaylığına ilişkin algılarının davranışsal inançlarının temelini oluşturduğu ve bu inançların yeniliğe karşı olan tutumu şekillendirdiği, tutumun ise yeniliğe uyum kararını etkileyeceğini ileri sürmektedir. Kısaca özetlemek gerekirse birey, yeniliği daha avantajlı, uygun, denenebilir ve kolay olarak değerlendirdikçe yeniliğe uyum hızı artacaktır.

4.*Sosyal sistem*: Ortak bir hedefe ulaşmak amacı ile, problem çözme sürecine katkıda bulunan, birbirleriyle ilişkili birimler topluluğu olarak tanımlanmaktadır. Sosyal sistem, yeniliğin yayılacağı yer olması bakımından, sosyal sistem, yeniliğin yayılması kuramında çok büyük önem taşımaktadır. Sistemin üyeleri bireyler olabileceği gibi, çeşitli gruplar,

kuruluşlar ve alt sistemler de olabilir. Örneğin hastanedeki doktorlar, sosyal sistemin bireyleri olabilirler.

Yeniliklerin yayılmasında, sosyal sistemin üyeleri arasında etkinlik farkları vardır. Genelde, toplumdaki kanaat önderleri, belirli yeniliklerin yayılması konusunda daha etkili olabilmektedirler. Bu anlamda, yapılacak yeniliklerde, yetkinliği kabul edilmiş kişi ya da kuruluşların bu işe başlamasının, yeniliğin yayılma şansını arttıracağı söylenebilinir. Örneğin sağlık alanında yeni bir davranışı benimsetmek üzere hazırlanan sağlık iletişimi kampanyasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması, toplumun bu yeniliğe olan güveni artacaktır.

Sosyal sistemde yenilikleri benimseyenler bir diğer ifade ile uyum sağlayanlar beş kategoride ele alınmıştır (Glanz, 2008:320-321): yenilikçiler, ilk benimseyenler, erken çoğunluk, geç çoğunluk ve geride kalanlar. Her bir kategori baskın özellikler içerir. Bu özellikler, yenileşmeye uyum veya reddin teorik açıdan formülleştirilmesini amaçlar.

1.*Yenilikçiler*: Sistemdeki yeni fikre ilk uyum sağlayanlardır. Bunlar risk almaktan çekinmeyen, maceracı, cesaretli ve atılgan bireylerdir. Yenilikçi olmanın gerekleri; kaynak (para, bağlantı veya bilgi), karmaşık teknik bilgileri anlama, uygulama yeterliği ve belirsizliği ile başa çıkma yeteneğidir.

2.*İlk benimseyenler*: Genellikle genç, sosyoekonomik statüleri yüksek, finansal açıdan güçlü ve iyi eğitimlidirler. Kitle iletişim kanallarına ve kişilerarası iletişime daha açık ve daha sosyaldirler. İlk benimseyenler yenilik konusunda başarılı olursa, sosyal sistemin yeniliğe tam uyum olasılığı artar.

3.*Erken çoğunluk üyeleri*: Yeni fikirlere, sosyal sistemin ortalama üyelerinden daha önce uyum sağlar. Bu üyeler grubun çoğunluğuyla etkileşim halindedir, ancak lider olamazlar. İlk çoğunluk üyelerinin yeniliği benimseme ve karar verme süreçleri yenilikçilerden ve ilk benimseyenlerden daha uzun sürer. Bu üyeler yenilikçiler ve ilk benimseyenlerin seçim ve kararlarını gözleme eğilimindedirler ve

kendi kararlarını zamanı geldiğinde biçimlendirirler.

4.*Geç çoğunluk üyeleri*: Yeni fikirlere sosyal sistemin ortalama üyelerinden daha sonra uyum sağlar. Yeniliğe şüphe ile yaklaşırlar, sosyal statüleri ortalamanın altındadır, ekonomik açıdan iyi durumda değillerdir. Geç çoğunluk, sosyal sistemin diğer üyelerinin çoğu yeniliği gerçekleştirinceye kadar yenileşmeye uyum sağlamaz.

5.*Geride kalanlar*: Bir yeniliğe en son uyum sağlayanlardır. Geleneklere bağlıdırlar, kaynakları sınırlıdır ve yeni fikrin başarısı kesinleşene kadar uyum sağlamazlar.

Sağlık iletişimi alanında, geçtiğimiz yüzyılda yeniliklerin yayılması teorisi baz alınarak yapılan önleyici sağlık kampanyalarında başarılı sonuçlar alınmıştır. Yeniliklerin Yayılması Teorisi'nin, tütün kontrolü, HIV/AIDS kontrolü and fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik karmaşık, çok bileşenli ve çok düzeyli programları kapsayan sağlık davranışı konuları ile ilgili bilgi ve haberleri yaymakta da önemi gün geçtikçe artmaktadır (Glanz, 2008:330).

2.4.13. Transteorik Model

Sağlık davranışı değişikliğini desteklemek için etkili müdahalelerde bulunan bir teorik davranış değişikliği modelidir. Prochaska ve DiClemente'nin sigara içenlerin bağımlılık ve alışkanlıklarını bırakması ile ilgili yaptığı çalışmalar sırasında geliştirilmiştir. Hastanın davranış değişim sürecini anlamada en iyi modellerden biri olarak kabul edilen modelin temeli, davranış değişikliğinin etkinlikten ziyade bir süreç olduğuna ve tek aşamada gerçekleşmeyeceği düşüncesine dayanmaktadır (Prochaska, 1992:1102-1114).

Model, her bireyin farklı hazır olma seviyesinde olduğunu ve herkesin davranışını değiştirmeye hazır olmayabileceğini kabul eder. Bu yüzden bireyler, motivasyon seviyelerindeki veya değişime hazır olma durumundaki değişikliklere göre dikkate alınmalıdırlar. Buna göre kimin değişime cevap vereceği, zaman içerisinde bulunulan aşamaya bağlı olmaktadır. Değişim sürecinin farklı noktalarındaki bireyler, farklı aşamalardan yarar sağlayabilecek ve bireylerin hazır olduğu aşamalarla uygunluk sağlandığında model en iyi şekilde işleyecektir. Bireyin

bulunduğu her bir aşamanın bilinmesi, iletişimcilerin gerçekçi program hedefleri koyabilmeleri, uygun mesajlar ve programlar hazırlamaları açısından önemlidir (Thomas, 2006:66).

Transteorik Model'in ana yapısı, üç boyuttan oluşmaktadır (Prochaska ve Velicer, 1997:38-48):

1.Değişim Aşamaları: (Zamanla İlgili Boyut)

2.Değişim Süreci: (Bağımsız Değişken Boyutu)

3.Değişim Düzeylerinin Belirleyen Ölçekler (Öz-yeterlik/Teşvik Eden Faktörler Ölçeği ve Karar Denge Ölçeği)

1.*Değişim Aşamaları:* Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgi ve motivasyonunu yansıtır. Ayrıca niyet, tutum ve davranış değişikliklerin zamanını açıklar. Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda, değişim keskin ve doğrudan sonuç olarak değerlendirilirken, Prochaska ve DiClemente, değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlar. Bireylerin eski davranışlarından (sigara içme) yeni davranışlara (sigarayı bırakma) doğrudan gitmediğini, değişim için beş aşamanın gerektiğini savunurlar. Bu değişim aşamaları şunlardır:

- *Düşünmeme (Düşünce Öncesi):* Bu basamakta, davranış değişikliği için herhangi bir düşünce ya da farkındalık yoktur. Bir diğer ifade ile mevcut davranışı değiştirmek konusunda, gelecek altı ay içinde herhangi niyet bulunmamaktadır. Birey probleminin ya farkında değildir ya da problemini ciddiye almamaktadır. Bununla birlikte aileleri ve diğer yakınları bireyin bir problemi olduğunun farkındadır ve onu mevcut sağlık davranışını değiştirmesi konusunda etkilemeye çalışmaktadırlar.

- *Düşünme (Niyet):* Birey sorununun bilincedir ve sonraki altı ay içinde davranışını değiştirmeyi düşünmektedir. Ancak değişimle ilgili çelişkili duygular taşımaktadır ve kesin kararını henüz vermemiştir.

- *Hazırlık (Karar Verme):* Bu basamakta; birey, değişimi planlar ve davranış niyeti geliştirerek harekete geçmeyi düşünür. Sağlık eğitimine katılmak, konu ile ilgili kitap satın almak, sağlık çalışanları ile görüşmek veya uzmana danışmak gibi hareket planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir. Araştırmacılar, hazırlık aşamasını, harekete geçişin ateşleyicisi olarak tanımlamaktadırlar.

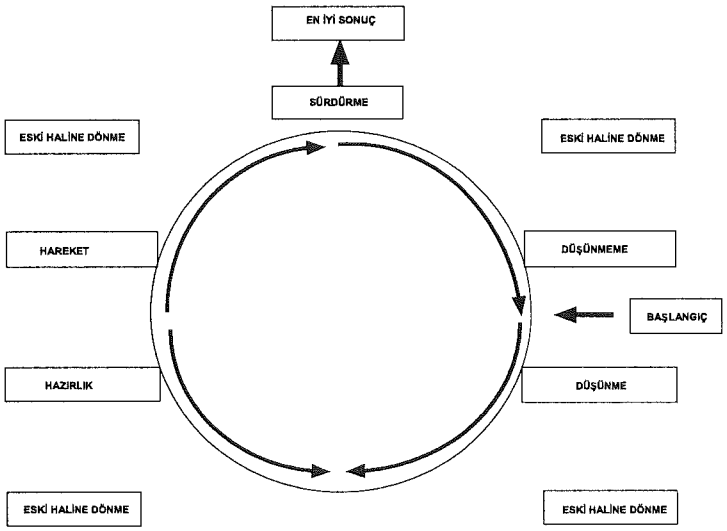
- *Hareket (Eylem):* Bireyin, harekete geçip davranışını değiştirdiği aşamadır. Birey, problemli davranışını bir gün ile altı ay içerisinde başarı ile değiştirmiş ise hareket aşamasında kabul edilir. Bu basamakta, bireyler mevcut promlemlerinin üstesinden gelebilmek için davranışlarını değiştirmeyi denerler. Amaç, davranış değişimi ile sorunun üstesinden gelmektir. Ancak unutulmaması gereken nokta, hareket aşamasının sadece beş aşamadan biri olduğudur. Tek başına davranış değişimini tanımlamakla birlikte yeni davranışı pekiştirme çabası gerektiren önemli bir aşamadır.

- *Sürdürme (Devam Ettirme):* Davranış değişiminin devam etmesidir. Bireyin bu basamakta olmasının kriteri, yeni edindiği davranışı altı aydan uzun bir süre korumasıdır. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket aşamasında edindikleri başarıyı sürdürmeye çalıştıkları bir aşamadır.

Prochaska, buradaki beşinci aşamaya bir basamak daha ekleyerek, bu basamağı "Sonuç" olarak ifade etmiştir. Sonuç aşaması, bireyin davranışı tekrar etme ihtimalinin sıfır olduğu, değişim sürecini tamamladığı son aşamadır.

Davranış değişimini kolaylaştırmak için geliştirilen ve davranış değişiminin aşamalar halinde gerçekleştiğini öne süren model, dairesel bir modeldir. Bu yüzden değişim aşamalarında ilerlerken daha önce değişik zamanlarda bir kaç kez davranışını değiştirmeyi denemiş ancak başarısız olmuş olan bireyler, bir önceki aşamaya geri dönebilirler. Bu geri dönüşler (eski haline dönme), bireylerde başarısızlık ve suçluluk hissedilmesine neden olmakta ve davranış değişimine direnç gelişebilmektdir. Bu konuda yapılan çalışmalar,

bireylerin yaklaşık %15'inin "düşünme öncesi", %85'inin ise "düşünme/hazırlık" aşamasına geri döndüklerini göstermektedir (Miller ve Rollick, 1991:14-29).



Şekil 30: Değişim Aşamaları Modeli (Prochaska, 1992).

2.Değişim Süreci: Bireylerin değişim aşamaları basamaklarında ilerleme göstermek için kullandığı açık ve örtülü deneyimlerdir. Hangi deneyimlerin kullanılarak problemli davranışın değiştirdiğini anlamaya yardım eder. Değişim Süreci kapsamında; bağımsız değişkenler ve karar denge ölçeği ve teşvik eden faktörlerin bulunduğu bir dizi sonuç ölçümü bulunur. Bunden dolayı değişim süreçleri sağlık programlarına önemli ölçüde rehberlik eder.

Değişimi kolaylaştıran 10 değişken bulunmaktadır. Bunlardan beş tanesi bilişseldir; bilinçlenme, duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme, kendini yeniden değerlendirme, beş tanesi ise davranışsal değişkenlerdir; uyaranların kontrolü, destekleyici ilişkiler, karşıt koşullanma, güçlendirme ve kendisi ile anlaşma. Bilişsel olanlar bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilgiliyken davranışsal olanlar ise bireyin değişim sürecinde ilerlerken hangi davranışları seçtiğini göstermektedir. Velicer, bu faktörleri aşağıdaki şekilde tablolaştırmıştır (Velicer vd.,

2000:174-195).

Bilişsel Süreçler
1.Bilinçlenme (farkındalığın artması): Problem davranışın nedenleri, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalığın artmış olmasıdır. Farkındalığı arttıran girişimler geri bildirim, eğitim, konferans, yorum, dini kitaplar ve medya kampanyaları olabilir. "Sigarının nasıl bırakılacağını okuduklarımdan hatırlarım."
2. Duygusal uyarılma: Bireyin problemli davranışı ile ilişkili olaylar karşısında (örneğin sigara ve akciğer kanseri) çok güçlü üzüntü deneyimlediği zaman oluşan süreçtir. Bu evrede psikodrama, rol yapma, geri bildirimler ve iletişim araçları bireyleri duygusal olarak harekete geçirebilir. "Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır."
3. Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirilmesidir. Empati eğitimi, kanıtlar ve aile girişimleri bu aşamada kullanılan tekniklerinden bazılarıdır. "Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm."
4. Sosyal Özgürleşme: Çevresel fırsatlar: Toplumda bireylere sağlanan alternatif davranışlara karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, okulda öğle yemeklerinde salata büfelerinin kullanılması gibi, yardım için yaratılan fırsatları fark etme ve kullanma sürecini etkileyebilir. Toplumun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım." 5.Kendini yeniden değerlendirme: Bireyin kendini sağlıksız ve sağlıklı alışkanlıklarla ilişkilendirerek değerlendirmesidir. Sağlıklı rol modelleri, hayal gücünü kullanma, değerleri süzgeçten geçirme onları harekete geçirebilir. "Sigara bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmeme neden olur."
Davranışsal Süreçler
6.Uyaranların kontrolü: Problemli davranışlara yeniden başlama riskini azaltmak için uyaranların kontrol edilmesi ya da yerine diğer sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmada yardımcı olabilir. "Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım."
7.Destekleyici ilişkiler: Güven sağlayan, destekleyen ve kabul gören ilişkileri içerir. Danışman desteği, arkadaşlık ilişkileri, sosyal destek grupları etkili olabilir. "Sigara içmem ile ilgili konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır." 8.Karşıt koşullama (yerine koyma): Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir. "Sigara içmek yerine, ellerimle yapabileceğim daha iyi, başka şeyler bulurum."
9.Güçlendirme (ödüllendirme): Ödül kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağıdır. Bu aşamada bireye kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlayan güçlendirme girişimleri kullanılabilir. "Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm." 10. Kendisi ile anlaşma: Bireyin değişime olan inancını harekete geçirmesi ve uyum sağlamasıdır. Yeni davranışlar için birden fazla yardım seçeneklerinin kullanılması uyumu attırabilir. "Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm."

Tablo 7: Transteorik Modele Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler

Velicer ve Prochaska'nın yaptığı araştırmalar sonucunda, değişim aşamaları ile değişim süreçlerinin eşleşmesi ve süreçlerin değişim aşamalarında nasıl kullanıldığını ya da kaçınıldığı Şekil 31'de gösterilmiştir. Araştırmacılara göre; düşünmeme ve düşünme aşamasında çoğunlukla "bilişsel süreçler" daha sonraki aşamalarda ise "davranışsal süreçler" kullanılır. Düşünmeme

aşamasında değişim süreçleri çok az kullanılır, düşünme ve hazırlık aşamasında ise bu kullanım artar. Hareket aşamasına gelindiğinde artış diğer aşamalara göre en fazla şekildedir ve sürdürme aşamasında giderek azalır (Velicer ve Prochaska, 1997:38-48).

Değişim Aşamaları				
Düşünme Öncesi	**Düşünme**	**Hazırlık**	**Hareket**	**Sürdürme**
Değişim Süreçleri	Bilinçlenme (Farkındalık).....			
	Duygusal uyarılma.....			
	Çevreyi yeniden değerlendirme.....			
	Kendini yeniden değerlendirme.....			
	Kendisi ile anlaşma.....			
	Güçlendirme.....			
	Destekleyici İlişkiler.....			
	Karşıt Koşullama.....			
	Uyaranların kontrolü.....			

Şekil 31: Değişim Aşamaları ve Değişim Süreçlerinin Çapraz İlişkisi

3.Değişim Düzeylerini Belirleyen Ölçekler: Transteorik Model'de bulunan Öz-yeterlik/Teşvik Eden Faktörler Ölçeği ve Karar Denge Ölçeği; bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlerin hassas sonuçlarını ölçer. Öz-yeterlik ölçeği, bireyin zor bir durumla karşılaştığında eski sağlıksız ve riskli alışkanlıklarına yeniden başlamamak için sahip olduğu güven ve kendine olan inancını yansıtır. Bu ölçek neticesinde alınan puanların yüksek olması, teşvik edici durumlara rağmen bireyin eski alışkanlığına dönmeme gücünü belirtir. Bu ölçek, Bandura'nın öz-yeterlik teorisinden uyarlanmıştır. Teşvik eden faktörler ölçeği, bireylerin zor bir durumla karşılaştığında, eski alışkanlığına geri dönmelerini teşvik eden faktörlerin yoğunluğunu belirtir. Karar alma ölçeği, davranış değiştirmenin artı ve eksilerini ortaya koyar. Artı, davranış değiştirmenin bireye yarar sağlayacak yönlerini, eksi ise bireye zarar verecek, değişimi engelleyecek yönlerini belirtir.

Sigara içenlerin bağımlılık ve alışkanlıklarını bırakması ile ilgili yapılan çalışmalar sırasında geliştirilen bu model; ilerleyen yıllarda kilo verme, yaralanmaları

önleme, güvenli cinsel alışkanlıkların geliştirilmesinde, alkol ve madde bağımlılığının da dahil olduğu geniş bir davranış aralığında, değişik disiplinlerin araştırmacıları tarafından kullanılmıştır (www.addictioninfo.org).

2.4.14. Korunma Motivasyon Teorisi

Dr. R.W. Rogers tarafından 1975 yılında korkuyla ilgili yaklaşımları ve insanların bunlarla nasıl başa çıktığını açıklamak için geliştirilmiştir. Teorinin orjinali, insanların stres altında nasıl nasıl davrandığı ve bu durumla nasıl başa çıktığı ile ilgili araştırmalar yapan Richard Lazarus'un çalışmalarına dayanmaktadır. Korunma Motivasyon Teorisi'ne göre insanların kendilerini sağlık riskinden korumalarına etki eden dört faktör bulunmaktadır (www.wikipedia.org):

1.Tehlikeli olayın algılanan ciddiyeti,

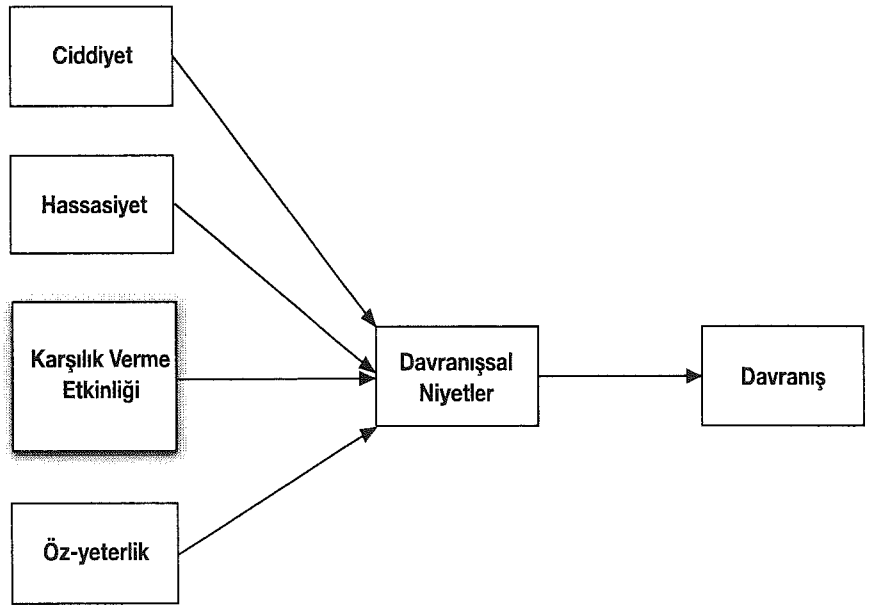
2.Tehlikenin meydana gelmesinin algılanan olasılığı veya hassasiyeti,

3.Tehlikeye karşı istenen koruyucu davranışı gerçekleştirebilme etkinliği

4.Algılanan öz-yeterlik

Teori, korkuyu uyandıran iletişimi açıklamaktadır. İnanç, tutum ve davranışın değiştirilmesinde, bu iletişimin hangi koşullarda etkili olduğu açıklanmaktadır. Eğer önerilen davranış, korkunun azaltılmasını sağlarsa, pekiştirilmekte ve gerçekleştirilme şansı artmaktadır. Ancak önerilen davranış korkuyu azaltmazsa, uygun olmayan başa çıkma davranışları gerçekleştirilebilir. Korkunun derecesi, ciddiyet ve duyarlılık algısıyla belirlenmektedir. Bu değerlendirmenin sonucuna göre birey, uygun olan ya da olmayan davranışları gerçekleştirmeye yönelir. Burada değerlendirme, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyetin değerlendirilmesidir. Her ikisi, uygun olmayan davranışların gerçekleştirilme olasılığını azaltır. Korku duygusu, algılanan ciddiyet ve duyarlılığı artırarak, korunma motivasyonunu dolaylı olarak etkiler. Korunma MotivasyonTeorisi, var olan bir risk hakkında bireyde korku oluşturmak suretiyle davranışın gösterilmesi yönünde bireyin güdülenmesi anlayışına dayanarak sağlık riski ve bu riskin sonuçları hakkında tehditler kullanarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır (Gorin, 2006:41).

Uygun davranışların gerçekleştirilmesinde, bireyin önerilenleri dikkate aldığı zaman tehdidin ortadan kalkacağına ve ilgili davranışı öz yeterlikle gerçekleştireceğine ilişkin beklentisi rol oynamaktadır. Bu nedenle Rogers, 1983 yılında teoriyi geliştirerek öz yeterlik bileşenini eklemiştir. Korunma Motivasyon Teorisi'ne göre tehdidin azaltılmasında etkili olan ve bu davranışın başarıyla gerçekleştirilmesi ile ilgili öz yeterlik, uygun davranışın gerçekleştirilmesini sağlar. Korku ile zorlama arasındaki ilişkiyi analiz eden ilk çalışmalarda korku duygusu, mesajlardaki önerinin uygulanmasına yol açan ve istenmeyen sonuçları belirten iletişimler olarak tanımlanmıştır. Mesajlar, hastalığın ciddiyetini, hastalıkla ilgili duyarlılığı, önerilen davranışın etkililiğini, ilgili davranışın gerçekleştirilmesi için gereken öz yeterliliği ve niyeti içermelidir. İstenilen davranışın gerçekleştirilmesi için, verilen mesajlarda bireyin davranışı gerçekleştirebileceği vurgulanmalıdır (Norman vd. 2001:54).



Şekil 32: Korunma Motivasyon Teorisi (Rogers, 1993)

Yukarıda ana başlıklar ve örneklerle açıklanan davranışsal teori ve modellerin güçlü ve zayıf yönlerini, Tablo 8 ile ortaya koymak mümkündür.

Teori/Model Adı	Güçlü Yönleri	Zayıf Yönleri
Mc Guire'ın İkna Modeli	İletişimin; tutumları ve davranışları değiştirme amacıyla kullanılabileceğini ortaya koymak. Bazı mesajların nasıl ve neden başarısız olduğunu açıklamaya çalışmak.	İletişim aşamalarının her zaman aynı sırayı takip etmemesi.
Nedene Dayalı Eylem Teorisi	Davranış değiştirmede ön koşul olan kişisel niyetin önemini vurgulamak.	Kişilerin mantıklı düşündükleri ve kararlarını edindiklerini toplu bilgilere göre verdiklerini varsayması.
Planlı Davranış Teorisi	Davranışa yönelik amacın ölçülebilmesi ve dolaylı olarak söz konusu davranışın ortaya çıkma olasılığını tespit edebilmek.	Algılanan davranışsal kontrolün yeterli derecede güçlü olmaması durumunda davranışı gerçekleştirme niyetinin de güçlü olmaması.
Bütünleşik Davranış Modeli	Fikirlerin organize edilmesine, araştırma, müdahale ve analiz planlamasına yardım etmek. Bilişsel faktör ve davranışların arkasındaki motivasyonu anlamayı sağlamak.	Tutumların davranışı doğrudan etkilemesi, niyetin zamanla değişmesi ve bazı değişkenlerin test edilememesi. Kişilerarası,grup ve toplumsal faktörleri kapsama almaması.
Sağlık İnanç Modeli	Değer-beklenti modeli olarak bilişsel değişkenlere odaklanmak.	Kişinin hastalığa yakalanabileceğine inanmaması durumunda önleme çaresi araştırmaması.
Sağlığı Geliştirme Modeli	Sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetler.	Öz-yeterlilik algısının davranışı başarı ile yerine getirmeyi sağlayan çekirdek kavram olarak görülmesi.
Sosyal Bilişsel Teori	Karşılıklı determizm ilkesine dayanmak.	Duygusal tepkileri önemsememesi. Yaşam süresince meydana gelen davranış değişikliğini yok sayması.
Toplumsal Organizasyon Teorisi	Değişimi etkin kılmak için toplumu harekete geçirmeyi amaçlayan prensip ve yaklaşımlardan oluşmak.	Her zaman aktif katılım sağlayamaması.
Tüketici Bilgi İşleme	Bilgiyi temel hareket noktası olarak almak.	Fazla bilginin karar vermeyi her zaman sağlayabileceğini düşünmesi.
PRECEDE-PROCEED MODELİ	Planlama sistemini kullanarak başarıyı arttırmak. Sağlık ve davranışı pek çok seviyede incelemek.	Sağlığı etkileyen çevresel etmenleri ikinci plana atması. Sağlığın sorumluluğunu doğrudan kişinin sağlıksız davranışının sonucu olarak nitelendirmesi.
Örgütsel Değişim Teorisi	Sorunları çözme kapasitesi yaratmak. Pozitif sağlık değişimi yaratmada büyük	Değişim adımlarının tanımlarının yetersiz oluşu.
Yeniliklerin Yayılması Teorisi	Yeni enformasyonun yayılmasında etkili bir şekilde kitle iletişim araçlarını kullanmak.	Bilinen yeniliklerden pratikte yararlanma oranının sınırlı olması.
Transteorik Model	Davranış değişikliğinin etkinlikten ziyade bir süreç olduğunu kabul etmek.	Doğrusal bir model olduğu için kişilerin aşamalar arasında ileri geri hareket etmesi. Davranış değişikliği sonucunda sağlık kazançlarının hemen ortaya çıkmaması durumunda motivasyonun kırılması.
Korunma Motivasyon Teorisi	Korku duygusunun, algılanan ciddiyet ve duyarlılığı arttırması.	Sağlık davranışını korkunun derecesi ile değiştirme amacı.

Tablo 8: Sağlık Davranışı Teori ve Modellerinin Güçlü ve Zayıf Yönleri

Bireylerin davranışlarını anlayabilmek ve onların sağlık davranışlarını değiştirmek ve/veya geliştirmek amacıyla bir çok teori ve modeli geliştirilmiştir. Araştırmacılar ve akademisyenlerce ortaya konan farklı davranışsal teori ve modeller, farklı sorunların çözülmesinde yardımcı olmaktadır. Çoğunlukla

psikolojinin davranış modellerinden uyarlanmış olan bu teori ve modeller, hem bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmek hem de bir sağlık sorununa karşı bireysel ve toplumsal düzeyde önlemler almak amacıyla yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarında yol gösterici rol oynamaktadır.

III. BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYA SÜRECİ

Bu bölümde, ilk önce kampanya kavramı ve Halkla İlişkiler kampanya süreci ele alınacaktır. Daha sonra sağlık iletişimi kampanyalarının bu sürece uygunluğu değerlendirilecektir. Rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen sağlık iletişimi kampanyaları, sağlık iletişiminde kullanılan davranışsal teori ve modellere göre incelenecektir.

3.1. HALKLA İLİŞKİLER KAMPANYASI OLUŞUM SÜRECİ

3.1.1. Kampanya kavramı ve özellikleri

Latince bir kelime olan campus ve ortaçağ Latin kültüründeki campania kelimelerinin her ikisi de "düz ülke" anlamına gelmektedir. Bu kelimeler, eski Kuzey Fransızcası'ndaki "champagne" ve İngilizce "campaign" kelimelerinin öncüleridir. Savaşta, mücadelenin yapıldığı alanları anlatmak için kullanılan özgün bir terimdir. Antik çağlarda, kampanya hem yer hem de zaman olarak belirlenmiş askeri müdahaleyi ifade etmekteydi. Genellikle çarpışmadan daha büyük savaştan daha küçük olan kampanya, bir ya da iki yıl devam ederdi. Bu sürede düz bir yerde konaklayan birlikler, daha büyük bir savaşa girmeden stratejik açıdan önemli bir nehri, etrafı surlarla çevrili bir şehri veya limanı elde etmeyi amaçlardı. Başarılı olunduğu takdirde birlikler kışlalarına döner ve bu da kampanyanın bittiğini gösterirdi. Terimin orjinal hali şu anda kullanılmamasına rağmen sosyal bir problemle mücadele eden kampanya süreci de "savaş ilan etmeye" benzetilerek askeri bağlantısına gönderme yapılmaktadır. Halk sağlığı açısından kampanya teriminin kullanımı ele alındığında, halk sağlığı profesyonelleri orduları ve gözetleme sistemlerini oluşturmakta bilgi toplayıp amaçları belirlemektedirler. Strateji ve taktikler kullanarak tasarladıkları mesajları, hedef kitlenin direncini yenmek ve savunmasını bertaraf etmede kullanmakta ve bu sayede değişikliği tetikleyip davranış değişikliğine neden olmaktadırlar. (Salmon ve Atkin, 2003:449-450).

Rogers ve Storey'ın klasik tanımına göre "iletişim kampanyası, belli bir zaman dilimi içerisinde geniş sayıda bireyden spesifik çıktılar alabilmek için medya, mesajlaşma ve bir dizi organize iletişim aktivitesinin kullanılması"dır. Yazarlar, bir çok farklı tanım olmasına rağmen kampanyaların dört temel özellik içerdiğini ifade etmişlerdir. Bu özellikler şunlardır (Rogers ve Storey,1987:419-425):

- Amaç bellidir,

- Zamanı tanımlanmıştır,

- Geniş bir hedef kitleye yöneliktir,

- Bir dizi örgütlenmiş iletişim faaliyeti içerir.

3.1.2. Halkla İlişkiler Kampanya Süreci ve Stratejik Planlama

Sağlık olgusunun temelinde iletişim vardır. Etkili bir sağlık iletişim kampanyası gerçekleştirmek için iki yönlü iletişim gerekir. Bir başka ifade ile iki kesim arasında bilgi alışverişi için açık bir simetrik iletişim sisteminin olması gerekmektedir. Bu da Halkla ilişkiler ile mümkündür. Halkla İlişkiler kampanyaları, hedef kitleleri bilgilendirmek, ikna etmek ve davranış değişikliği oluşturmak amaçlı yapılan planlı iletişim faaliyetleridir. McQuail'e göre bir kampanyanın oluşabilmesi için sahip olması gereken nitelikler şunlardır (McQuail, 2010:471-472):

- Kollektif örgütlü bir kaynağa sahip olması (siyasi parti, devlet, baskı grubu vs.),

- Amaca yönelik, açık bir şekilde belirlenen amaçlar tarafından yönlendirilmesi,

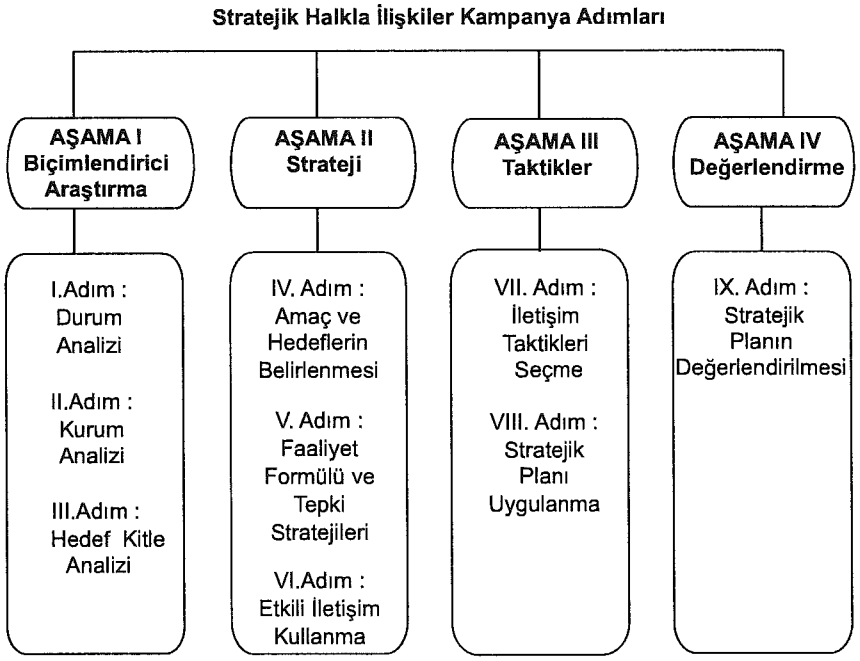
- Amaçlara bağlı olarak belli gruplara veya geniş kamuya yöneltilebilmesi,

- Büyük ölçüde kamusal olarak nitelendirilmesi, özellikle kitle iletişim araçlarının kullanılması ve bu araçların amaç, yönetm ve geçerlililiğini içermesi,

- Kampanyaların kurumlaştırılmış bir faaliyet olarak kamu gözüyle yasal olması, yerleşik normlara uygunluk göstermesi ve çok fazla tartışmalı olmaması gerekmektedir.

Halkla ilişkiler ve Tanıtım ile ilgili bir çok yayın ve ders kitabında, halkla ilişkiler kampanyaları, dört aşamada incelenmektedir: araştırma, planlama, uygulama ve değerlendirme. Her bir aşama kampanya için önem taşımakla beraber kampanyanın başarısını etkileyen ana unsur, kampanya sürecinin her adımının planlanmasıdır. Tüm kurumu kavrayan, kurum kaynakları, güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler çerçevesinde kurumun gelişip büyüme imkanlarını temel alan, kapsamlı ve uzun vadeli bir planlama olan stratejik planlama, halkla ilişkiler kampanya aşamalarında başvurulan bir planlama modelidir (Pira, 2004:35).

Ronald Smith'in oluşturduğu "Stratejik Halkla İlişkilerin 9 Adım Modeli"nde Halkla İlişkiler Kampanyaları, 4 ana aşama altında toplanan 9 adımdan oluşmaktadır (Smith, 2005:9-13).



Şekil 33: Stratejik Halkla İlişkiler Kampanya Adımları (Smith, 2005:9-13).

3.1.2.1. AŞAMA I: Biçimlendirici Araştırma

Bu aşamada, bilgi toplamak ve durumu analiz etmek için iletişim planının ön hazırlığına odaklanılır. Biçimlendirici aşamanın üç adımında planlamacı, kurumun mevcut özgü bilgilerinden yararlanırken aynı zamanda planlama sürecinde meydana çıkacak kararları alabilmek adına toplanacak ek bilgiler için bir araştırma programı oluşturmaktadır.

Adım 1 - Durum Analizi: Süreç için önemli bir başlangıç olan durum analizi problemin anlatılmasını sağlayacak temel bilgileri içerir. İşin içindeki tüm planlamacı, müşteri, uzman, kilit noktalardaki meslektaşlar ve nihai karar vericilerin, programde ele alınan olası fırsat veya engeller hakkında aynı fikirde olmaları gerekmektedir.

Adım 2 - Kurum Analizi: Bu adım, kurumun üç önemli yönüne açık ve dikkatli bir bakış içermektedir: iç ortamı (misyon, performans ve kaynaklar), halk tarafından algılanışı (itibarı) ve dış ortamı (rakipleri, muhalifleri ve destekleyicileri). Kurum analizinin temel amacı, karar verme aşamasında konu ile ilgili kuvvetli veya zayıf, avantajlı veya dezavantajlı noktaların birarada görülmesini sağlamaktır.

Kurumun analizinde genellikle kullanılan yöntem SWOT analizidir. SWOT kısaltması, İngilizce Strenghts (Güçlü Yönler), Weaknesses (Zayıf Yönler), Opportunities (Fırsatlar) ve Threats (Tehditler) kelimelerinin baş harflerinden oluşmaktadır. Kurumun güçlü ve zayıf yanlarını, olası fırsat ve tehditleri ortaya çıkaran bir analiz yöntemidir.

Adım 3 - Hedef Kitle Analizi: Hedef kitle içsel ya da dışsal ulaşılmak ve etkilenilmek istenilen kişilerden oluşur. Bu adımda, kurumla iletişim halinde olan hedef kitlenin tanımlanması ve analizi bulunmaktadır. Bu analiz, halkla ilişkiler planlamasının en önemli adımlarından biridir.

Hedef kitleyi tanımak (eğitim, gelenek, alışkanlık, inanç ve yöresel özellikler) ve analiz etmek önemlidir çünkü halkla ilişkilerin ana amacı, doğru strateji geliştirmek ve doğru hedef kitleye ulaşmaktır.

Her kurumun hitap edeceği hedef kitle farklı olacağından hedef kitleyi

belirlerken, insanların yaşadıkları/bulundukları yere göre coğrafi bir bölünme, yaş, iş, cinsiyet, ailenin çekirdek ya da kalabalık oluşu ve eğitimlerine göre demografik bölümleme, psikolojik ya da yaşam biçimlerine göre psikografik bölümleme, karar verme sürecindeki rollerine, siyasal ve ekonomik güçleri gibi kritterlere göre bölümleme yapılabilir. Bu bölümlenmenin ardından, hedef kitlenin daha ayrıntılı bir açılımı yapılarak ana başlıklar şu şekilde sıralanabilir (Yılmaz, 2005:8-9):

1. Çalışanlar ve tedarikçiler
2. Hissedarlar ve ortaklar
3. Basın
4. Tüketiciler
5. Yerel yöneticiler
6. Kamu kuruluşları yöneticileri
7. TBMM üyeleri
8. Protokol
9. Borsa ve finans çevreleri
10. Yabancı misyon
11. Uluslararası kuruluşlar
12. Meslek odaları, örgütler
13. Vakıflar
14. Sendikalar
15. Kamuoyu önderleri
16. Üniversiteler ve akademik çevreler

Bir halkla ilişkiler kampanyasında, hedef kitlenin özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Bu kitleye gönderilecek doğru mesajların ve bu mesajları iletecek doğru iletişim araçların seçimi ancak hedef kitlenin isteklerinin, beklenti ve ihtiyaçlarının dikkate alınması ve çok iyi analiz edilmesi ile mümkündür. Ayrıca hedef kitlenin sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve teknolojik trendlerden de etkilendiği unutulmamalıdır.

3.1.2.2. AŞAMA II: Strateji

Planlama sürecinin ikinci aşamasıdır. Strateji, uzun dönemli temel hedefler

ve amaçların belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşmak için gereken kaynakların dağıtımı olarak tarif edilebilir.

Adım 4 - Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi: Bu adım, kurum için aranan konum, ürün ve hizmet ile ilgilenmektedir. Her bir hedef grubun ilgisini çekecek ve kabul edebileceği bir kimlik ortaya koymak için açık, spesifik ve ölçülebilir amaçlar geliştirilir. Mesajın kabulü ile ilgili olan amaçlara çok önem verilmektedir.

Adım 5 - Faaliyet Formülü ve Tepki Stratejileri: Bir kurum için pek çok faaliyet seçeneği bulunmaktadır. Bu adımda, çeşitli durumlarda ne tür faaliyet yapılacağı değerlendirilir. Beşinci adım, girişimler ve tepkilerin tipolojisini içermektedir.

Adım 6 - Etkili İletişim Kullanma: Hedef kitleye mesajların kimler tarafından verileceği, mesajın içeriği, nitelik ve stili, sözlü ve sözsüz ipuçları ve ilgili konularda alınacak çeşitli kararlar ile ilgilenmektedir.

3.1.2.3. AŞAMA III: Taktikler

Taktikler aşamasında, çeşitli iletişim araçları değerlendirilmektedir ve iletişim palnının görsel elementleri oluşturulmaktadır.

Adım 7 - İletişim Taktikleri Seçme: Değişik iletişim seçenekleri ile ilgilenir. Planlamacı, özellikle dört kategoriyi dikkate almaktadır: (1) yüz yüze iletişim ve kişisel ilgi imkanları, (2) bazen kontollü medya olarak da adlandırılan kurumsal medya, (3) haber medyası (kontrolsüz medya) ve (4) reklam ve tanıcıtı medya (kontrollü medyanın bir başka dalı).

Tüm bu araçlar hemen her kurum tarafından kullanılabilmekte iken her araç, her kullanım için uygun olmayabilir.

Adım 8 - Stratejik Planı Uygulama: Bu adımda, bütçeler ve listeler oluşturulur, ayrıca iletişim programının uygulanması için hazırlık yapılır.

3.1.2.4. AŞAMA IV: Değerlendirme

Adım 9 - Stratejik Planın Değerlendirilmesi: Bu adım, amaçlanan hedeflere ulaşılmasında kullanılan her bir taktiğin etkinliğini ölçebilmek adına spesifik metotların belirlendiği son adımdır.

3.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARININ TANIMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Sağlık iletişimi kampanyaları, belirli bir zaman diliminde toplumun büyük bir kısmında belirli sonuçlar ortaya çıkarmak veya sağlık etkileri oluşturmak üzere düzenlenmiş bir dizi iletişim aktivitesidir. Sağlık iletişiminin en önemli süreçlerinden bir tanesi olan bu kampanyalar, hedef kitleleri ikna ve iletişim ile etkileyerek belirli inanış ve davranışlara yöneltmeye çalışır. İlk olarak 1700'lü yıllarda ABD'de ortaya çıkan kampanyalar, insanları çiçek aşısı olma konusunda ikna etmeye veya alkol tüketimini kontrol altına almaya yönelik çalışmalardır.

Özellikle alkol tüketimine karşı oluşturulan kampanyalar, 1800'ler ve 1900'lü yıllarda da görsel materyallerle desteklenerek devam etmiştir. Alkol tüketiminin yoğun olduğu Amerika'da gelişen sonra tüm Avrupa'ya yayılan bu tür kampanyalar, sistematik bir sağlık iletişimi kampanyasından ziyade toplumsal bir hareket olarak görülmektedir. Kampanyalar, çok uzun zamandır tüm dünyadaki ülkelerde halkın sağlığını etkilemek için bir araç olarak kullanılmakla birlikte modern kampanyaların tarihi, büyük ölçekli çalışmaların yapıldığı 1940'lar ve 1950'lerde başlamaktadır. Bu dönem, kampanyaların en az etkili olduğu dönemdir. 1960 ve 1970'li yıllar ise kampanyaların amacına ulaştığı ayrıca başarılı olmaya başladığı dönemler olarak ifade edilmektedir (www.communicationencyclopedia.com).

Sağlık iletişimi kampanyalarının dönüm noktası, 1972 yılında gerçekleştirilen Stanford Kalp Hastalığını Önleme Programı (Stanford Hearth Disease Prevention Program) olmuştur. Stanford Üniversitesi'nden Dr. Farquhar ve iletişimci Dr.Maccoby'nin beraber yürüttükleri programın medya direktörlüğünü J.Alexander yapmıştır. Californiya Stanford'da, kalp hastalığı risk faktörünü azaltmak amacıyla sigarayı ve alkolü kullanımını bırakma, düzenli egzersiz yapma, daha az kırmızı et yeme, daha az tuz kullanma alışkanlığı edinerek ve stresi azaltma gibi riskli

davranışların değiştirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için yapılması istenen aktiviteler, sağlık iletişim kampanyası ile birleştirilerek bireysel yaşam stillerinin değiştirilmesi sağlanmıştır.

Özetle, Stanford Programı sigara içimine son verme, kilo verme bir dizi önleyici yeniliği hedefleyen sağlık iletişimi kampanyaları serisinden oluşmaktadır. Programda hem kişilerarası iletişim (aerobik ve sigarayı bırakma sınıfları) hem de kitle iletişimi (tv, radyo ve gazete) kullanılmıştır. Ayrıca çeşitli eğitim aktiviteleri ve yarışmalarla belirli bir zaman dilimi içinde yenilikler benimsetilmeye çalışılmıştır. Stanford Kalp Hastalığı Önleme Programı'nın iletişim aktiviteleri yayılım teorisi, sosyal pazarlama ve sosyal öğrenme teorisine de dayanmaktadır. Kampanya mesajları ve özellikle de egzersiz yaparak ve yararlı besinleri tüketerek kilo veren bireylerin sağlıklı yaşama biçimi için pozitif rol modeli olmuşlardır. Programın sonuçlarına incelendiğinde, çalışmanın yapıldığı toplulukta kalp hastalığı risk faktörlerinde önemli ölçüde azalma görülmektedir Başarılı olan program, kampanya literatürüne yeni bir iyimserlik getirmiştir. Kampanya uzmanları etkili kampanya oluşturmak için gerekli ilkeleri ortaya çıkarmak ve şekillendirmek üzere çalışmalara başlamışlardır (Rogers, 2003:218-219).

İlerleyen yıllarda sağlık iletişimi kampanyaları ile hedef kitlelerde olumlu tutum ve davranışlar yaratılabileceği, varolan tutumların değiştirilebileceği ya da güçlendirilebileceği ve kampanyaların sağlıkla ilgili politikaları etkileyebilecekleri anlaşılmıştır.

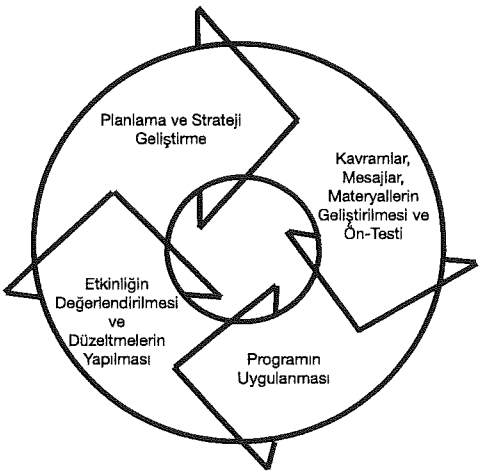
3.3. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYASI OLUŞUM SÜRECİ

Sağlık iletişimi kampanyaları da halkla ilişkiler kampanyalarında olduğu gibi araştırma, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Genel olarak bu aşamalardan meydana gelmekle birlikte farklı araştırmacıların farklı gruplandırmaları da bulunmaktadır.

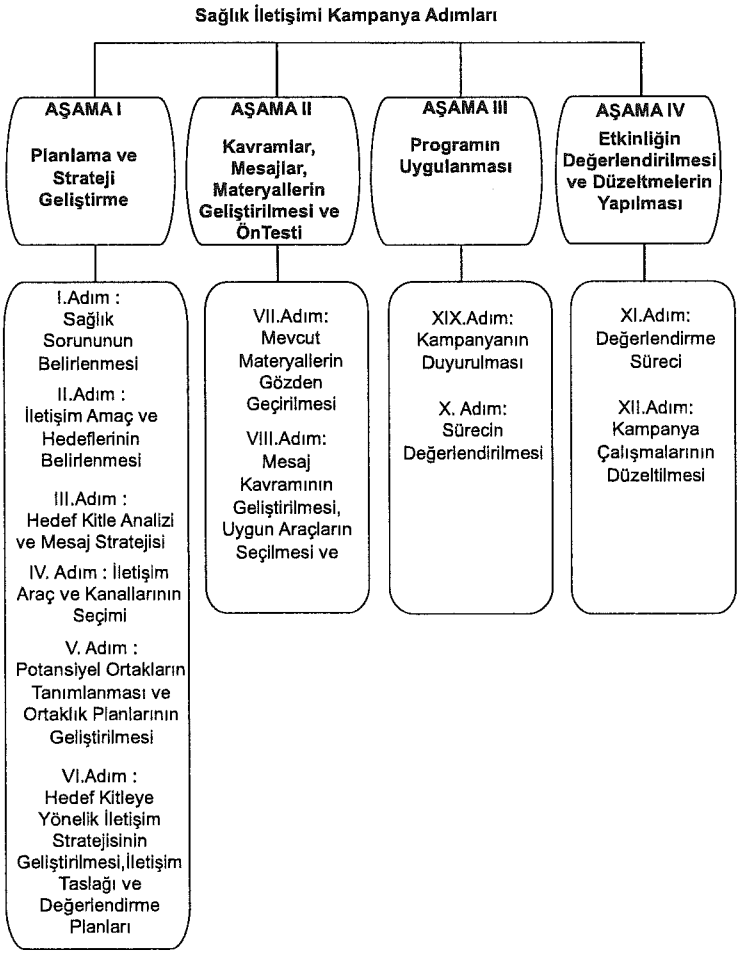
Thomas sağlık iletişimi kampanya sürecini; planlama, geliştirme, uygulama ve değerlendirme evreleri olarak dört ana başlık altında ele almaktadır (Thomas, 2006:103-117). Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute-NCI)ise planlama ve strateji geliştirme; kavramlar, mesajlar ve materyallerin

geliştirilmesi ve ön-testi; programın uygulanması; değerlendirme ve düzeltmelerin yapılması biçiminde bir ayrım yapmıştır (http://www.cancer.gov).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü, 1989 yılında sağlık iletişimi programlarının çalışmasını sağlamaya yönelik kısaca "Pink Book-Pembe Kitap" olarak bilinen yayını çıkarmıştır. Sağlık iletişimi kampanya sürecinin dört ana başlık altında toplanan adımlarını, bu kitabın revize edilmiş çalışmasındaki ayrımlar dikkate alınarak Şekil 34 ile ortaya koymak ve maddeler halinde açıklamak mümkündür (National Cancer Institute, 2008:11-40):



Şekil 34: Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Sağlık İletişim Süreci Aşamaları



Şekil 35: Sağlık İletişimi Kampanya Adımları (National Cancer Institute, 2008:11-40):

3.3.1. Planlama ve Strateji Geliştirme

Sağlık iletişimi kampanyası planlanırken aşılması gereken adımlar altıya ayrılmaktadır: sorunun tanımı ve detaylı araştırma, amaç ve hedeflerin saptanması, hedef kitlenin tanımlanması, uygun kitle iletişim araçlarının kullanılması, ortakların tanımlanması ve ortaklık planlarının geliştirilmesi ve sağlık iletişimi stratejisinin belirlenmesi.

3.3.1.1. Sağlık Sorunu veya Konusunun Belirlenmesi ve Çözüme Yönelik Tüm Öğelerin Tanımlanması

Bir sağlık iletişimi kampanyasına ilişkin planı geliştirmede ilk adım, çözülmesi gereken sorunun/konunun özelliklerini belirlemektedir. Sorun, kampanya adımları ona göre şekilleneceği için tüm yönleriyle, net bir şekilde belirtilmelidir. Ortaya konan sorunun özelliklerini belirlemek ve anlamak için araştırma yapılıp bilgilerin nesnel ve sistematik olarak toplanması gerekir. Gerçekleştirilen araştırma çalışmalarında; bu sağlık sorununun ne kadar yaygın olduğu, nedenleri, kimlerin nasıl etkilendiği, kişilerin sorunun farkında olup olmadığı ve sorunla ilgili medya veya diğer kuruluşların herhangi bir çaba gösterip göstermediği, çözümler ve müdahaleler neler olmalıdır sorularına cevap aranır (Thomas,2006:106; htttp://rex.nci.nih.gov). Bu soruların doğru bir şekilde cevaplanabilmesi için detaylı bir araştırma gerekir. Araştırma kapsamında, internet, üniversite veya halk kütüphaneleri, devlet kuruluşları sağlıkla ilgili STK'lar, meslek örgütleri, halkla ilişkiler ve reklam ajansları gibi farklı kaynaklardan yararlanılabilinir. Ayrıca sorun ile ilgili kilit kişilerden bilgi almak ve sağlık profesyonelleri ile yüzyüze görüşmeler yapmak ve sağlıkla ilgili dünyadaki gelişmeleri yakından takip etmek gerekmektedir.

Sorunun net bir şekilde belirtilmesi kadar yapılan araştırmaların değerlendirilmesi de önem taşımaktadır. Bütün adımlar ve ortakların beklentileri dikkate alınarak bir değerlendirme yapılmalıdır. Kampanya etkisinin ölçülmesi ve elde edilen bilgilerin doğru bir şekilde yorumlanması mevcut kampanyanın başarısı kadar ileride yapılacak kampanyalara ışık tutulması açısından da önemlidir.

3.3.1.2. İletişim Amaç ve Hedeflerinin Belirlenmesi

Başarılı bir sağlık iletişimi kampanyası yürütebilmek için tüm veriler araştırıldıktan sonra kampanyanın amacı ve hedefi somut biçimde belirtilmelidir. Kampanyanın ulaşmak istediği amaç ve hedeflerin tanımlanması, düşüncelerin belirli bir noktaya yönelmesi ve yanlış anlaşılmaları önlemek açısından bunların yazılması daha doğrudur. Örneğin el yıkama kampanyasında, davranış değişikliği yaratma hedefi, meme kanseri kampanyasında bilgi aktarma amacı gibi.

Amaç ve hedeflerin gerçekçi, akla yatkın ve ulaşılabilir olması kampanyanın

başarısı açısından dikkat edilmesi gereken bir husustur. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'ne göre sağlık iletişimi kampanyasında belirlenen amaç ve saptanan hedefler; sağlık programı hedeflerini desteklemeli, gerçekleştirilebilir ve gerçekçi olmalı, istenen değişikliğe, etkilenmek istenilen nüfusa ve değişikliğin gerçekleşeceği zaman dilimine uygun hedefler oluşturulmalı, ulaşılmak istenilen hedeflere yönelik süreçteki başarıları saptamak için ölçümlenebilmeli ve düzgün kaynak dağılımı sağlamak için öncelikler belirlenmelidir.

3.3.1.3. Hedef Kitle Analizi ve Mesaj Stratejisi

İletişim kampanyalarının temel hedefi, yaratıcı ve ikna edici bir iletişimle hedef kitlenin bilgi, tutum veya davranışlarını etkilemektir. Bu yüzden sorun detaylı bir şekilde ortaya konduktan ve ilgili kaynaklardan tüm veriler elde edilip amaçlar belirlendikten sonra sağlık iletişimi kampanyasının yöneleceği kitle yada kitlelerin tanımlanması gerekmektedir. Bir diğer ifade ile sağlık iletişimi kampanyasının kimlere bilgi vermeyi amaçladığı, sorundan kimlerin etkilendiği ve/veya kimlerde davranış değişikliği yaratmayı hedeflediği belirlenmelidir. Kampanyadan istenilen sonucu almak için hedef kitle net bir biçimde ortaya konmalıdır.

Hedef kitleyi tanımlamak için hedef kitlenin ayırt edici özeliklerine bakmak gerekmektedir. Bunlar; sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, meslek ve gelir durumu), psikolojik özellikler (değerler, kişilik özellikleri ve duyarlılık), sosyolojik özellikler (grup özellikleri) ve tüketim verileri (sahip olduğu tüketim malları) olarak sıralanmaktadır. Bunların hepsinin de farklı düzeyleri bulunmaktadır. Yüzlerce alt gruba bölünerek ayrı birer hedef kitle oluşturabilirler. Sınıflandırmanın en büyük avantajı, farklı alt grupların özellikleri (geçmişleri, alışkanlıkları, eğilim ve ihtiyaçları) belirlenerek oluşturulan mesajların etkisinin daha fazla olmasıdır. Özellikle sağlık iletişimi kampanyalarında, hedef kitlenin çoğunlukla çok geniş olması nedeniyle hedef kitlenin sınıflandırılması daha uygundur. Bu sınıflandırma hedef kitlenin sosyo-demografik özelliklerine, yaşadığı çevreye ve sahip olduğu eğitime göre yapılabilir.

Sağlık iletişimi kampanyalarını planlayanların hedef kitle ayrımını yapmaya çalıştıklarında, aşağıdaki unsurlara dikkat etmeleri gerekmektedir (Slater,1995:187):

- Kişilerin sağlık davranışlarını değiştirip değiştiremeyeceğini etkileyebilecek en önemli öncüllerin belirlenmesi,

- Geniş bir topluluk içindeki grupların daha önceki ilgileri, mevcut ihtiyaçları ve motivasyonlarının benzer örneklerinin tanımlanması,

- Daha öncekilere göre bu bölümlerin ya da grupların profillendirilmesi,

- Bu gruplar ya da bölümler tarafından genel olarak kullanılan iletişim kanallarının tanımlanması,

- Grupların tanımlanan perspektiflerine, ihtiyaçlarına ve ilgilerine göre mesajların geliştirilerek uygun iletişim kanallarının seçilmesi ve bu mesajların belirlenen her hedef gruptaki temsili kişilerle test edilmesi.

Sağlık iletişimi kampanyalarının hedef kitlesi, bazen tüm ulus bazen ise daha dar, özel bir kitle olabilir. Ulusal kampanyalarda amaç, çok sayıda kişiye ulaşmak ve etkilemektir. Örneğin hedef kitlesi tüm Türkiye olan Dumansız Hava Sahası Kampanyası'nda, her türlü araç ve yöntem tüm ülkeye yayılacak şekilde kullanılmıştır. Özel bir kitleye yönelik kampanyaların amacı ise belirlenen kitlede mümkün olduğunca çok sayıda kişiye ulaşmaktır. Hedef kitlesi özellikle, kırsal bölgelerde yaşayan, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi alt grupta yer alan, 15-49 yaş arasındaki kadınlar olan Bebeğim Sağ Olsun Kampanyası'nda yapılan çalışmalar, 15 ilde ve ilgili kişilere yönelik olmuştur.

Sağlık iletişimi kampanyalarındaki mesajlar, kampanyanın konusuna uygun olarak geliştirilmelidir. Genel olarak mesajlarda, iki temel yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşımlardan ilki sağlıklı davranışı geliştirmek bir diğeri ise sağlıksız davranışı azaltmak veya önlemektir. Kampanyalar hedef kitleyi istenilen bu tepkilere yöneltmek için üç temel iletişim sürecini kullanırlar: farkındalık sağlama, eğitme ve ikna. Farkındalık sağlama ile ilgili mesajlar, kişilere yapılması gerekenleri ne zaman ve nerede yapacaklarını ile ilgili bilgilendirir. Eğitici mesajlar, "nasıl yapılmalı" sorusunun cevabını içermektedir. İkna edici mesajların merkezinde ise güdüler vardır. Sağlık iletişim kampanyalarında hedef kitlenin güdülerine seslenilmektedir. Kaynağın güvenilirliği ve uzmanlığı da mesajların ikna edici olmasını sağlar. Biçim ve fikirler, sağlam içerikle ilginç bir şekilde sunulursa ikna etkisi artar. Bu üç tip

mesajda etkinin; bir sağlık iletişimi kampanyasının farklı noktalarında değişiklik göstereceği, farklı hedef kitleler için etki edecek yolların, hedef kitlenin bilgi ve tutumuna bağlı olduğu unutulmamalıdır (Çınarlı,2008:152).

Mesaj stratejisinde, ikinci bölümde bahsedilen davranışsal teori ve modellerden yararlanılır. Örneğin Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nde, davranışsal niyet önemlidir. Hedef kitlede bu niyetin oluşması için uygun mesajların kampanya süresince verilmesi, mesajların hatırlanmasını ve davranış değişikliğini sağlar. Hedef kitlenin özellikleri dikkate alınarak, kullanımlarına yönelik mesajların hazırlanması sağlık iletişimi kampanyalarının başarısını arttırdığı düşünülmektedir.

3.3.1.4. Hedef Kitleye Ulaşmak İçin Uygun İletişim Kanalları ve Araçlarının Seçimi

Hedef kitle analizi yapıldıktan ve mesaj stratejisi belirlendikten sonra bu mesajların uygun iletişim araçları (Kamu Spotu, reklamlar, sunumlar vs.) ve iletişim kanalları ile hedef kitleye ulaştırılması gerekmektedir. İletişim kanalları beşe ayrılır:

1.*Kitle İletişim Kanalları*: TV, radyo, magazinler, gazeteler ve haber mektupları.

2.*Kişilerarası İletişim Kanalları*: Sağlık profesyonelleri, aile üyeleri, arkadaşlar, aile.

3.*Interaktif Dijital Medya Kanalları*: Web siteleri, bülten tahtaları, haber grupları, konuşma odaları, CD-Rom, e-posta.

4.*Gruplar*: Okul ve sınıf etkinlikleri, dini gruplar, komşu ve kulüp toplantıları, çalışma grupları.

5.*Örgütsel Toplumsal Kanallar*: Aktif destek grupları, haber/fikir yayma kanalları, haber bültenlerinde mesajlara yer verenler, mesaja uygun organizasyon düzenleyenler.

Bu noktada dikkate edilmesi gereken nokta; kampanyanın hedef kitlesine, iletişim amaçlarına ve bütçesine uygun kanal ve araçların seçilmesidir. Doğru seçim, belirlenen hedef kitleye ulaşmak ve maksimum etki yaratmak açısından çok

önemlidir.

The Health Communication Unit (THCU)'in çalışma kitabında; uygun kanal ve araçların seçiminde üç temel faktörün karar vermede yardımcı olacağı belirtilmektedir (THCU,2007:31):

1.*Ulaşım:* Hedef kitlenin büyüklüğü, çarpan gücü ve belirlilikten meydana gelmektedir.

- *Hedef kitlenin büyüklüğü*: ulaşacağı kişi sayısı, mesajın verilen araç/kanalda ne sıklıkla görüleceği ve bu mesajın başkaları ile paylaşılıp paylaşılmayacağı ile ilgilidir.

- *Çarpan gücü*: Mesajı görecek kişi sayısının arttırılması için mesajın diğer kampanya öğeleri ile kullanılmasıdır.

- *Belirlilik*: Güçlükle tanımlanmış öncelikli bir hedef kitleye ulaşma becerisidir.

2.*Masraflar*: Mesajın oluşması ve yayılması ve uygun araç ve kanalların seçimi için yapılan harcamalardır. Materyal durumuna göre masraflar değişir.

3.*Kanal ve Araçların İletişim Amaçlarına Uygun Hale Getirilmesi:* Önem verilmesi gerekilen üçüncü faktör, ulaşılmak istenilen spesifik iletişim hedeflerine yöneliktir ve bazı kanal ve araçlar hedeflere diğerlerinden daha uygundur.

Yukarıda belirtilen üç nokta dikkate alınarak hedef kitleye ulaşmak için kanal ve araçlar arasından uygun olanlar tercih edilip kullanılabilinir. Hedef kitleye göre şekillenen mesajların bunlara uygun kanal ve araçlarla gönderilmesi kadar farklı kanallarda birarada gönderilmesi de önemlidir. Bir araçta veya kanalda mesajı yakalayamayan bireyin başka bir araçta görme olasılığı vardır.

3.3.1.5. Potansiyel Ortakların Tanımlanması ve Ortaklık Planlarının Geliştirilmesi

Günümüzde sağlık iletişimi kampanyaları düzenleyen kamu ve sivil toplum

kuruluşları, bu kampanyaları gerçekleştirirken özel kuruluşlardan destek almaktadırlar. Bu tür işbirlikleri her iki ortak içinde faydalıdır. Özel ve sivil toplum kuruluşları sosyal sorumluluk kapsamında ele alınan kampanyalar sayesinde, sosyal bir amaca fayda sağlamakta ayrıca şirket veya markanın itibarını arttırmaktadır. Kamu ve sivil toplum kuruluşları açısından bakıldığında ise bir kampanyanın bir veya birden fazla ortakla yürütülmesinin; ortağın hedef kitle tarafından güvenilir olarak değerlendirilmesi ve bu güven sayesinde hedef kitleye ulaşabilme imkanının yanısıra ortağın maddi imkanlarından ve uzmanlığından yararlanma da önem taşımaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve STK'ların düzenlediği, sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık iletişimi kampanyaları genellikle bu şekilde uygulanmaktadır. Örneğin Türk Kardiyoloji Derneği tarafından düzenlenen "Kalbini Sev Giy" kampanyası, Unilever şirketinin desteğiyle gerçekleştirilmiş, Sağlık Bakalığı tarafından düzenlenen demir eksikliği önleme kampanyası "Demir Gibi Türkiye" ise Abdi İbrahim İlaç firmasının katkılarıyla başarıya ulaşmıştır.

Bir veya birden fazla ortakla çalışmak iletişim hedeflerine ulaşmada kolaylık sağlamasına rağmen bazı sakıncaları da bulunmaktadır. Başka kurumlarla çalışırken zamanlamaya, ihtiyaç ve motivasyonların doğru anlaşılmasına, kurumların farklı öncelik ve perspektiflerine göre farklı öneriler sunmasına, koordinasyon ve uyum konusunda çıkabilecek sorunlara dikkat etmek gerekmektedir. Çalışma süresince ortak veya ortakların kampanyaya ve kurum prosedürlerine uyması ve bu konuda sağlanabilecek esneklik belirlenmelidir. Başarılı bir kampanya çalışması için ortakla çalışılması düşünüldüğünde; hedef kitleye en iyi ulaşabilen, hedef kitle üzerinde etkisi ve güvenilirliği en fazla olan, kurumla çalışmaya en kolay ikna edilebilen ve kurumdan en az destek isteyen ortak/ortaklar dikkate alınmalıdır.

Ortak veya ortakların belirlenmesi kadar bu ortaklarla yapılacak planların geliştirilmesi de çok önemlidir. Potansiyel ortak/ortakların kampanyada oynayacakları rol veya roller düşünülmeli ve bu roller tanımlanırken aşağıdaki hususlara özellikle dikkat edilmelidir :

- Tamamlayıcı basılı ve promosyon materyallerin düzenlenmesi ve dağıtımı

- Tanıtım ve reklamların sponsorluğu

- Reklam zaman/saat satın alma

- Tanıtım ve reklamlarda öncelikle kuruma uygun tema ve mesajların kullanılması

- İletişim materyalleri ve programın tüm detayları ile yazılması

Kampanyayı düzenleyen kurumda ortaklardan sorumlu kişi; farklı kurumlarla uyum içinde çalışabilecek iyi bir takım oyucusu, tüm çalışma ortakları arasında dengeyi sağlayabilecek iyi bir yönetici, diplomatik, arabulucu ve başarının sonucunda gelecek övgüleri paylaşmaya istekli olmalıdır.

Başarılı bir ortaklık; ilişkilere resmiyet kazandırılarak yazılı olarak ifade edilmesi, tüm kurumun ve çalışanların sorumluluklarının açıkça belirtilmiş olması, positif beklentilerin yaratılması ve güçlendirilmesi, esnek olmanın başarabilinmesi, ortaklığın etkisinin periodik olarak değerlendirilmesi ile mümkündür.

Ortakların yanısıra paydaşlar, kanaat önderleri ve devlet yöneticileri gibi kampanyaya destek olacak kişiler de saptanmalıdır. Özellikle toplumda bir fikrin, ürün ya da uygulamanın benimsenmesine, kabul edilmesine ya da kullanılmasına yönelik etkiye sahip kanaat önderlerinin sağlık iletişimi kampanyalarındaki desteği çok önemlidir.

3.3.1.6. Hedef Kitleye Yönelik İletişim Stratejisinin Geliştirilmesi, İletişim Taslağı ve Değerlendirme Planları

Strateji, hedef kitleye yönelik program planlarınının çeşitli iletişim materyalleri ve aktiviteleri ile gerçekleştirilebileceği bir iletişim yaklaşımı olarak tanımlanabilir. Belirli hedef kitleyle iletişim kurmak için bilinmesi gereken herşeyi içermekte olan bir iletişim stratejisi; Hedef kitlenin istekleri, ihtiyaçları, değerleri ve ulaşılabilirliği ile ilgili bilgiye, genel iletişim araştırması kadar davranış teori ve modellerinin rehberliğine ve erişilebilir kaynaklar ve zaman sınırı koymaya dayanmaktadır.

Başarılı sağlık iletişimi kampanyası için, tanımlanmış hedef kitle ve hedef kitlenin gerçekleştirilmesi istenen eylemler saptanmış, ulaşmak için gerekli kanal, araç ve aktivilteler seçilmiş ve potansiyel ortaklar tanımlanıp uygulanacak planlar

belirtilmiş olmalıdır. Kampanyadaki tüm unsurlar, ajansa ve ortaklara açıklanmak üzere iletişim planında belirtilmeli, bütçe talepleri doğrulanmalı, para sağlanmalı ve program planının gelişimi/değişimi gösterilmelidir.

Barnes ve diğerleri, sağlığı geliştirmeye yönelik stratejileri beşe ayırmaktadır (Barnes vd.,2009:73-99):

Sağlık İletişim Stratejileri: Sağlığı arttıracak bireysel ve toplumsal kararları şekillendirmekte ve etkilemektedir. Örneğin eğitici sağlık fuarları, yazılı gazeteler için hazırlanan basın bültenleri. 2011 yılında İstanbul'da, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda önleme kültürünün tanıtılması ve ilgili kişilerin bilgi alışverişinin sağlanması için yapılan İş Sağlığı ve Güvenliği Fuarı örnek gösterilebilinir.

Sağlık Hizmetleri Stratejileri: Yerel toplum veya sağlık ajansları tarafından (sağlık çıktılarını artırmak için) yapılan test, tarama, özel hizmet veya tedavileri içerir. Örnek olarak İstanbul'un Ümraniye ilçesindeki 51 ilköğretim okulunda yapılan ağız-diş ve göz sağlığı taramaları verilebilinir.

Mühendislik Stratejileri: Bir cihazı, yapıyı, bakım sistemini veya çevrenin değiştirilmesi veya yaratılmasını içerir.

Toplumu Harekete Geçirme Stratejileri: Yerel toplulukların sağlık sorunlarını tanımlamak ve onları eyleme geçirmek için yardımcı olmak üzere hazırlanır. Çeşitli sağlık sorunlarında toplumu harekete geçirmeye çalışan bu stratejiler sayesinde, bireylere sorunun bir üyesi oldukları hissettirilirse kişiler soruna karşı daha sorumlu olabildiği gibi gönüllü olarak da harekete geçebilirler. Kişilere harekete geçiren stratejilerin profesyonellerin yardımı ile uygulanması gerekmektedir.

Politika veya Yürütme Stratejileri: Kanun koyucu, ajanslar veya kurumsal kurallarla tanımlanabilecek politikalar yaratır ve bunlar halkın evinde, okulunda veya işinde iyileştirmeleri destekleyecek biçimde tasarlanır. Sağlık Bakanlığı'nın toplumumuzda yaygınlaşan obeziteye karşı başlattığı "Obeziteye Karşı Hareket Et" kampanyası buna örnek olarak verilebilinir.

Yukarıda adı geçen sağlığı geliştirmeye yönelik tüm stratejiler sağlık iletişimi kampanyalarında kullanılabilmektedir ancak bunların kampanyaya getireceği artı veya eksiler dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca her kampanya farklı olduğu için tek bir iletişim stratejisinden söz etmek mümkün değildir. Kampanyanın konusu, hedef kitlesi ve mevcut koşullarına göre bir iletişim stratejisi oluşturulmalı veya bu stratejiler birarada kullanılabilmektedir. Bu stratejilerin belirlenmesini etkileyen en önemli husulardan biri, hedef kitleden sağlık iletişimi kampanyası ile ne yapmasının beklendiğidir.

Okay bu noktada üç sorunun yol gösterici olduğunu belirtmektedir;

> *"Hedef kitle, bir sağlık sorunu konusunda bilgilendirilecek mi, eğitilecek mi, davranış değişikliği oluşturmaya yönelik bir çaba mı gösterecektir?"*

Kampanya stratejisini şekillendirmekte, bu sorulara verilecek cevaplar yol gösterici olmakta ayrıca sağlık iletişiminde kullanılan davranışsal teori ve modellerde önem taşımaktadır (Okay, 2009:169).

Sağlık iletişimi kampanyası hazırlanırken iletişim stratejisi, kişilerin davranışlarını etkilemeye veya değiştirmeye yönelik en uygun teori ve model dikkate alınarak belirlenmelidir.

3.3.2. Kavramlar, Mesajlar ve Materyallerin Geliştirilmesi ve Ön-Testi

Sağlık iletişimi kampanyası hazırlanırken mesajların ve materyallerin geliştirilmesi ve ön-teste tabi tutulması, hedef kitleye yönelik en etkili mesajların öğrenilmesini sağladığı için çok önemlidir. Bu noktada, hedef kitlenin genişliğine de dikkat etmek gerekmektedir, Hedef kitle geniş ve çeşitli gruplardan oluşuyorsa mesaj ve materyallerin hazırlanması da zor olmaktadır. Kampanyanın başında bunlara dikkat edilmesi ve ön-test yapılması tüm kampanya süreci boyunca etkisiz mesajların kullanımını engellemektedir.

Ön-test çalışmasından çıkan pozitif sonuçlar kurumlara erken ortaklık ve satın alma imkanı vererek zaman ve paradan tasarruf edilmesini sağlamaktadır.

Birinci aşamada, planlama ve iletişim stratejisi geliştirme açıklanmıştı, bu aşamada ise aşağıdaki adımları bulunmaktadır:

1.Mevcut materyallerin gözden geçirilmesi,

2.Mesaj kavramının geliştirilmesi, uygun araçların seçilmesi ve mesajların ön-testi

3.3.2.1. Mevcut Materyallerin Gözden Geçirilmesi

Materyalerin geliştirilmesi, vakit alıcı ve pahalı olabilmektedir. Yaratıcı ve maddi sonuçları olan bu süreç, çoğunlukla sağlık iletişimi programı için temel adım teşkil etmektedir. Bu yüzden yeni materyaller geliştirilmeden önce bunların yaratılmasına gerçekten ihtiyaç olup olmadığı belirlenmelidir.

Sağlık iletişimi kampanyası planlanırken mevcut materyaller (broşürler, bildiriler, posterler, kamu spotları vs.) kullanılabilinir. Ancak bu materyallerin yapılan kampanyanın yapısına uygun olması gerekmektedir. Uygun materyaller yoksa ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarından, üniversiteler veya halk kütüphaneleri, gönüllü organizasyonlar, sağlık profesyonellerinin oluşturduğu derneklerden materyal sağlanabilinir. Uygun materyallere ulaşıldığında ise programa uygun olup olmadığına karar verilmesi gerekir. İletişim stratejisi rehber olarak kullanılıp şu sorular dikkate alınmalıdır: "mesajlar doğru, güncel, tam ve uygun mu?, materyaller, hedef kitleye biçimsel, kültürel ve okunabilirlik seviyesi açısından uygun mudur?, materyaller iletişim hedeflerini karşılıyor mu?". Ön test uygulaması, bu sorulara cevap verilmesinde yardımcı olabilmektedir.

Mevcut materyaller kullanılmaya karar verildiğinde, müsait olup olmadıkları, kurumun bunların kullanılmasına izin verip vermeyeceği, bütçeye uygunlukları ve nasıl alınıp kullanılacakları soruları da önemlidir. Yapılan araştırmalar sonucunda tüm soruların cevapları olumlu ise mevcut materyaller kampanya sürecinde aynen veya bir takım değişikliklerle kullanılabilinir.

3.3.2.2. Mesaj Kavramının Geliştirilmesi, Uygun Araçların Seçilmesi ve Ön-testi

Sağlık iletişimi kampanyalarında, hedef kitle genellikle bir sağlık sorunu karşısında bilgilendirilmek veya davranışı değiştirilmek istendiği için mesajların akılda kalıcı ve etkili olması gerekmektedir. Hedef kitleye uygun mesajların üretilmesi, geliştirilmesi ve test edilmesi için yaratıcı gücü yüksek profesyoneller, pazar araştırma uzmanları ve konu ile ilgili kişilerden oluşan bir ekip kurmak gereklidir. Bu ekip kurumun içinden olabileceği gibi sözleşmeli olarak dışarıdan da (halkla ilişkiler ajansı, danışman firma, reklam ajansı vs.) olabilir. Konusunda uzman bir ekip, istenilen mesajları geliştirerek hem kurumlara destek olacak hem de kampanyanın başarısında etkin rol oynayacaktır. Örneğin hedef kitle sigara içen 12-18 yaş arası ergenler ise kampanyada onların ilgi, ihtiyaçlarına göre mesajlar tasarlanmalı ve bu gruplara uygun kanallar kullanılmalıdır.

Kültür, bir grup insan tarafından paylaşılan değerler, normlar, semboller, yaşam şekli, gelenekler, tarih ve kurumları kapsar. Kültür, kişilerin etraflarını saran sağlık materyalleri ve mesajlarını algılaması ve tepki vermesini etkiler. Çoğunlukla birden fazla kültürden etkilenilir, örneğin bir genç hem ailesinin değerleri ve normalarından hem de kendi çevresindeki gençlik kültüründen etkilenir. Etkili bir sağlık iletişimi kampanyası gerçekleştirebilmek için hedef kitlenin sahip olduğu kültüre uygun mesajlar geliştirmek gerekmektedir. Mesajlarda kullanılan sembollerin, metaforların ve görsel materyallerin (giysi, takı ve saç stili vs.) kullanımı kadar kampanyada kullanılan dil ve seçilen müzikler de önem taşımaktadır. Bazı kültürlerde topluluk çok önemliyken diğer toplumlarda bireysel yarar önemli olabilir. Kişilerden kültürel normlarına uygun olmayan davranış değişikliği istenmemelidir. Kültürel normlar dikkate alınmadan hazırlanan mesajlarla oluşturulan bir kampanyanın başarı şansı düşüktür.

Sağlık iletişimi kampanyalarında belirlenen hedef kitlede davranış değişikliği oluşturmak isteniyorsa mesaj tasarlamak daha da zor olmaktadır. Bunun nedeni davranış değişikliği söz konusu olduğunda farklı etmenlerin (tutum, inanç, kültür vs.) de etkili olmasıdır. Hedef kitlenin arzu edilen davranış yerine ne yaptığı belirlenmeli, davranış değişikliği hakkındaki duygu, tutum ve inançları öğrenilmelidir. Hedef kitlede yer alan her bireyin bilgi, eğitim, etnik yapı, deneyim, yaşam stili ve

bulunduğu çevrenin farklı olduğu için etkilenme düzeyinin de farklı olduğu unutulmamalıdır.

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü, sağlık iletişimde kullanılan tailored communication terimini, özel bir hedef kitleye veya nüfusun bir dilimine yönelik oluşturulan iletişim olarak tanımlamaktadır. Birebir çevirisi ısmarlanmış iletişim olan olgu, her bir mesajın, belli bir kişiye göre tasarlandığında çok daha etkili olacağı belirtilmektedir. Kişiye özel sağlık mesajı hazırlamak için gerekli bilgilere sağlık planı verilerinden, araştırmalar, anketler, medikal kayıtlar ve diğer konu ile ilgili kaynaklardan ulaşılabilinir. Elde edilen bilgiler dikkate alınarak kişiye özel geliştirilen mesajlar, özel mektuplar, e-mail ve kişiye özel bastırılmış broşürlerle iletilebilinir. Örneğin sigara içenlere sigarayı bırakmakla ilgili bilgi ve destek veren mektupların gönderilmesi gibi. Telefonla mektupta bahsedilen konuya odaklanılması ve mesajların takip edilmesi için danışmanlar da destek verebilir.

Sağlık iletişiminde hedef kitleyi yakalamak için korkutmak, güldürmek, duygusal olarak etkilemek veya olguyu doğrudan sunmak kullanılan yöntemlerdir. Hangisinin en iyi yöntem olduğu hedef kitlenin tercihlerine, programın insanlardan istediğine ve bu yöntemin nasıl kullanılacağına bağlıdır. Özellikle sağlık iletişiminde korkuyu tetiklemeye yönelik mesajlar sıklıkla kullanılmaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı'nın halkı sigaranın zararlarına karşı uyarmak için hazırladığı KOAH hastalığı ile ilgili kamu spotu "Sigara pişmanlıktır".

3.3.3. Programın Uygulanması

Sağlık iletişimi kampanyasının üçüncü aşamasında, daha önceden araştırılmış ve planlanmış çalışmaların uygulaması gerçekleştirilir. Program başlatılmadan önce tüm süreç gözden geçirilmelidir. İlk aktiviteleri, sınırlı bir alanda gerçekleştirmek veya yalnızca bir ortakla teste etmek, tüm kaynaklar icra edilmeden durumun görülmesine ve karar verilmesine olanak verir.

3.3.3.1 Kampanyanın Duyurulması

Kampanyanın başlangıcında bir başlangıç etkinliği yapılıp konunun duyurulması tercih edilen bir yöntemdir. Etkinlikler, konu ile ilgilenen ve katılmak

isteyen kişilerle tanışmak için iyi bir fırsat yaratmaktadır. Bunları, toplumu ilgilendiren bir aktivite, spor yarışması veya alışveriş merkezi promosyonu ile birleştirilmek mümkündür. Ayrıca etkinliğin haber değeri olacak bir şekilde düzenlenmesi, kampanya konusu ile ilgili yapılmış bri araştırma sonuçlarının ilk defa açıklanacak olması etkinliğin ilgi çekmesini ve basında yer bulmasını sağlayacaktır.

Kuruluşların kampanyalarını basına duyurmaları, basın bültenleri ve basın toplantıları ile gerçekleşir. Her gün yüzlerce basın bülteni alan gazetecilerin bir basın bültenini yayınlaması için haber değeri taşıması, ilginç olması ve mümkün olduğunca kısa ve öz bir şekilde programı özetlemesi gerekmektedir. Aynı durum basın toplantıları için de geçerlidir. Yoğun bir gündeme sahip olan basın çalışanlarının her basın toplantısına ilgi göstermesi beklenemez. Bu noktada devreye kurumun veya ortakların sahip olduğu itibar girebileceği gibi medyanın ilgisini, basın toplantısına çekmek için kampanya konusunda başarılı çalışmaları olan uzmanlardan veya konu ile ilgili gönüllü destek veren ünlü kişilerden yardım istenebilinir. Kampanya boyunca medya ile sürekli ve düzenli ilişki kurmak kampanyanın başarısı açısından önemlidir.

Sağlık iletişimi kampanya süreci boyunca bir diğer önemli nokta da uygulamaların sık sık kontrol edilmesidir. Bu kontrollerin yapılması sorun oluştuğunda müdahale edilmesi açısından önemlidir. Kampanya sırasında gelişebilecek bir krizde, etkili iletişim kurmak, medyayı sürekli, düzenli ve doğru bir şekilde bilgilendirmek önemlidir. Bu görevi yerine getirecek kampanya sözcüsünün belirlenmesi, kriz anında açıklama yapma konusunda eğitilmesi gerekir. Bu yüzden önceden bir kriz planı yapılmalıdır.

3.3.3.2. Sürecin Değerlendirilmesi

Uygulama aşamasında sürecin değerlendirilmesi, kampanyanın uygulamanması sırasında yapılan çalışmaların değerlendirilmesi açısından önem teşkil etmektedir.

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü, sürecin değerlendirilmesiyle elde edilebilecek verileri aşağıdaki şekilde maddeleştirmiştir (National Cancer Institute, 2008:92):

- Programın işleyişi ve niteliği,

- Ortaklıklarla çalışma, onların işe dahil olmaları,

- Tanıtım, promosyon ve başka dış hedef hitleye ulaşım çabalarının etkinliği,

- Medya tepkisi,

- Hedef kitlenin katılımı, hedef kitleden gelen sorular ve diğer tepkiler,

- Programa bağlı kalma durumu,

- Bütçenin genişletilmesi ve genel durum,

- Yüklenici tarafların aktiviteleri

- Deneyimli profeyoneller yaratıcı ve yönetici işlerini yapıyorlar mı?

- Yüklenici kampanyaya yeterli para ve zamanı katıyor mu?

- Konulan tarihlere ulaşım, erişim ne durumdadır?

- Performans ve faaliyetler anlaşmaya uygun mu gidiyor?

- Uygulama zamanları doğru mu, yeterli mi?

- İlişkilerde bir sorun var mı?

Yukarıdaki soruların kampanya uygulama sürecinde yanıtlanması kampanyanın başarısı açısından oldukça önemlidir. Kampanya süresince uygulamaların kampanya planına uygun gidip gitmediği bu sorulara verilen yanıtlarla ortaya çıkacak ve sorunların çözümü kolaylaşacaktır.

3.3.4. Etkinliğin Değerlendirilmesi ve Düzeltmelerin Yapılması

Sağlık iletişimi kampanyasının son aşaması, bütün adımlara dikkat edilerek yapılan işin değerlendirilmesi, yapılacak değişiklikleri ve kampanyanın daha etkili olması için gerekli düzeltmeleri kapsamaktadır.

3.3.4.1. Değerlendirme Süreci

Sağlık iletişimi kampanyasında, değerlendirmenin nasıl yapılacağı ilk adım olan "Planlama ve Strateji Geliştirme" adımında belirlenmiş olmalıdır. Değerlendirme sürecinde, yararlı bilgilerin güvenilir yollarla toplanıp düzenlenmesi ve rapor edilmesi gerekmektedir. Kampanya için konulan hedeflere ulaşılıp ulaşılamadığı, hedef kitlelere istenilen mesajların aktarılıp aktarılamadığı ve istenilen katkı veya davranış değişikliğinin oluşup oluşmadığı tespit edilmelidir.

Sonuç değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki dokuz basamağa göre hareket edilmelidir:

1.Değerlendirmenin hangi tür bilgiyi sağlaması gerektiğinin belirlenmesi,

2.Toplanılması istenilen verilerin tanımlanması,

3.Veri toplama yöntemine karar verilmesi,

4.Veri toplama ve ön-test araçlarının oluşturulması,

5.Veri toplama,

6.Veri işleme,

7.Değerlendirme sorularınının cevapları için verileri analiz etme,

8.Değerlendirme raporu yazılması,

9.Değerlendirme raporunun duyurulması.

1.*Değerlendirmenin hangi tür bilgiyi sağlaması gerektiğinin belirlenmesi*: Bunu yapmanın en basit yolu, değerlendirme raporunun sonucu baz alınarak oluşturulacak kararlar hakkında düşünmektir. Bu kararların alınması için ne tür soruların sorulması gerektiğinin saptanması, değerlendirme için önemli bir kaynak teşkil edecektir.

2.Toplanılması istenilen verilerin tanımlanması: Konulan hedeflere ulaşmadaki gelişmeyi görmek için ölçülmesi gerekenlerin ve ölçülebileceklerin saptanması gerekmektedir. Bu saptamanın yapılması için aşağıdaki sorular yol

gösterici olarak kullanılabilinir:

- Hedef kitlenin kampanya konusu hakkında bilgisi arttı mı? (Örneğin; sigara içmenin zararları konusunda bilgilendiler mi?)

- Hedef kitlenin davranışsal yönelimleri konusunda bir değişiklik meydana geldi mi? (Örneğin; meme kanserinde erken teşhis için kampanyanın hedef kitlesi kadınlar, kendi kendilerini muayene etmeye başladılar mı?)

- Hedef kitle, davranış değişikliği oluşturmaya yönelik adımlar attı mı? (Obezite Önleme Kampanyası sonucunda fitness salonlarına yazılanlar oldu mu?)

- Kampanyanın adı, mesaj/mesajları ve logosu hedef kitle arasında hatırlanabildi mi, farkındalık yarattı mı?

- Politikalarda bir değişiklik başlatıldı mı veya kurumsal etkiler oluştu mu? (Obezite Önleme Kampanyası sonucunda, okul kantinlerinde sağlıksız yiyeceklerin satışının yasaklanması gibi).

3.*Veri toplama yöntemine karar verilmesi:* Kampanyada kullanılan araçlar ve yöntemler, nasıl ölçümleneceği konusunda çeşitli fikirler vermektedir. Beş veri toplama yöntemi şunlardır:

1.*Deney yöntemi:* Rastgele ve yarı deneysel olarak ikiye ayrılır. Rastgele deneyde, hedef kitle arasından rastgele seçilen kişiler, müdahale ve kontrol grubu olarak ayrılır. Ön test ve son testte genellikle aynı tip sorular sorulur. İki grup arasındaki son test değişiklikleri, programın değişim nedenini gösterir. Yarı deneysel yöntemde, hedef kitledeki kişiler programa katılanlar ve katılmayanlar olarak müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılır.

2.*Önce/sonra araştırmaları*: Kampanya uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra aynı kişiler üzerinde yapılan araştırmalardır. Bu yöntemle kampanya öncesi ile sonrası arasında herhangi bir değişiklik oluşup oluşmadığına bakılmaktadır. Yöntemin zorluğu, meydana gelen değişikliğin kampanyaya dayandırılabilmesidir.

3.*Bağımsız enlemesine araştırmalar*: Kampanya öncesi ve sonrasında veriler toplanır fakat her defasında hedef kitledeki farklı gruplardan toplanır.

4.*Anket yöntemi:* Hedef kitlenin aynı üyeleri üzerinde zaman zaman anket yöntemi uygulanmaktadır. Hedef kitle üyeleri programa farklı açılardan yaklaşımlar sergilediklediklerinde, bu değerlendiricilerin, farklı yaklaşımların etkilerini ve farklı çıkarımların seviyelerini öğrenmesine yardımcı olmaktadır.

5.*Zaman seri analizi*: Hedef kitle üyeleri üzerinde, gerek uygulama öncesinde gerekse uygulama sonrasında ölçümler gerçekleştirilmektedir. Değerlendirmeciler, bu uygulama yapılmayacak olsa ne olabileceğine dair tahminlerde bulunmakta ve uygulamaöncesi verileri uygulama sonrası verilerle karşılaştırmaktadır.

4.*Veri toplama ve ön-test araçlarının oluşturulması:* Araştırma yöntemlerinin bir çoğu, katılımcılardan veri toplama işini anket, gözlem ve diğer yöntemlerle sağlar. Hedef kitle ve kaynaklara ulaşıp değerlendirme sorularına en iyi cevapları sağlayacak yöntem ve araçlar seçilmelidir.

5.*Veri toplama:* Araştırma yöntemi ve uygulaması hakkında karar verildikten sonra veriler belirlenen ölçütler çerçevesinde toplanıp değerlendirilmelidir.

6.*Veri işleme:* Veriler, analiz edilmek üzere kullanılabilinir forma konulur. Bu verilerin değerlendirmecilere verilmek üzere organize edilmesi veya değerlendirilmek üzere bilgisayar yazılım programına girilmesidir.

7.*Değerlendirme sorularınının cevapları için verileri analiz etme*: Veriler arasındaki belirgin ilişkileri keşfetmek için istatistik teknikleri kullanılır. Bu analizlerin yorumlanması da ayrı bir uzmanlık gerektirdiği için programın durumuna göre akademisyenlerden veya uzmanlardan destek alınmalıdır.

8.*Değerlendirme raporu yazılması:* İstatistiksel değerlendirmenin ardından yazılan değerlendirme raporu, araştırmanın nasıl yapıldığı, neden yapıldığı kadar hangi çalışmaların yapıldığı ve gelecekte nelerin değiştirilmesi gerektiğini ana hatları ile belirlemelidir. Giriş, gelişme ve sonuç bölümlerinden oluşan değerlendirme

raporu, programın iletişim hedeflerine ulaşmada nasıl etkili olduğunu açıklamalı, kazanımları ve eksik yönlerini de belirtmelidir. Giriş bölümünde; araştırmanın nasıl yapıldığı, ne tür soruların sorulduğunu, neden bu araştırma yönteminin seçildiğini ve araştırmanın yapıldığı hedef kitlenin kimlerden oluştuğuna ve neden seçildikleri sorularına yanıt vermelidir. Gelişme bölümünde; yapılan araştırmanın analizleri belirtilmelidir. Sonuç bölümünde ise yapılan tüm programın sonucu ve gelecekteki kampanyalar için öneriler yazılmalıdır.

9.*Değerlendirme raporunun duyurulması:* Değerlendirme raporu yazıldıktan sonra ilgili ortaklara, paydaşlara ve önemli bireylere prezantasyon ve/veya yazılı olarak iletilir. Onların rapora yönelik geri dönüşleri, eleştirileri ve eklemek istedikleri hususlar dikkate alınıp rapora son şekli verilir. Rapor bitirildikten sonra yayınlanmak üzere basılır ya da internet ortamında ilgili yerlere gönderilir.

Yukarıda bahsedilen kampanya süreci adımları dikkate alınarak hazırlanacak sağlık iletişimi kampanyalarıyla ilgili genellemeler, Maibach ve Parrott tarafından aşağıdaki şekilde maddeleştirilmiştir (akt.Çınarlı,2008:174-175):

- Etkili bir kampanya için tek bir mesaj tekrarı önemlidir.

- Etkili kampanyalar çoklu medya (TV, radyo, yazılı basın vs.) kullanırlar.

- Etkili kampanyalar, kitle iletişimini topluluk, küçük grup veya bireysel aktivitelerle birleştirir.

- Kampanyanın ulaşmak istediği hedef kitleyi dikkatlice oluşturur ve segmentlere ayırır.

- Ünlüler dikkati kampanyaya çekebilir veya kampanyanın mesajları bir eğlence programının içine yerleştirilerek kamunun dikkati çekilebilir.

- Kampanyalar var olan davranışın negatif sonuçlarından çok pozitif davranış değişikliğinin üzerinde duruyorsa daha etkilidirler.

- Kampanyalar negatif sonuçlardan kaçınmadan geçerli ödüller üstünde duruyorlarsa daha etkilidirler.

- Etkili kampanyalar, gerek planlama gerekse operasyonlarında kitle iletişim ve hükümet kuruluşlarındaki önemli figürleri ve grupları kullanırlar.

- Kampanyanın zamanlaması, kampanyanın etkinliğini belirlemede yardımcı olur.

- Kampanyanın planlama ve operasyonunda, kampanyanın değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için formatif değerlendirme teknikleri kullanır.

- Kampanyalar davranış değişikliği hedefleniyorsa daha ılımlı, ulaşılabilir amaçlar koyar.

- Ticari ve sosyal pazarlama stratejilerinin kampanyanın etkinliğini arttırmadaki potansiyelini dikkate alır.

- Kampanyanın eğitici mesajlarını, eğlendirme bağlamında kullanır.

- Sorun çözmek veya konuya dikkat çekmek için daha geniş sosyal-yapısal ve çevresel faktörlere yönelir.

- Doğrudan mesajlar, hedeflenmiş bireylerle bağlantısı ve etkisi olan aile ve arkadaşlara iletilir.

- Kampanya mesajlarında korku ögesine yer verildiyse yarattığı endişeyi azaltmak için kullanılması gereken mekanizmalar da beraberinde gelmelidir.

- Kampanyada pozitif rol modeli olarak seçilen bireyler negatif rol modeli olabilirler. (Örneğin uyuşturucu önleme kampanyasına katılan bir ünlünün daha sonra uyuşturucu kullandığının ortaya çıkması).

- Tek başlarına davranış değişikliği yaratmayan kamu spotları diğer kampanya aktiviteleri ile birleştirilmelidir.

- Kampanyanın hedef kitlesinin demografik segmentasyonu, psikografik faktörler ve tutum, değer ve inanaçlarla karşılaştırıldığında daha etkisiz olduğu görülür.

- Arzu edilen davranışın gecikmesine neden olan hedef kitlenin var olan bilgi, inanç ve değerlerine yönelir.

- Hedef kitlenin var olan güdüleri, ihtiyaçları ve değerleri üzerine kurulan ve değişmesi istenen davranışlar için gerekli güdü ve faydalar belirtilir.

- Sağlıklı davranışı sonucu üzerine hedef kitlenin dikkatini yoğunlaştırırlar.

- Etkili kampanyalar, ön-testi kampanyanın hedef kitle üzerindeki etkisini garanti etmek için kullanırlar.

- PSA'lar tek başlarına davranış değişikliği yaratmadıklarından kampanya aktiviteleriyle birleştirmeleri gerekir.

- Hükümetin kampanyadaki rolü; aktivitelere maddi destek sağlamak ve çatışmalı konularda liderlik yapmaktır.

3.3.4.2. Kampanya Çalışmalarının Düzetilmesi

Sağlık iletişimi süreci dairesel bir süreçtir. Dördüncü aşamanın sonu kammpanya planlayıcılarını tekrar birinci aşama olan Planlama ve Strateji geliştirmeye götürür. Değerlendrime raporunun gözden geçirilmesi, kampanyada düzeltilmesi, değiştirilmesi veya tartışılması gereken kısımların ortaya çıkarılmasını sağlar. Hedef ve amaçlar planlanan kampanyaya uygun mu?, kampanyaya uygun olmayan hedefler var mı?, kampanyanın mesajlarının oluşturulmasında yeni bir sağlık bilgisine ihtiyaç var mı? Sorularına bu adım altında cevap verilmeye çalışılır ve gerekli düzeltmeler yapılır.

3.4. HALKLA İLİŞKİLER KAMPANYA ADIMLARI İLE SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYA ADIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Halkla ilişkiler kampanya adımları ile sağlık iletişimi kampanya adımlarını karşılaştırdığımızda, sağlık iletişimi kampanyasının birinci adımı, "sağlık sorunu veya konusunun belirlenmesi ve çözüme yönelik tüm adımların tanımlanması" ile halkla ilişkiler kampanyasının birinci adımı olan "durum analizi" ile benzerlik göstermektedir. Her iki adımda, çözülmesi gereken sorun veya problemin özelliklerinin belirlenmesini içermektedir.

Sağlık iletişimi kampanyasının ikinci adımı "iletişim amaç ve hedeflerinin belirlenmesi" ile halkla ilişkiler kampanyasının dördüncü adımı "amaç ve hedeflerin

belirlenmesi" benzerlik göstermektedir. Bu adımların her ikisinde de kampanya amaç ve hedefinin tanımlanmasından bahsedilmektedir.

Sağlık iletişimi kampanyasının üçüncü adımı "hedef kitle analizi ve mesaj stratejisi" ile halkla ilişkiler kampanyalarının üçüncü adımı "hedef kitle analizi" benzerlik göstermektedir. Adımların farklılığı, sağlık iletişimi kampanyalarının bu adımında, hedef kitle analizi ile birlikte mesaj stratejisi de yer alırken halkla ilişkiler kampanya adımlarında mesaj stratejisi altıncı adım olan "etkili iletişim kullanma" adımı içinde yer almaktadır.

Sağlık iletişimi kampanyalarının dördüncü adımı "hedef kitleye ulaşmak için uygun iletişim kanalları ve araçlarının seçimi" ile halkla ilişkiler kampanyalarının yedinci adımı "iletişim taktikleri seçme" benzerlik göstermektedir. Bu adımlarda amaç, hedef kitleye mesajların uygun iletişim araç ve kanalları ile ulaştırılmasıdır.

Sağlık iletişimi kampanya adımlarının beşinci adımı olan "potansiyel ortakların tanımlanması ve ortaklık planlarının geliştirilmesi" ile halkla ilişkiler kampanya adımlarınının ikincisi "kurum analizi" arasında benzerlik vardır. Farklılık; halkla ilişkiler de kurumun güçlü, zayıf yanları ve olası fırsat ve tehditlerini ortaya çıkaran bir analiz yapılırken sağlık iletişimi kampanyalarında kampanyanın birlikte yürütüleceği ortakların durumu dikkate alınır.

Sağlık iletişimi kampanya adımlarının altıncısı "hedef kitleye yönelik iletişim stratejilerinin geliştirilmesi, iletişim taslağı ve değerlendirme" ile halkla ilişkiler adımlarının beşincisi " faaliyet formulü ve tepki stratejileri" benzerlik göstermektedir. Sağlık iletişiminde, sağlığı geliştirmeye yönelik stratejilere yer verilerek bunların hedef kitleye uygunluğu değerlendirilirken halkla ilişkilerde kurumun faaliyet stratejisinden bahsedilmektedir.

Sağlık iletişimi kampanya adımlarının yedinci ve sekizincisi olan "kavramlar, mesajlar ve materyallerin geliştirilmesi ve ön-testi" adımının halkla ilişkiler kampanya adımlarında adım başlığı olarak karşılığı yoktur. Mesajların kimin tarafından verileceği ve içeriği altıncı adımın içinde yer almaktadır. Ön-test ile ilgili bir içerik bulunmamaktadır.

Sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler kampanya adımlarının son iki adımı 9. ve 10. adımlar benzerlik göstermektedir. Her ikisinde de sekizinci adımlar programın uygulanmasını, dokuzuncu adımlar ise değerlendirilmeyi kapsamaktadır. Adımlardaki farklılık, sağlık iletişimi kampanya adımlarında, değerlendirmenin nasıl yapılacağının ilk adımda belirtilmiş olmasıdır.

IV.BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYALARININ DAVRANIŞSAL TEORİ VE MODELLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. TÜRKİYE'DEN SAĞLIK İLETİŞİMİ KAMPANYA ÖRNEKLERİ

Sağlık iletişimi kampanyaları bazen bir defalık bazen de sürekli davranış değişikliği amaçlamaktadır. Örneğin; kızamık aşısı kampanyası kişinin bir defa o aşıyı olup hastalığı önlemesini isterken, sigara ve alkolü bırakma kampanyası süreklilik gösterecek bir sağlık davranış değişikliği beklemektedir. Bir defalık davranış değişikliği yaratmayı amaçlayan kampanyalarda, kişinin katılımını sağlamak daha kolay olmaktadır. Ancak davranışta değişikliği isteyen ve davranışta sürekililik gerektiren durumlarda kişi, davranış değişikliğinin kendisine getireceği yarar ve zarar konusunda daha fazla düşünmekte ve bu kararı vermesi daha güç olabilmektedir (Bayraktaroğlu ve İlter, 2007:127-128).

Sağlık iletişimi, psikoloji, sosyal-psikoloji ve davranış bilimleri alanları ile yakından ilişkilidir. Bu alanlardaki kuramsal çalışmalar ve geliştirilen modeller, sağlık iletişimi kampanyalarının oluşturulmasında, bilimsel bilgi birikiminden yaralanılmasını sağlamaktadır.

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü, (NCI) sağlık iletişimi kampanyaları literatürünü, değerlendirmeye yönelik beslendikleri farklı kavramsal yaklaşımlar nedeniyle iki kuşağa ayırmaktadır. Sağlık kampanyası araştırmalarındaki 1980'li yıllara kadar süren birinci kuşak, hedef kitlenin medyaya yönelik davranışlarını, "İtki (Input)-Tepki (Output) veya "Sağlık İnançları" ile değerlendirmiştir. McGuire'ın Modeli, tezin ikinci bölümünde bahsedildiği üzere; mesaja dikkat etme, anlama, kabul etme, akılda tutma ve davranış değişikliği aşamalarından oluşan bir ikna modelidir. Model, mesaj tasarımı, kullanılan kitle iletişim araçlarının uygunlukları; kaynağın güvenilirliği ve hedef kitlenin demografik özellikleri gibi değişkenlerin kampanya başarısı üzerindeki etkilerinin önemini belirtmektedir. Sağlık İnanç Modeli

ise kampanyada davranış değişikliği oluşturmaya yönelik mesajların; birey sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında veya bireysel yarar (finansal, sosyal) sağladığında dikkate alındığını ortaya koymaktadır. İstenilen sağlık davranışını benimseme ve değerlendirmede ilk kuşak sağlık iletişimi araştırmalarının, sağlık iletişimi kampanyalarının hedef kitlelerinin farkındalığını arttırmada etkin oldukları kanıtlanmıştır (Logan, 2004:1148).

1980'lerde başlayan ve günümüze kadar süren ikinci kuşak sağlık iletişim kampanyaları araştırmalarının değerlendirme taslağında; bireysel özellikler (duygular, yaşam stillleri vs.) medya ve kültürel etkiler ve sosyo-psikolojik değişkenler dikkate alınmıştır. Bu kuşakta, Nedene Dayalı Eylem Teorisi ve Sosyal Bilişsel Teori öne çıkmaktadır. Nedene Dayalı Eylem Teorisi, bireylerin tutum ve davranışlarının sosyal ve kültürel normlarla ve kişilerarası (aile vb.) baskılarla etkilendiğini ortaya koymakta, Sosyal Bilişsel Teori ise bu süreci; bilginin güvenilir kişi veya medya kaynaklarından alınması, güdüsel öğe (davranışsal niyet), sosyal ve bireysel becerileri arttırma (gözlemleyerek öğrenme ve öz-yeterlik inancı) ve davranışsal değişimi sağlamak için birey için sosyal destek sağlama şeklinde dört evrede sınıflandırmaktadır.

Sosyal Bilişsel Teori'yi tamamlayan Transteorik Model'de geliştirilen değişim aşamalarının, hedef kitlenin özel psikolojik durumlarını değerlendirirken sonraki tutum ve davranışlarını da etkilediği görülmektedir. Bu kuşaktaki araştırmaların temel özellikleri, çeşitli değişkenlerin belirli koşullar altında, tutum, niyet ve davranışlar üzerindeki etkilerini incelemeleridir (Logan, 2004:1149).

Sağlık İletişimi Kampanyaları, gelişmiş ülkelerde çok uzun zamandır uygulanmakla birlikte ülkemizde de önemi gitgide daha da anlaşılmaktadır. Bu kampanyalarının amacı, hizmetleri topluma duyurmak, eğitmek, farkındalık yaratmak ve davranış değişikliği oluşturmaktır. Türkiye'de sağlık iletişimi kampanyaları; T.C. Sağlık Bakanlığı, ilaç şirketleri veya STK'lar tarafından gerçekleştirilmektedir. Son yıllarda yapılan başarılı kampanyalarda özel sektörün etkisi oldukça fazladır.

Tez çalışması kapsamında; Sağlık Bakanlığı, özel sektör ve STK'lar

tarafından 1997-2012 yılları arasında yapılan sağlık iletişimi kampanyalarından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 8 sağlık iletişimi kampanyası, davranışsal teori ve modellere göre incelendi.

4.1.1. STK ve özel sektör tarafından yürütülen kampanyalar

Son yıllarda Türkiye'de, özel sektör ve STK'lar sosyal sorumluluk bağlamında giderek artan bir oranda sağlık iletişimi kampanyalarını desteklemekte ya da bizzat yürütmektedir.

4.1.1.1. Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası

"Kalbini Sev Kırmızı Giy" kampanyası ile ilgili bilgilere kampanyanın kendi web sitesi www.kalbinisevkirmizigiy.com, Türk Kalp Derneği'nin www.tkd.org.tr adreslerinden ve Akım'ın ["Sağlık alanında gerçekleştirilen sosyal sorumluluk kampanyalarının bireylerde farkındalık ve davranış değişikliği yaratma etkisi: "Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası" üzerine bir değerlendirme] adlı makalesinden faydalanılmıştır (Akım, 2010:5-20).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her yıl 17,5 milyon kişi kalp ve damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybediyor. Bunlardan 1/3'ten fazlası orta yaşlı erişkinlerdir. Kalp ve damar hastalığına bağlı ölümler, meme kanserine bağlı ölümlerden 3, trafik kazalarına bağlı ölümlerden 47 kat fazla. Kalp-damar hastalıkları, can kayıplarının yanı sıra hastaların ve hasta yakınlarının sosyal olanaklarını kısıtlamakta, bireysel, ailevi ve toplumsal manevi yüklerin yanında ekonomik yükü de arttırmaktadır. Türkiye'de ölümlerin yüzde 48'i kalp damar hastalıklarına bağlı ve her 2,5 dakikada bir kişi, kalp-damar hastalıkları nedeniyle yaşamını yitiriyor.

Dünya Kalp Federasyonu tarafından 100'den fazla ülkede gerçekleştirilen kalp ve damar hastalıklarına dikkat çekmek amacıyla düzenlenen "Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası", 2008 yılında Türkiye'de de başlatılmıştır. 28 Eylül Dünya Kalp Günü'nde, Türk Kardiyoji Derneği (TKD) tarafından başlatılan ve Unilever Becel'in sponsorluğunda sürdürülen kampanyanın amaç ve hedefleri açıklanmaya çalışıldığında:

Amaçlar:

- Kalp ve damar hastalıklarının önemine dikkat çekmek,
- Kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi ve tedavisinde kontrolün oluşmasını sağlamak.

Hedefler:

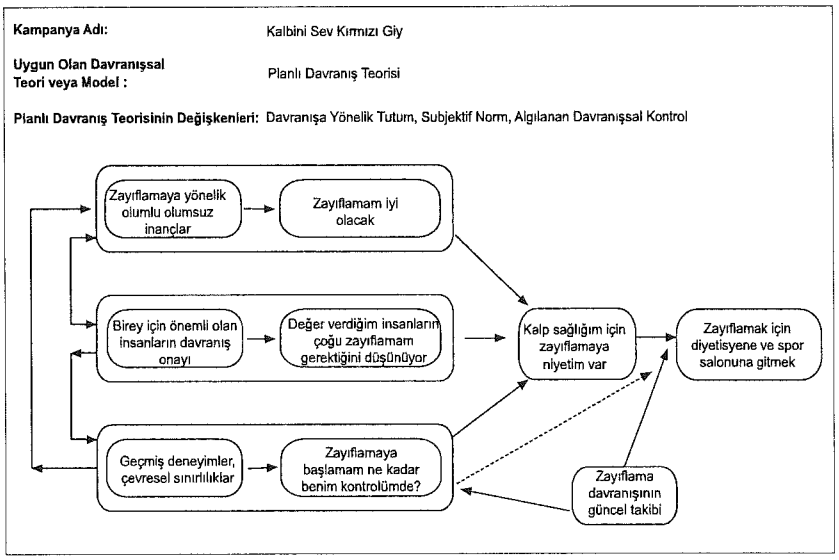
- Kampanya kapsamında 350 bin kişinin "kalp yaşını" ölçmek,
- Toplumun kalp ve damar hastalıkları konusundan bilinçlenmesini sağlamak,
- Bilinçlenme ile birlikte davranış değişikliği yaratmak.

Kampanya kapsamında yayınlanan reklam filmleri, "Kalbini Sev Kırmızı Giy", "Kalbinizi Koruyun İçinde Sevdikleriniz Var", "Kalbini Sev Kırmızı Giy II", "Kalbini Sev Kırmızı Giy III", "Kalbiniz İçin İki Yılda Neler Yaptık?" ve "Kalbini Sev Değerini Bil" başlıklı reklam filmlerinden oluşmaktadır. Reklam filmleriyle bireylere kalp sağlığının önemi aktarılmaya çalışılmış, kalp ve damar hastalıkları riskini artırabilecek nedenler sıralanarak kalp sağlığını korumaya yönelik tedbirler hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca bireylerin hayatlarında bazı değişiklikler yaparak kalp sağlıklarını koruyabilecekleri ifade edilerek kalp sağlığına dikkat çekmek için "kırmızı giy" çağrısı yapılmıştır.

Kampanya kapsamında, kırmızı rengin ağırlıklı olduğu bir defile düzenlenmiş, kırmızı rengi teşvik etmek için hazırlanan kırmızı bileklikler satışa sunulmuştur. Elde edilen gelirin, Türk Kardiyoloji Derneği'nin kalp ve damar hastalıkları için araştırmalarında kullanacağı bir fona aktarılması planlanmıştır. Kampanya ile ilgili bilgilere ve faaliyetlere ulaşmak için "www.kalbinisevkirmizigiy.com" web sitesi hazırlanmış ve sitede uzman danışmanlar öncülüğünde kalp sağlığına ilişkin soruların yanıtlanacağı ve sağlıklı yaşam önerileri sunulacağı belirtilmiştir.

"Kalbini Sev Kırmızı Giy" kampanyasının sonunda yapılan değerlendirmede, TBMM bünyesinde kardiyovasküler risk ölçümü yapıldığı, hekim eğitim toplantıları gerçekleştirildiği, 18 ilde 6000 pratisyen ve 1000 uzman hekime ulaşıldığı, eğitim kitleriyle 30.000 hekimin bilgilendirildiğl belirtilmiştir.

"Türk Kardiyoloji Derneği, Kalbini Sev Kırmızı Giy" kampanyası ile Sağlık Gönüllüleri Türkiye tarafından 2000 yılında verilen "Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu" ödülüne layık görülmüştür. Ayrıca "Farmaskop Sağlık İletişimi Yaratıcılık Ödülleri" kapsamında verilen "En İyi Sosyal Sorumluluk Kampanyası ve Sponsorluk Uygulaması Büyük Ödülü", "En İyi Film ve Radyo Spotu Başarı Belgesi"ni (2009) almıştır.



Şekil 36: Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde "Kalbini Sev Kırmızı Giy" Kampanya Analizi

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından gerçekleştirilen "Kalbini Sev Kırmızı Giy" kampanyası, Planlı Davranış Teorisi çerçevesinde ele alınmıştır. Teori, insanların gerekli bilgileri toplayarak davranış için olumluya da olumsuz çıkarımlarda bulunarak genellikle akla uygun davranışlarda bulunduğunu varsaymaktadır. Buna göre, davranışın en önemli belirleyicisi davranışı gösterme ya da göstermeme niyetidir. Niyeti belirleyen üç değişken vardır: Davranışa Yönelik Tutum, Subjektif Norm ve Algılanan Davranışsal Kontrol'dür. Bu değişkenler, Davranışsal İnançlar, Normatif İnançlar ve Kontrol İnançlarının etkisi altındadır. Kalbini Sev Kırmızı Giy kampanyası süresince gösterilen reklam filmleri ile kalp sağlığı ile ilgili bilgiler, yapılması gerekenler belirtilirken kırmızı giyerek kalp sağlığının önemine dikkat çekmek için çağrı yapılmıştır.

Kalp sağlığına yönelik önerileri hayata geçirmenin kendi kontrolünde olduğunu düşünen birey, örneğin zayıflama önerisinin hayatında olumlu değişikliğe neden olacağını anlayarak (davranışsal inançlar) davranışa yönelik olumlu tutum meydana getirir. Davranış değişikliğinin diğer insanlar tarafından nasıl karşılanacağı (normatif inançlar) önem taşımaktadır. Kilolu bir kişinin zayıflamaya karar vermesinde, kendisi için önemli kişilerin onayı bir diğer ifade ile subjektif normlar önemlidir. Teorinin üçüncü değişkeni olan algılanan davranışsal kontrol, içsel ve dışsal faktörlerden etkilenen davranışı gösterecek kişinin bu davranışı göstermesinin ne kadar kolay veya ne kadar zor olacağı ile ilgili inancıdır. Bu inançlar, kısmen geçmiş deneyimlere bağlıdır bu yüzden bireyin, Kalbini Sev Kırmızı Giy kampanyasında vurgulanan kalp sağlığını korumaya yönelik zayıflama davranışı göstermesi ile ilgili kişisel algısı çok önemlidir.

Zayıflama davranışına yönelik tutum ve subjektif norm ne kadar olumlu ve algılanan davranışsal kontrol (Zayıflamaya başlamam benim kontrolümdedir) ne kadar güçlü ise, bireyin davranışı gerçekleştirme niyeti de o kadar güçlü olacaktır. Birey spor yaparak ve sağlıklı beslenerek kalp sağlığı riskini azalttabileceğinin kendi kontrolünde olduğunu anladığında, niyet davranışa dönüşür.

4.1.1.2. Akılcı İlaç Kullanımı Kampanyası

Akılcı İlaç Kullanımı Kampanya bilgileri www.abdiibrahim.com.tr ve www.akilciilac.gov.tr sitelerinden alınmıştır.

İlaç ancak doğru kullanılırsa etkilidir. Ancak ne yazık ki tüm dünyada ilaçların yaklaşık %50'si uygunsuz şekilde kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu konuda ilk düzenlemeleri 1985 yılında Nairobi'de yapılan toplantıda ele almış ve akılcı ilaç kullanımını; "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlamıştır. Türkiye'de ise Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili ilk çalışmalar, Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 yılında başlatılmıştır.

Akılcı İlaç Kullanımı, halkın sağlığını ve toplumun çıkarını gözetir. Bu doğrultuda öncelikle hastanın probleminin tanımlanması ve hekim tarafından doğru teşhisin konulması gerekmektedir. Buna paralel olarak, ilaçlı veya ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa, uygun ilaçların seçimi, her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması basamakları izlenmelidir. Bu aşamada onaylanmış, güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır. Hangi ilacın kullanılacağına karar veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı ve ilacı uygulayan hemşire veya hasta, "Akılcı İlaç Kullanımı"nın sağlanmasında sorumluluk sahibi taraflardır.

Abdi İbrahim ilaç firması tarafından kuruluşunun 100. yılında, "Akılcı İlaç Kullanımı" kampanyası başlatılmıştır. Kampanyanın amaç, hedef ve ilkelerini şu şekilde açıklamak mümkündür:

Amaçlar:

- Toplum sağlığı ve Türk ekonomisi açısından önem taşıyan bilinçsiz ilaç kullanımı konusunda, toplumsal farkındalık düzeyini artırmak,
- İlacın doktorun önereceği doz ve sürede, eczacıya danışarak kullanılması gerekliliğine dikkat çekmek.

Hedefler:

- Bilinçsiz ilaç kullanımının toplum sağlığı ve ekonomiye yansımalarının önlenmesine katkıda bulunmak,
- Akılcı ilaç kullanımı alışkanlığının kazandırılmasını sağlamak.

İlkeler:

- Etkililik
- Güvenlilik
- Uygunluk
- Maliyet
- Doğru tanıya dayanmak

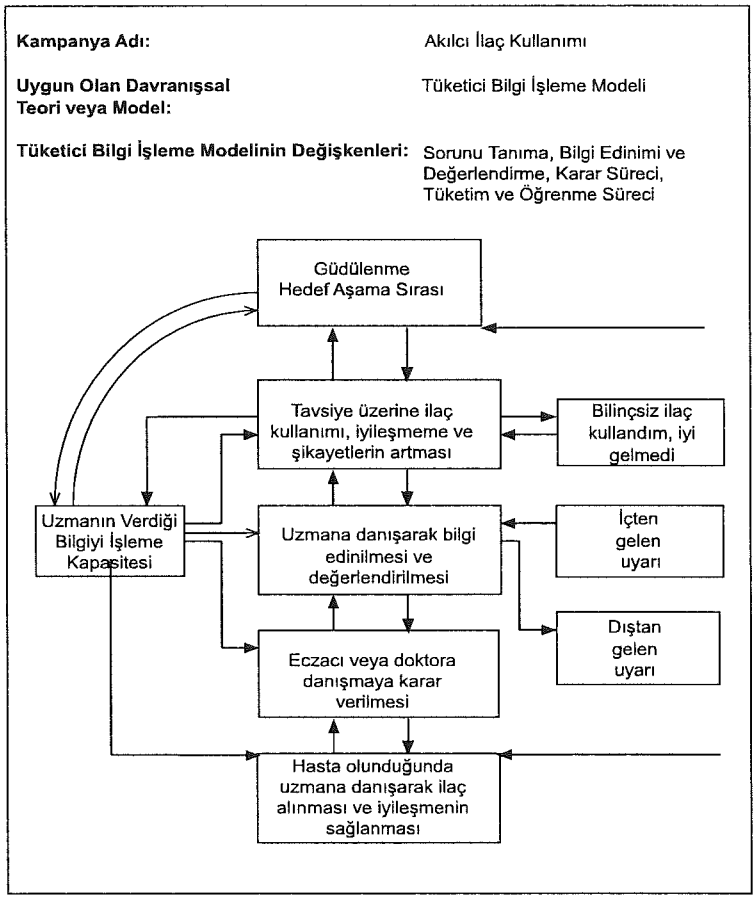
- Doğru ilaç, doğru doz, doğru süre ve doğru uygulama yolunu belirleyerek uygulamak
- Tedavi başarısını değerlendirmek, yan etkileri ve hastanın uyumunu değerlendirmek
- Çoklu ilaç kullanımlarında etkileşimleri öngörmek
- Tasarlanan tedavinin gerçekleşebilirliği ve maliyetini dikkate almak

Abdi İbrahim, kampanya süresince TV reklamları, radyo spotları ve dergi ilanlarıyla da geniş kitlelere ulaşmış ve toplumu bilgilendirmiştir. Kampanyanın reklam yıldızları arasında ise; turp, bomba ve zımba yer almıştır. Halk arasında kullanılan ilaçların yaratacağı etkiyi; " bomba, turp, taş ve zımba gibi olmak" deyimleriyle ifade etmiş ve halkın "şu ilacı al bomba, zımba, turp veya taş gibi olursun" sözlerine kanmamaları gerektiğini belirtmiştir. Bu şekilde ilaç kullanmanın sonuçlarını, "hapı yutmak" şeklinde özetleyen reklamlar güldürürken düşündürmeyi hedefelemiştir. Halka, hapı yutmamak için ilaç kullanırken mutlaka bir uzmana danışmaları gerektiği esprili bir dille anlatılmıştır. Doktor veya eczacıya danışılarak ilaç alınmasının hem yanlış ilaç kullanımını hem de yarattığı sıkıntıları önlediği belirtilmiştir. Bu reklamlarda yer alan mesaj ise aşağıdaki gibidir:

"Abdi İbrahim der ki: Doktorculuk oynamayın. Bilinçsiz ilaç kullanmayın !"

Akılcı İlaç Kullanımı Kampanyası kapsamında, doktor ve eczacı işbirliği ile yukarıda belirtilen görsel ve basılı malzemelerle sağlık kuruluşları üzerinden kamuoyuna mesaj ulaştırılmış ve kaynak israfı engellenmeye ve daha sağlıklı bir toplum oluşturulmaya çalışılmıştır.

Abdi İbrahim İlaç Şirketi yetkililerinin [Kampanya sonunda ne kadar çok insan "ilaç almadan önce doktor kontrolünde olmalıyım ve eczacıya danışmalıyım; dost tavsiyesi ile hareket etmemeliyim, ilacı tavsiye edilen sürede ve dozda kullanmalıyım, son kullanma tarihini geldiğinde atmalıyım" şeklinde bilinç oluşturabilinirse kampanya başarılı demektir] şeklinde açıkladıkları Akılcı İlaç Kullanımı Kampanyası, hala devam etmektedir.



Şekil 37: Tüketici Bilgi işleme Modeli Çerçevesinde "Akılcı İlaç Kullanımı" Kampanya Analizi

Abdi İbrahim İlaç firması tarafından gerçekleştirilen "Akılcı İlaç Kullanımı" kampanyası, Tüketici Bilgi İşleme Modeli çerçevesinde ele alınmıştır. Model, sağlık iletişim alanına uygulanmak veya sağlıkla ilgili davranışı araştırmak için geliştirilmemesine rağmen sağlık eğitimi alanında yararlı uygulamalar ortaya koymuştur. Güdülenme ve Hedef Aşama Sırası, bireyin iç ve dış uyarıcılar etkisiyle davranışta bulunma sürecidir. Bu sürecin dolayısıyla Tüketici Bilgi İşleme Modeli'nin adımları: Dikkat/Sorunu Tanıma, Bilgi Edinimi ve Değerlendirme, Karar Süreçleri ve Tüketim ve Öğrenme Süreçleri'dir. Modelde, bireye verilen bilginin anlaşılır, kullanışlı ve uygulanmasının kolay olması önem taşımaktadır.

Tüketici Bilgi İşleme Modeli'nin adımlarını Akılcı İlaç Kullanımı kampanyası açısından ele aldığımızda; daha önce etrafındaki kişilerin (akraba, arkadaş, komşu vb.) tavsiyesi ile ilaç kullanan kişinin iyileşmemesi veya bu ilacı kullandıktan sonra farklı şikayetlerinin ortaya çıkması modelin ilk adımı olan bireyin sorununu tanımasıdır.

Tavsiye ile ilaç kullanan ve yarar görmeyen birey, sorunu keşfettiğinde bilgi edinme ihtiyacı içerisinde olur. Bilinçsiz ilaç kullanımının neden olabileceği etkenleri araştırır, bilen birine sormak isteyerek bir uzmana başvuru. Uzman (doktor, eczacı, hemşire) bireye, bilinçsiz ilaç kullanımının sakıncalarını belirterek ilacın doktor önermesi ile alınması veya eczacıya danışılması seçeneklerini sunar. Modelin adımları takip edilerek bireye önerilen doktora veya eczacıya danışma çözümlerinden uygun olanını seçme şansı verilir. Birey, bu noktada kendine en uygun seçeneğe karar verir. Arkadaşının, komşunun tavsiyesi ile ilaç kullanan birey, iç (kullandığı ilacın kendisini daha kötü hasta etmesi) ve dış (yaptığının yanlış bir davranış olduğunun söylenmesi) uyarıcıların etkisiyle istenilen sağlık davranışını yapmaya hazır hale gelir. Bireye akılcı ilaç kullanımı alışkanlığının kazandırılması sağlanmış olur.

4.1.1.3. Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme Kampanyası

Kronik böbrek hastalığının gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır. Diyaliz hastası sayısının hem dünyada hem de Türkiye'de hızla arttmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, ülkemizde 1996 yılında 9 bin 855 olan diyaliz hastası sayısı, 10 yıl içerisinde 38 bin 235'e yükselerek, yüzde 300'ün üzerinde artış göstermiştir (arsiv.ntvmsnbc.com).

Basit ve ucuz bazı idrar ve kan testleri kullanılarak erken saptandığında, önlenebilir veya ilerlemesi geciktirilebilir olmasına karşın, farkındalığının ve erken tanısının düşük olması birçok olguda buna olanak vermemektedir. Hastalık sıklıkla son dönem böbrek yetmezliği evresine ilerlemekte, yüksek sakatlık ve ölüm oranları ve kötü yaşam kalitesi ile hasta sağlığını, uygulanması gereken yüksek maliyetli diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile sağlık bütçesini ciddi bir şekilde tehdit etmektedir (www.hastane.com.tr).

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından 23 ilde 10.750 erişkinin katılımı ile yapılan ve 2009 yılında sonuçlanan CREDIT araştırma çalışması, Türkiye'de erişkinlerin yüzde 15.7'sinde çeşitli evrelerde kronik böbrek hastalığı varlığını göstermiştir. Bu oran, Türkiye'de yaklaşık 7.5 milyon kronik böbrek hastası bulunduğu, kısaca her 6–7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğu anlamına gelmekte ve sorunun boyutunun tahmin edilenin çok üzerinde olduğuna dikkat çekmektedir (www.tsn.org.tr).

Bu araştırma çalışmasından sonra Türk Nefroloji Derneği kuruluşunun 40.yılı kapsamında, Roche Müstahzarları San. A.Ş.'nin katkıları ve Sağlık Bakanlığı'nın desteği ile "Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme Kampanyası" başlatmıştır. Kampanyanın amaç ve hedefleri şunlardır (www.roche.com.tr):

Amaçlar:

- Böbrek sağlığının önemine dikkat çekmek,
- Böbrek sağlığı ile ilgili kontrollerini yaptıramayan vatandaşlara bu tahlilleri kolayca yaptırma imkanı sağlamak.

Hedefler:

- 21 ilde, sağlık perseoneli ve ekipman ile halkı bilinçlendirmek,
- Ücretsiz test cihazları ile ulaşılabilen en yüksek sayıda böbrek testi yapmak.
- Kronik böbrek hastalığı için risk faktörlerini tanımlamak,
- Yüksek risk grubundaki bireylere yapılacak tarama testleri ile hastalığın erken evrede saptanmasını sağlamak ve ilerlemesini engellenmek,
- Risk faktörlerini ve böbrek hastalığı gelişimini azaltmak için toplumun sağlıklı yaşam değişiklikleri yönünde eğitilmesini sağlamak.

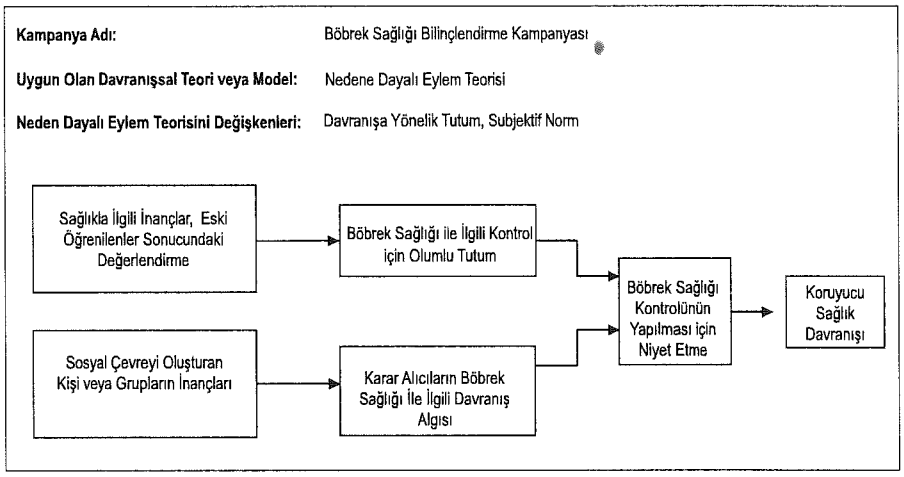
Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme Kampanyası, Türkiye genelinde 21 ili kapsamıştır. 23 Eylül 2010 – 5 Aralık 2010 tarihleri arasında, özel olarak düzenlenmiş "Böbrek Sağlığı Otobüsü" ile Antalya, Isparta, Konya, Aksaray, Nevşehir, Kayseri, Kahramanmaraş, Malatya, Elazığ, Erzincan, Diyarbakır, Mardin, Şanlıurfa, Gaziantep, Hatay, Adana, Eskişehir, Afyon, Denizli, Aydın ve İzmir'de halk ile buluşulmuştur. İlk olarak otobüste görevli sağlık personelleri, vatandaşlara

böbrek sağığlı ile ilgili broşürler dağıtmıştır. Sonra otobüste yer alan plazma ekrandan yapılan film gösterileri ile böbrek sağlığı ile ayrıntılı bilgiler verilmiş ve halk bilinçlendirilmeye çalışılmıştır. Bilgilendirme toplantılarının yanısıra, böbrek otobüsü içerisinde yer alan test cihazları ile arzu eden vatandaşlara ücretsiz böbrek testleri yapılmıştır.

Türk Nerfoloji Derneği ve Roche İlaç Firması tarafından gerçekleştirilen kampanyaya, Sağlık Bakanlığı da destek vermiştir. Kampanyanın Böbrek Sağlığı Otobüsleri'nde yazan mesajı:

"Böbrek Sağlığımız için Harekete Geçiyoruz!"

Ziyaret edilen illerde üst düzey devlet yetkilileri, vatandaşları bilgilendiren ve böbrek sağlık kontrollerini yapan Böbrek Sağlığı Otobüsleri'ni ziyaret ederek taramalar hakkında bilgi almış ve kampanyaya destek vermişlerdir.



Şekil 38: Neden Dayalı Eylem Teorisi Çerçevesinde "Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme" Kampanya Analizi

Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme Kampanyası, Nedene Dayalı Eylem Teorisi çerçevesinde ele alınmaktadır. Teorinin değişkenleri, Davranışa Yönelik Tutum ve Subjektif Norm'dur. Bu değişkenler İnançlar ve Değerlendirme, Normatif İnançlar ve Uyuma Yönelik Motivasyonun etkisi altındadır. Teoriye göre, bireyi harekete geçiren

davranışsal niyettir. Bu niyetin oluşmasında iki ana etken vardır: davranışa yönelik bireysel tutum ve subjektif norm.

Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme Kampanyası'na göre Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin değişkenlerini incelediğimizde; böbrek sağlığı ile ilgili kontrol yaptırması davranışının yaşamına olumlu sonuç getireceğine inanan bireyin, bu davranışı benimsemek konusunda olumlu bir tutum içine girdiğini görürüz. Birey açısından önemli taşıyan insanların aile bireyleri, toplum önderleri vb.) davranışın yapılıp yapılmaması hakkındaki algıları (böbrek sağlığı ile ilgili kontroller ücretsiz yaptır veya annen baban da böbreklerinden rahatsızdı belki senin de sorunun olur demeleri) önemlidir. Çevreden gelen sosyal baskı, subjektif normları belirleyerek davranışı yönlendirir. Böbrek sağlığı ile ilgili kontrollerin yapılması ile ilgili olumlu tutum ve olumlu subjektif normlar, davranışsal niyeti güçlendirerek bireyin, Böbrek Sağlığı Otobüsü'nü ziyaret etmesini sağlar. Uzman doktorlardan böbrek sağlığı ile ilgili bilgi alıp ücretsiz böbrek testlerini yaptıran birey, koruyucu sağlık davranışı göstermiş olur.

4.1.1.4. Çok Yaşa Bebek Kampanyası

"Çok Yaşa Bebek" kampanyası ile bilgilere kampanyanın kendi web sitesi www.cokyasabebek.org ve Türkiye Bankalar Birliği'nin (TBB) web sitesi wwww.tbb.org.tr'den faydalanılarak ulaşılmıştır.

Birleşmiş Milletler'e üye tüm ülkelerin liderleri tarafından kabul edilen ve 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi öngörülen "Binyıl Kalkınma Hedefleri" arasında, bebek ölüm oranlarının düşürülmesi ilk sıralarda yer alıyor. Türkiye'de bu oran, binde 29 düzeyinde. Bebek ve çocuk ölüm oranları açısından gelişmiş ülkeler ile ülkemiz arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. "Bebek ve çocuk ölüm hızları", bir toplumun kalkınma düzeyi ve sağlık koşullarının göstergesi olarak kabul ediliyor. Türkiye'de bir yaşın altı bebek ölümlerinin azımsanmayacak bir bölümü, önlenebilir hastalıklardan gerçekleşiyor. Bu ölümlerin önemli nedenlerinden biri de, hastanelerde tıbbi müdahale konusundaki olanakların yetersizliği. Bebekler, erken doğum, doğuştan gelen fiziksel sorunlar ve mikrobik hastalıklar başta olmak üzere, pek çok nedenle hayati tehlikeye maruz kalıyorlar. Bu bebeklere zamanında ve

doğru yapılan tıbbi müdahale, hayati önem taşımaktadır. Bu durum, hastanelerde yeterli cihaz donanımına sahip çocuk acil ve yoğun bakım servisleri bulunması gerekliliğini doğuruyor.

Türkiye Bankalar Birliği, yukarıdaki bilgileri dikkate alarak 2003 yılında "Türkiye'nin Geleceği için Çocuklara Sağlıklı Bir Gelecek" adıyla bir kurumsal sosyal sorumluluk kampanyası başlatmıştır. Türkiye Bankalar Birliği üyelerinin ilk defa tek bir çatı altında buluşarak gerçekleştirdikleri bu tıbbi destek ve sosyal yardım kampanyası, 2006 yılından bu yana "Çok Yaşa Bebek" adıyla devam etmektedir. Projenin yürütülmesine ilişkin tıbbi cihaz ihtiyacının tespiti, cihazların alımı sırasında teknik destek, cihazların kullanım sonuçlarının periyodik olarak raporlanmasında kampanya partnerleri; Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Türk Pediatri Kurumu ve Hacettepe Üniversitesi olmuştur. 2003-2005 yılları arasında AÇEV'de çalışmalara destek vermiştir.

Üç Danışma Kurulu işbirliği ile 9 yıldır süren "Çok Yaşa Bebek" kampanyasının amaç ve hedefleri şu şekilde sıralanabilir.

Amaçlar:

- Türkiye'deki bebeklerin tıbbi müdahale imkânlarına katkıda bulunmak,
- İllerdeki ihtiyaç tespiti yapılan hastanelere tıbbi cihaz bağışlamak,
- Anne-babalara bebek güvenliği ve tıbbi müdahale imkanlarını anlatan eğitimler vermek.

Hedefler:

- Türkiye'deki bebek ve çocuk ölüm oranlarına ilişkin istatistik sonuçlarının, AB üyesi ülkelerin düzeyine gerilemesine katkı sağlamak,
- Bağışlanan cihazlara binlerce bebeğin hayatını kurtarmak,
- Ekonomik alanda temel misyonu "ülkenin geleceğine yatırım yapmak" olan bankacılık sektörünün, bu misyonu, sosyal alanda da "çocuklara sağlıklı bir gelecek" sağlanmasına katkıda bulunarak sürdürdüğünü kamuoyuna aktarmak.

"Çok Yaşa Bebek" kampanyasının temel mesajı;

> *"0-4 yaş arası bebeklere tıbbi müdahale için gerekli olanakların varlığı ile yokluğu arasındaki ince çizgi 'hayat'tır. Özellikle acil durumlarda, hastanelerin gerekli donanıma sahip olması hayati önem taşıyor".*

Kampanyanın hedef kitlesi, hastaneler (doktorlar, hemşireler, çocuk ünitelerinde veya yeni doğan ünitelerinde çalışan hasta bakıcılar), 0-7 yaş arası çocuk sahibi olanlar veya hamile olan anne adayları, fikir önderleri ve anaokulu öğretmenleridir.

"Çok Yaşa Bebek" kampanyasına, 8 yıl içinde 65 ilde, 180 hastanenin yenidoğan, çocuk acil ve yoğun bakım bölümlerine 842 tıbbi cihaz bağışlanmıştır. 9.yaşına ulaşan kampanyada, 2012 yılında 16 ilde 20 hastanenin çocuk acil tıp ve yoğun bakım alanında cihaz ihtiyaçları giderilmiştir. Kampanya kapsamında hibe edilen cihazlarla bugüne kadar yaklaşık 30 bin bebek sağlıklı yaşama kavuşturulmuştur. Çeşitli dönemlerde anne-babalara ve eğitimcilere yönelik "Çocukları Kazalardan Koruma" eğitimleri verilmiştir. Ücretsiz olan bu eğitimlerde, mümkün olduğunca çok kişiye ulaşmak amacıyla "Çocukları Kazalardan Koruma" konulu kitapçıklar ve ilk yardım çantaları dağıtılmıştır. Eğitimler sonucunda, 3.500 anne-babanın "çocukları kazalardan koruma" konusunda bilinçlenmesine katkıda bulunulmuştur. 2009 yılında, Amerikan Kalp Cemiyeti'nin Amerikan Pediatri Akademisi ile işbirliği yaparak geliştirdiği ve dünyada 30'dan fazla ülkede verilen "Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursları (Pediatric Advanced Life Support/PALS)" uygulanmaya başlanmıştır. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen kurslarla 96 çocuk doktoruna eğitim verilmiştir.

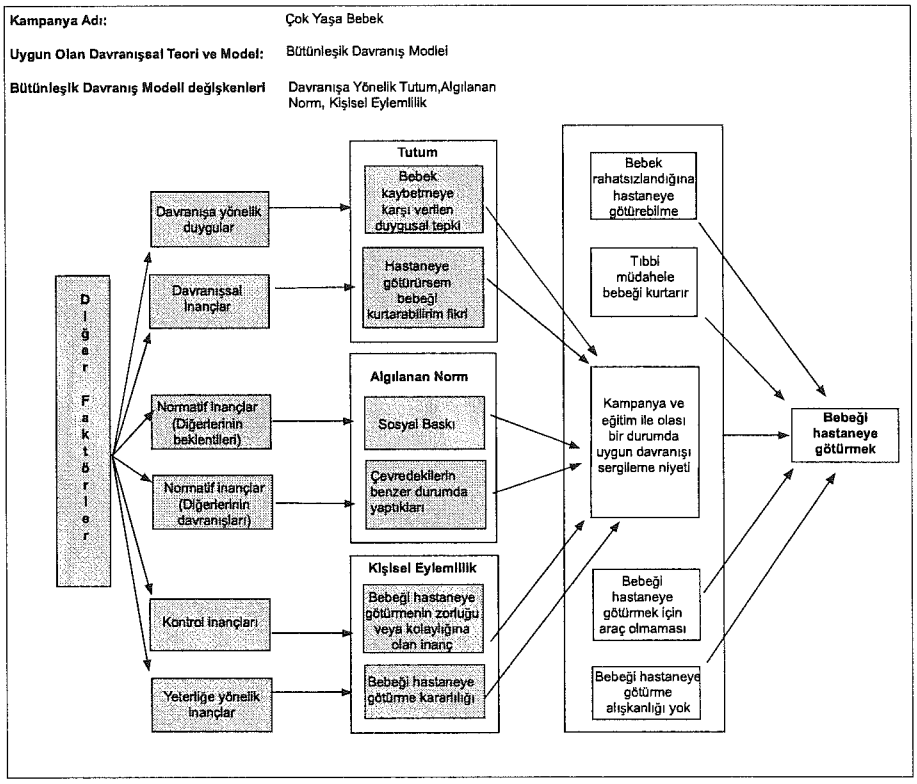
Kampanya süresince kampanya tanıtım filmi, tanıtım broşürü ve afişi ile toplumun konuya dikkati çekilmeye çalışılmıştır. Hazırlanan web sitesi ile halk bilgilendirilmeye çalışılmıştır. Basın mensupları için basın yemeği ve basın gezisi (Van, Konya, Trabzon ve Kayseri illerine) düzenlenmiştir. 2006 yılında hizmete sunulan www.cokyasabebek.org web sitesi, hem kampanyaya ilişkin detaylı bilgi sunmakta hem de sitedeki cihaz talep formuyla sağlık profesyonellerinin görev yaptıkları kurumun ihtiyaçlarını, Türkiye Bankalar Birliği'ne bildirmelerine olanak sağlamaktadır. Ayrıca tıp kongrelerinde açılan Çok Yaşa Bebek standları ve TBB ile

kurulan doğrudan iletişim ile tıbbı cihaz için başvuru kanalları oluşturulmuştur.

Türkiye Bankalar Birliği'nin ülkemizde bebek ölümlerini, hastalık ve sakatlanmaları azaltmak amacıyla uzun yıllardır sürdüğü "Çok Yaşa Bebek" kampanyası, aylık ekonomi dergisi Platin'in 2006 yılı "Zirvedekiler Sosyal Sorumluluk Yarışması"nda, Türkiye'nin ışık saçan 10 özel sosyal sorumluluk projesinden biri seçilerek ödüle layık görülmüştür. Sağlıklı Yaşam Fuarı bünyesinde ilk kez verilen "2007 Yılında Sağlık Alanında Gerçekleştirilmiş En Başarılı Kurumsal Sosyal Sorumluluk Projesi" ödülü ve 2008 yılında, Sağlık Gönüllüleri Türkiye tarafından "Sağlıkta En Başarılı Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü"nü almıştır.

Kampanya geliştirdiği Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursları ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi tarafından plakete değer görülmüştür. Bunlara ek olarak TBB, iletişim çalışmalarını gerçekleştiren Grup 7 İletişim Danışmanlığı ile birlikte Türkiye Halkla İlişkiler Derneği (TÜHİD) tarafından düzenlenenen 9. Altın Pusula Halkla İlişkiler Yarışması'nda, 13 kategoride yarışan 195 proje içinde en yüksek puanı alan "Çok Yaşa Bebek" kampanyası ile "Altın Pusula Büyük Ödülü"nü almaya hak kazanmıştır.

Bağışlanan cihazlarla binlerce bebeğin kurtulması ile birlikte bankacılık sektörünün 2001 krizinde kaybettiği güveni ve itibarı kazanması açısından da önem taşıyan ve dönemin Meclis Başkanı Bülent Arınç ve Sağlık Bakanlığı'ndan tebrik mektubu da alan "Çok Yaşa Bebek" kampanyası, her yıl yeni il ve hastanelere yapılan yardımlarla genişlemeye devam etmektedir.



Şekil 39: Bütünleşik Davranış Modeli Çerçevesinde "Çok Yaşa Bebek" Kampanya Analizi

Türkiye Bankalar Birliği tarafından gerçekleştirilen "Çok Yaşa Bebek" kampanyası, Bütünleşik Davranış Modeli çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu modelde de, Nedene Dayalı Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi'nde olduğu gibi davranışın oluşması için niyetin önemini vurgulamaktadır. Davranışsal niyetin oluşması için gereken değişkenler; Davranışa Yönelik Tutum, Algılanan Norm ve Kişisel Eylemlilik'tir. Diğer teorilerden farklı olarak tüm değişkenleri kendi içinde ikiye ayırmaktadır; davranışa yönelik tutum (deneysel ve araçsal), algılanan norm (zorlayıcı ve tanımlayıcı) ve kişisel eylemlilik (algılanan kontrol ve öz-yeterlik). Modele göre davranışsal niyetin yanısıra davranışın gerçekleşmesini sağlayan dört değişken daha bulunmaktadır: bilgi ve beceriler, kısıtlayıcılar, davranışın belirginliği ve alışkanlık.

Türkiye'deki bebeklerin tıbbi müdahale imkanlarını arttırma amacıyla hastanelere tıbbi cihaz bağışlanmasını sağlayan "Çok Yaşa Bebek"

kampanyasında; hedef kitlenin özellikle annelerin veya anne adaylarının bebek ölümleri ile ilgili tutumları, öz-yeterlikleri ve hissettikleri sosyal baskı önemlidir. Deneysel tutum, bireyin önerilen davranışı (bu kampanya açısından bebek güvenliği ve tıbbi müdahale imkanlarının öğrenilmesi ve olası bir durumda uygun davranışı sergilemek) gerçekleştirme düşüncesine verdiği duygusal tepkidir. Daha önce bebeğini kaybeden bireyin duygusal tepkisi farklıdır. Araçsal tutum ise davranışı gerçekleştiren bireyin bebeğini kurtarması ile ilgili fikirlerdir ve davranışın sonuçlarını kapsar. Bireyin davranışı gerçekleştirme veya gerçekleştirmeme durumunda hissettiği sosyal baskı önemlidir. Diğer modellerden farklı olan tanımlayıcı norm, bireyin çevresindekilerin benzer durumunda yaptıkları ile ilgilidir. Bireye, "biz götürmedik bir şey olmadı, senin de bebeğini hastaneye götürmene gerek yok denmesi" bu duruma örnek olarak verilebilir. Kampanyada, hedef kitlenin konu hakkındaki bilgi ve becerileri arttırılarak, davranışın gerçekleştirilmesini engelleyecek durumların (anne-babalara eğitim verilmesi) oluşması engellenmektedir. Tıbbi müdahale ile bebekleri kurtarmanın mümkün olduğu belirtilerek davranışın anne-babalar açısından belirgin ve dikkat çekici olması ve bebeği kurtulan ailenin elde ettiği deneyim, bu davranışın alışkanlık haline gelmesini (kendi veya başka bebeklerle ilgili bir durum olduğunda tıbbi müdahale bilincinin oluşması) sağlamaktadır.

4.1.2. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen kampanyalar

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın hizmet programının önemli bir parçası haline gelen planlı sağlık iletişimi kampanyalarının geçmişi, 1985 yılında gerçekleştirilen Ulusal Bağışıklama Kampanyası'na dek uzanmaktadır. UNICEF tarafından etkileyici bir kampanya örneği olarak gösterilen aşı kampanyasına, devletin üst düzey yetkilileri, öğretmenler ve STK'lardan binlerce gönüllü katılmıştır. Kampanyada 0-12 aylık bebekler başta olmak üzere, 0-60 aylık aşısız veya eksik aşılı çocukların beş hastalığa (difteri, verem, boğmaca, çocuk felci, kızamık) karşı bağışıklanması amaçlanmıştır. Kampanya öncesi tam aşılı çocuk yüzdesi %25-35 iken kampanya sonunda 5 yaş altı çocukların %92'si aşılanmıştır (Buzgan,2011:236).

4.1.2.1. Meme Kanseri ile Mücadele Kampanyası

Meme Kanseri ile Mücadele kampanyası ile ilgili bilgilere, Sağlk Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaların değerlendirmesini yapmak ve kamuoyuna tartışmaya açmak amacıyla hazırlanan "Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl" isimli çalışmadan ve çeşitli internet sitelerinden faydalanılarak ulaşılmıştır (SB.,1999-2002:113).

Meme hücrelerinde başlayan bir kanser türü olan meme kanseri, dünyada ve Türkiye'de kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Erken tespit edildiği zaman %96 yaşam şansının olduğu meme kanseri için en iyi koruyucu tedbir, erken teşhistir (www.wikipedia.org).

Sağlık Bakanlığı, gerek dünya gerekse Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olan meme kanserine dikkat çekmek amacıyla, "Meme Kanseri ile Mücadele Kampanyası" başlatmıştır. 1 yıl boyunca yürütülen kampanyanın amaç ve hedefleri şunlardır:

Amaçlar:

- Tüm dünyada giderek artan meme kanseri hastalığına dikkat çekmek,
- Meme kanseri konusunda toplumu bilinçlendirmek,
- Hastalığın erken teşhisi ve kadınların kendi kendilerini muayene etme yöntemlerini öğrenmelerini sağlamak.

Hedefler:

- Halkı meme kanserinin nedenleri, belirtileri, tarama, korunma ve erken tanı konularında bilgilendirmek,

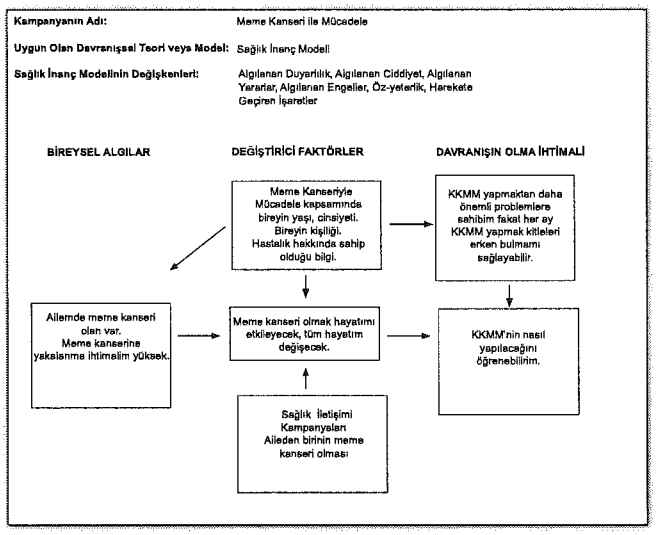
- Meme kanseri vakalarından etkilenen diğer aile bireyleri ve erkeklerinde bilinçlenmesini sağlamak.

Önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan meme kanseri konusunda halk bilinçlendirmek üzere gerçekleştirilen Meme Kanseri ile Mücadele

Kampanyası'nda, öncelikle 1. Basamak Sağlık Kuruluşları olmak üzere tüm sağlık, eğitim, diğer ilgili kurumlar ve sivil toplum örgütleri işbirliği ile sağlık personeli ve halka yönelik eğitim programları, panel, seminer, konferans, sempozyumlar düzenlenmiştir.

Görsel, işitsel ve yazılı medya araçlarından yararlanılarak yapılan çalışmalarla, halkın meme kanserinin nedenleri, belirtileri, tarama, koruma ve özellikle erken teşhis konularında bilgilendirilmesi, farkındalıklarının sağlanması ve artırılması sağlanmıştır.

Meme Kanseri ile Mücadele Kampanyası'nın hedef kitlesi, başta 15-65 yaş arası kadınlar olmak üzere tüm toplumdur. Kampanyaya, Türkiye'nin önde gelen sanatçıları gönüllü olarak destek vermişlerdir (SB.Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl 1999-2002:113).



Şekil 40 Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde "Meme Kanseri ile Mücadele" Kampanya Analizi

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Meme Kanseri ile Mücadele Kampanyası'nın bireylerde farkındalık ve davranış değişikliği yaratma etkisi, Sağlık İnanç Modeli'ne dayanılarak ele alınmıştır. Modele göre birey, kendisinin bir hastalığa yakalanabileceğine ve sonucun ciddi olacağına ve yapacağı uygulamanın

faydasına inanırsa sağlığına yönelik tehlikeleri önleme çarelerini araştırmakta veya koruyucu sağlık davranışı geliştirir. Bir kadının meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) konusundaki durumu, Sağlık İnanç Modeli değişkenleri ile açıklanmaya çalışıldığında aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmaktadır:

Algılanan Duyarlılık: Meme kanserine yakalanmada ailevi geçmiş nedeniyle duyarlılığın algılanması. "Ailemde meme kanseri olan var. Meme kanseri olma ihtimalim yüksektir".

Algılanan Ciddiyet/Önemseme: Meme kanseri olmak hayatımı etkileyecek, bütün hayatım değişecek.

KKMM yararları: Her ay bu muayeneyi yapmak, kitleleri erken bulmayı sağlayabilir.

KKMM engelleri: KKMM yapmaktan daha önemli problemlere sahip olduğunu düşünmek.

KKMM öz-yeterlik: KKMM'nin nasıl yapılacağını öğrenebilirim.

Harekete geçiren işaretler: "Meme Kanseri ile Mücadele" isimli sağlık iletişimi kampanyasının başlaması, bireyi harekete geçiren ve koruyucu sağlık davranışını geliştirmesini sağlayan bir etmen olur.

4.1.2.2. Demir Eksikliğini Önleme Kampanyası "Demir Gibi Türkiye"

DSÖ'ne göre, demir eksikliği dünyadaki en sık rastlanan beslenme sorunu ve tüm vücut fonksiyonlarını etkileyen sistemik bir hastalıktır. Psikolojik ve fiziksel gelişim, davranış ve çalışma performansı üzerindeki önemli etkisi nedeniyle, bu durum ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Demir eksikliğine bağlı aneminin önlenmesi ve tedavisinde anne sütü önemlidir. Anne sütünün teşviki, emzirmenin korunması ve özendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenmelerinin sağlanması gerekmektedir (www.bsm.gov.tr).

Türkiye'de bebeklerin ve anne adaylarının % 50'sinde demir eksikliğine bağlı

kansızlık görülüyor. Kansızlık, bebek ve çocuklarda büyümeyi etkiliyor, enfeksiyonlara direnci azaltıyor ayrıca çocuklarda zihinsel yeteneklerin gelişmesini olumsuz yönde etkiliyor ve okul başarısının düşmesine yol açıyor (www.buyuyenturkiye.com).

Sağlık Bakanlığı, halk sağlığı için oldukça önemli bir tehdit oluşturan bu durumu ortadan kaldırmak için "Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü" kampanyasını başlatmıştır. 1 Mart 2004 tarihinde demir eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemlerini asgariye indirmek amacıyla başlatılan kampanyanın kısa adı, "Demir Gibi Türkiye"'dir. Avrupa Birliği'nin mali destek verdiği kampanyanın amaç, hedef ve alt hedeflerine aşağıda maddeler halinde değinilmiştir (www.saglik.gov.tr):

Amaçlar:

- Tüm doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirilmeye başlatılması ve ilk 6 ay "tek başına" anne sütü verilmesi,
- Altıncı aydan sonra da özellikle demirden zengin uygun ek besinlerle beraber emzirilmenin sürdürülmesi,
- Gebelerin demir yetersizliği konusunda bilgilendirilmesi,
- Bebeklere proflaksi ve tedavi amaçlı demir desteğinin sağlanması,
- İzleme ve değerlendirmenin yapılması.

Hedefler:

- 4 - 12 ay arası tüm bebeklere proflaktik amaçlı demir desteği sağlamak,
- Proje sonunda çocuklarda demir yetersizliği görülme oranını %10'a indirmek,

- Tespit edilen anemik bebekleri tedavi etmek,

Hedeflerin 2004 sonunda yapılacak "Ara Dönem Değerlendirmesi" sonucunda gerekirse revize edileceği belirtilmiştir.

Alt Hedefler:

- Her yıl en az bir milyon bebeğe ulaşmak, profilaktik amaçlı demir desteği sağlamak,

- Her yıl bir milyon gebeye ulaşmak ve demir yetersizliği konusunda bilgilendirmek,

- Ulaşılan gebe ve bebeklerin aileleri veya yakın çevrelerini bilgilendirmek,

- Anemi tespit edilen 4-24 aylık bebeklerin tedavisini sağlamak,

- Toplumda duyarlılık oluşturmak amacıyla toplum liderlerine ve konu ile ilgili kişi ve kuruluşlara 16.000 mektup ile ulaşmak,

- Web sayfası oluşturmak ve işlerliğini sağlamak.

Kampanya, ülke genelinde çocuk sağlığı hizmeti sunulan Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık kuruluşlarını, bunların hizmet bölgesindeki aileleri (özellikle anne adayları ve yeni doğum yapmış kadınları) ve medyayı kısaca tüm toplumu kapsamaktadır. 2004 yılında başlayan ve 81 ilde yürütülen kampanya, 2010 yılında sona ermiştir .

Kampanya başlatılmadan hemen önce İl Sağlık Müdürleri ve basın mensuplarına yönelik "Demir Gibi Türkiye" bilgilendirme ve tanıtım toplantısı düzenlenmiştir. Kampanyada, topluma farklı kanallardan aynı mesajlar verilerek etkili olmasına gayret gösterilmiş, bu nedenle illerde ve sağlık kuruluşlarında yapılacak tüm aktivitelerde aynı mesajlara yer verilmiştir.

Kampanyanın aşağıda yeralan mesajları kitle iletişim araçları yoluyla duyurulmuş ayrıca afiş, poster ve broşür gibi dokümanlarla yapılan aktiviteler desteklenmiştir:

"Sağlıklı nesiller için, demir gibi Türkiye.

Sağlıklı bir gelecek demir desteği ile gelecek.

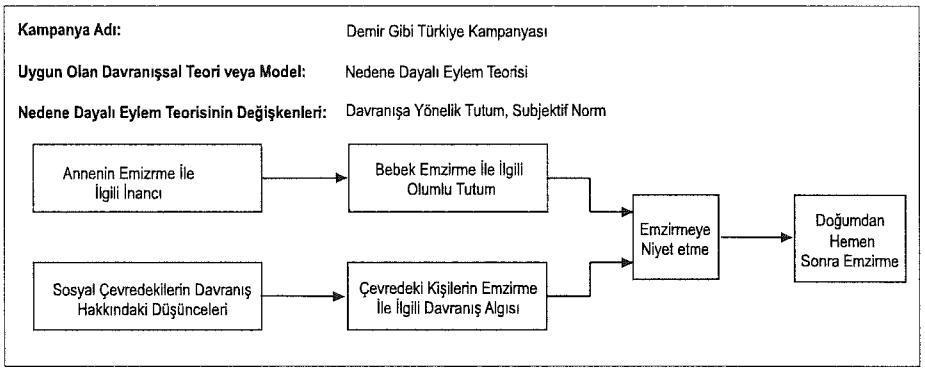
Sağlıklı nesiller için ilgi sizden, demir bizden.

Sağlıklı nesiller için gebelikte yeterli ve dengeli beslenin.

Kansızlığı önlemek elinizde."

Kampanya süresince; il eğitim sorumluları için "Aneminin Önlenmesi ve Kontrolü Proje" eğitimleri yapılmıştır, konunun gündemde tutulmasını sağlamak amacıyla yapılacak hatırlatma etkinlikleri kapsamında ilköğretim okullarında "Demir Gibi Türkiye" konulu afiş-poster veya öykü veya resim yarışmaları düzenlenmiştir (www.saglik.gov.tr).

"Demir Gibi Türkiye" kampanyası, Abdi İbrahim İlaç şirketinin sosyal sorumluluk projesi kapsamında desteklenmiştir. Abdi İbrahim İlaç şirketi, sosyal sorumluluk kapsamında, 750 bin dolar ve 200 bin ünite demir damlası bağışlayarak katkıda bulunmuştur. Sağlık Ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde, 12 aylıktan 4 yaşına kadar bebek ve çocuklara ücretsiz demir desteği dağıtılmıştır (www.abdiibrahim.com.tr).



Şekil 41: Nedene Dayalı Eylem Çerçevesinde "Demir Gibi Türkiye" Kampanya Analizi

Demir eksikliği anemisinin önlenmesi amacıyla başlatılan "Demir Gibi Türkiye" kampanyası, Nedene Dayalı Eylem Teorisi çerçevesinde ele alınmıştır. Bu teori, davranışın meydana gelmesini belirleyen kişisel niyet üzerinde durur. Niyet ile davranış arasındaki ilişki, iki etkene bağlıdır: davranışa yönelik tutum ve subjektif norm. Davranışa yönelik tutum; bireyin konu hakkındaki görüşü, davranışa yönelik inancıdır. Subjektif norm ise çevrenin davranışı onaylaması veya onaylamaması ile oluşan sosyal baskıyı ifade eder. Bu değişkenler İnançlar ve Değerlendirme, Normatif İnançlar ve Uyuma Yönelik Motivasyonun etkisi altındadır.

Demir Gibi Türkiye Kampanyası'nda istenilen davranış, yeni doğum yapmış annelerin bebeklerini doğumdan hemen sonra emzirmeye başlaması, ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslemesi sonrasında ise demirden zengin uygun ek gıda vermesidir. Kampanyaya göre Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin değişkenlerini incelediğimizde; bebeğini doğumdan sonra hemen emzirmeye başlamasının onu demir eksiliğinden koruyacağına inanan ve hasta olmayacağını düşünen (davranışın olumlu sonuç getireceğine olan inanç) anneler bu davranışı benimsemek konusunda olumlu bir tutum (davranışa yönelik tutum) içine girer. Çevredeki kişi veya grupların (aile, arkadaş vb.) emzirme davranışını onaylaması ile birlikte annenin (bebeğini doğumdan hemen sonra emzirme niyeti) davranışsal niyeti oluşur.

Yeni doğum yapmış annelerin zihninde bu davranışla ilgili engeller veya çevredeki kişilerin düşünce ve tepkileri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının bilgilendirmesi, kitle iletişim kanallarında kampanya süresince verilen mesajlarla giderilir.

Sonuç olarak anne, bebeğini doğumdan hemen sonra emzirmeye başlayarak (İstenilen Davranışı) gerçekleştirir.

4.1.2.3. Dumansız Hava Sahası / Havanı Koru Kampanyası

"Dumansız Hava Sahası" kampanyası ile ilgili aşağıda yer alan tüm bilgilere, dumansizhavasahasi.org ve www.havanikoru.org.tr adreslerinden faydalanılarak ulaşılmıştır.

Sigara, dünyada çok yaygın olarak kullanılan ve doğum öncesi dönemden başlayarak tüm yaşam boyunca insan sağlığını olumsuz olarak etkileyen, önlenebilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında en önemlisidir. Dünyada 1.1 milyar kişi sigara içmekte olup gençlerin ilk sigara deneyim yaşları giderek düşmektedir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan tütünle mücadele konusunda ilk uluslararası anlaşma olma özelliğini taşıyan "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi", 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme, 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından imzalanarak 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

Sözleşmenin imzalanmasını takiben, "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" kapsamında Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı /2008-2012 hazırlanıp kamuoyuna duyurulmuştur.

"Tütün Mamulleri Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolüne Dair 4207 Sayılı Kanun", 19 Mayıs 2008 itibarı ile uygulamaya girmiş ve Türkiye'de halkın ortak kullanım alanlarında sigara ve tütün ürünlerinin kullanımına ilişkin dünya standartlarında yeni düzenlemeler gelmiştir. Kanunun yürürlüğe girmesinden önce, 15 Şubat – 1 Mart 2008 tarihleri arasında, Synovate'in Global Omnibus anketi ileTürk halkına yönelik kamuoyu yoklaması yapılmış. 16 kentte, 1,331 (15 ve üzeri yaşlarda) kişiden oluşan rastgele seçilen bir örnek grup ile yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan ankete yanıt verenlerin yüzde 85'i işyeri ve kamuya açık alanlarda, yine işyeri ve alışveriş merkezi gibi kapalı alanlarda, "sigara içilmemesini" desteklemiş. Yüzde 75'i ise bu uygulamaya kuvvetle destek verdiğini belirtmiş. Yapılan araştırmanın sonucuna göre; Türk halkının yüzde 91'i pasif olarak sigara dumanına maruz kalmanın insan sağlığı açısından ciddi tehlike oluşturduğunu bilmektedir. Sigara kullananların dahi yüzde 63'ü, 19 Mayıs'tan itibaren uygulanmaya başlanacak mevzuatı desteklediğini belirtmiş. Türk halkının yalnızca %14'ü sigara ve tütün mevzuatına karşı olduğunu ifade etmiş. Ayrıca her 10 Türk vatandaşından 8'i sigara içilecek alanların daraltılmasına ilişkin yasadan haberi olduğunu söylemiştir.

Kanun ile ilgili bilgilendirmeyi tüm ilgili devlet kurumları ve yerel yönetimler nezdinde yürüten Sağlık Bakanlığı, yasanın tanıtımı için bir sağlık iletişimi kampanyası başlatmıştır. Kanunun toplum hayatı için yarattığı artı değerin, getirdiği hak ve sorumlulukların anlatımına odaklanan kampanya, sigara ve tütün ürünlerinin kullanılamayacağı alanları "Dumansız Hava Sahası" olarak tanımlayarak tüm Türkiye'yi, havasını korumaya davet etmiştir.

Ülke çapında düzenlenen kampanya özelliğine sahip olan Dumansız Hava Sahası kampanyasının amaç ve hedefleri şunlardır:

Amaçlar:

- Toplumun tüm kesimlerini ve özellikle gelecek nesilleri, başkalarının içtiği

sigara ve tütün ürünlerinden solunan dumanın zararlı etkilerinden korumak,
- Sigarayı kapalı ortamlarda kullandırtmamak.

Hedefler:

- Çocuklar ve gençler başta olmak üzere bireylerin sigara içmeye başlamalarını önlemek,
- Sigara içenlerin bu davranışlarını bırakmasının desteklenmek,
- Sigara dumanından pasif etkilenimi engellenmek,
- Topluma yeni yasayı tanıtmak ve yasal düzenlemeler konusunda bilgilendirmek,
- Birlikte yaşama kültürü ve toplum sağlığı açısından yeni düzenlemelerle "birleştiricilik" ruhunu ortaya koymak.

Kampanyanın kitle iletişim araçlarında yer alan mesajları aşağıdaki gibidir:

"Dumansız Hava Sahası'na destek ol, havanı koru!
Türkiye'nin Havası Artık % 100 Dumansız Hava Sahası"

Topluma verdikleri mesajlarla kampanyayı destekleyen isimlerin başında Başbakan Recep Tayyip Erdoğan ve Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ'ın yanı sıra DTP Genel Başkanı Ahmet Türk, MHP Genel Başkanı Devlet Bahçeli, BBP Genel Başkanı Muhsin Yazıcıoğlu, ÖDP Genel Başkanı Ufuk Uras ve DSP Genel Başkanı Zeki Sezer gelmiştir.

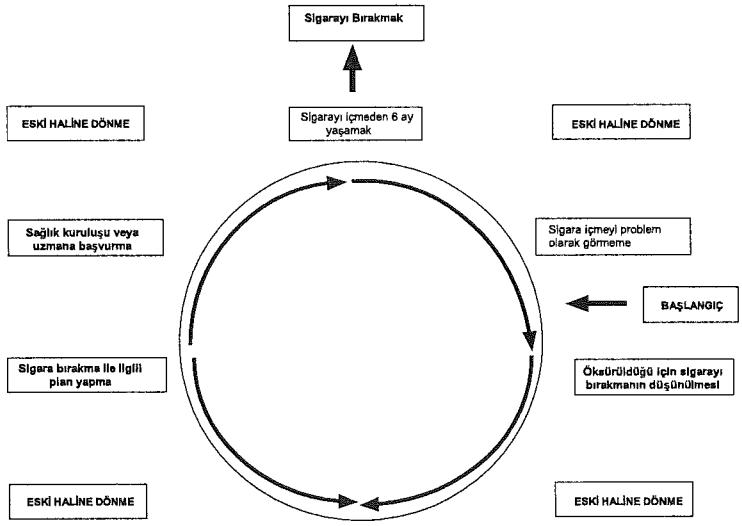
Siyaset dünyası dışından da büyük destek gören kampanyanın reklam filmlerine, hem kariyer hem de yaşamlarıyla topluma örnek olmuş ünlü isimler destek vermiştir. Acun Ilıcalı, Bahar Korçan, Prof.Dr.Bengi Semerci, Buket Dereoğlu, Günseli Kato, Hakan Şükür, Kadir Çöpdemir, Mehmet Ali Erbil, Metin Arolat, Nergis Kumbasar, Toprak Sergen ve Tülin Şahin kampanyanın reklam filmlerinde gönüllü olarak yer almışlardır. Kampanya süresince binlerce bilgilendirme broşürü dağıtılmış ve kampanya billboard ve afişlerle desteklenmiştir.

Yukarıda adı geçen ünlülerden bazılarının afişlerde yeralan mesajları:

- Çocuklarınızın sağlığı için dumansız Hava Sahası hareketine destek olun! Prof.Dr.Bengi Semerci - Psikiyatrist

- Dumansız Hava Sahası gençlerimizi şampiyon yapar. Hakan Şükür - Futbolcu
- Dumansız Hava Sahası Uygarlığın Göstergesi. Acun Ilıcalı - Sunucu
- Dumansız Hava Sahası'yla sağlık sıhhat gelecek yüzler gülecek. Tülin Şahin - Top Model

İletişim çalışmalarını Excel İletişim Danışmanlığı'nın gerçekleştirdiği "Dumansız Hava Sahası" kampanyası, Dünya Sağlık Örgütü Başarı Ödülü, Galatasaray Üniversitesi "En 2008" Ödülleri En İyi Sosyal Sorumluluk Projesi Ödülü, Farmaskop Sağlık İletişimi Yaratıcılık Ödülleri, 2009'da En İyi Farkındalık Bilinçlendirme Kampanyası Başarı Ödülü ve Sağlık Bakanlığı Onur Ödülü almıştır. Ayrıca son olarak 18 Nisan 2011 tarihinde Türkiye Halkla İlişkiler Derneği (TÜHİD) tarafından gerçekleştirilen Altın Pusula Halkla İlişkiler Ödül töreninde, "Büyük Ödüle" layık görülmüştür.



Şekil 42: Transteorik Model Çerçevesinde "Dumansız Hava Sahası" Kampanya Analizi

Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen toplumda davranış değişikliği oluşturmaya yönelik Dumansız Hava Sahası Kampanyası, Transteorik Model çerçevesinde ele alınmıştır. Toplumu sigara ve tütün ürünlerinden solunan

dumandan korumak ve kapalı alanlarda bunların kullanımının yasaklanmasının sağlanması amacıyla yürütülen kampanyanın hedefleri; gençlerin ve çocukların sigaraya başlamasını önlemek ve sigara içenlerin bırakmasını desteklemektir.

Dumansız Hava Sahası Kampanyası, bireyin sigarayı bırakmak istemesi açısıdan ele alındığında aşağıdaki sonuçlar elde edilir. Transteorik Modele göre davranış değişikliği bir süreçtir. Değişim, düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket ve sürdürme olarak adlandırılan beş aşamada gerçekleşir. Bireyin sigara içme davranışını bırakması, bir anda olmaz. Düşünmeme aşamasında, bireyin çevresi sigarayı bırakmasını isterken kendisi problemini dikkate almamaktadır. Düşünme aşamasında, sigaranın sağlığı açısından kötü etkilerinin farkına varıp bırakmaya niyet eder ancak henüz kesin karar oluşmamıştır. Hazırlık aşamasına geldiğinde, Dumansız Hava Sahası Kampanyası ile ilgili reklam filmlerini ve afişleri görür. Kapalı yerlerde sigara içmesinin kanun ile yasaklanacağını öğrenir. Sigara içme davranışını bırakmak için planlar yapar, davranış niyeti geliştirir. Farkındalığı artıran sağlık iletişimi kampanyası ile bilinçlenen birey, geçmiş deneyimlerini de dikkate alarak sigarayı bırakmaya karar vererek harekete geçerek bir sağlık kuruluşuna veya uzmana başvurur. Bu aşamada amaç, davranış değişimini gerçekleştirip problemin üstesinden gelmektir. Değişimin son aşaması ise sigarayı bırakan bireyin, sigarayı bırakma davranışını sürdürebilmesidir. Değişim aşamalarını tamamlayıp 6 ay boyunca isgara içmeyen birey, istenilen davranış değişikliğini sağlamış sayılır.

Davranış değişimini kolaylaştırmak için oluşturulan model, dairesel bir modeldir. Aşamaların değişik zamanlarında davranışı gerçekleştiremeyip önceki aşamaya dönmek olasıdır.

4.1.2.4. Bebeğim Sağ Olsun Kampanyası

"Bebeğim Sağ Olsun", Avrupa Birliği mali desteğiyle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Türkiye Üreme Sağlığı Programı" kapsamında, 3 Ekim 2007 tarihinde başlayan ve bugüne kadar hazırlık çalışmaları tamamlanarak, uygulama aşamasına geçilen "Anne ve Yeni Doğan Sağlığı Konularında Toplum Bilincini Artırmaya Yönelik Kitlesel İletişim Kampanyası"nın kısa adıdır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre (www.bebegimsagolsun.gov.tr):

- Türkiye'de yılda 1 milyon 780 bin gebelik yaşanıyor.
- Ülkemizde anne ölüm hızı 100 bin canlı doğumda 28.5 olarak gerçekleşiyor,
- 1000 yeni doğandan 17'si hayatını kaybediyor,
- Anne ölümlerinin % 61.6'sı Türkiye'nin mevcut koşullarında önlem alınabilecek nedenlere bağlı,
- Anne ve yeni doğan ölümlerinin önemli bir bölümü ilk 24 saat içinde gerçekleşiyor.

"Bebeğim Sağ Olsun" kampanyasının amaç ve hedefleri aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

Amaçlar:

- Gebelik öncesi, gebelik, doğum, doğum sonrası sağlık kontrollerinin önemine ve kritik sağlık tedbirlerine dikkat çekmek,
- Anne ve bebek ölüm hızının düşürülmesine katkı sağlamak,
- Bilgi ve eğitim çalışmaları aracılığıyla konu ile ilgili toplumsal farkındalığın arttırmak.

Hedefler:

- Anne ve yeni doğan ölüm hızı Türkiye ortalamasının üzerinde ve yoğun göç alan iller seçilerek buralara gezici araç ile gidip yüzyüze bilgilendirme yapmak,
- Anne adaylarının gebelik, doğum ve doğum sonrasında Sağlık Ocakları, Aile Sağlığı Merkezleri ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri'ndeki ücretsiz sağlık kontrolünden faydalanmasını sağlamak.

Sağlıklı gelecek nesillere ulaşılmasının ilk adımını oluşturan sağlıklı gebelik, sağlıklı doğum ve sonrasının koşullarının anlatıldığı "Bebeğim Sağ Olsun" kampanyasının öncelikli hedef kitlesi; özellikle, kırsal bölgelerde yaşayan, eğitim edinimi ve sosyo-ekonomik düzeyi alt grupta yer alan 15-49 yaş arasındaki kadınlardır. Kampanya ayrıca, söz konusu kadınların karar almasında etkili olan eş, kayınvalide gibi aile bireylerinin yanı sıra toplum önderlerine de hitap etmiştir.

Kampanya tüm Türkiye'de uygulanmasına rağmen Sağlık Bakanlığı

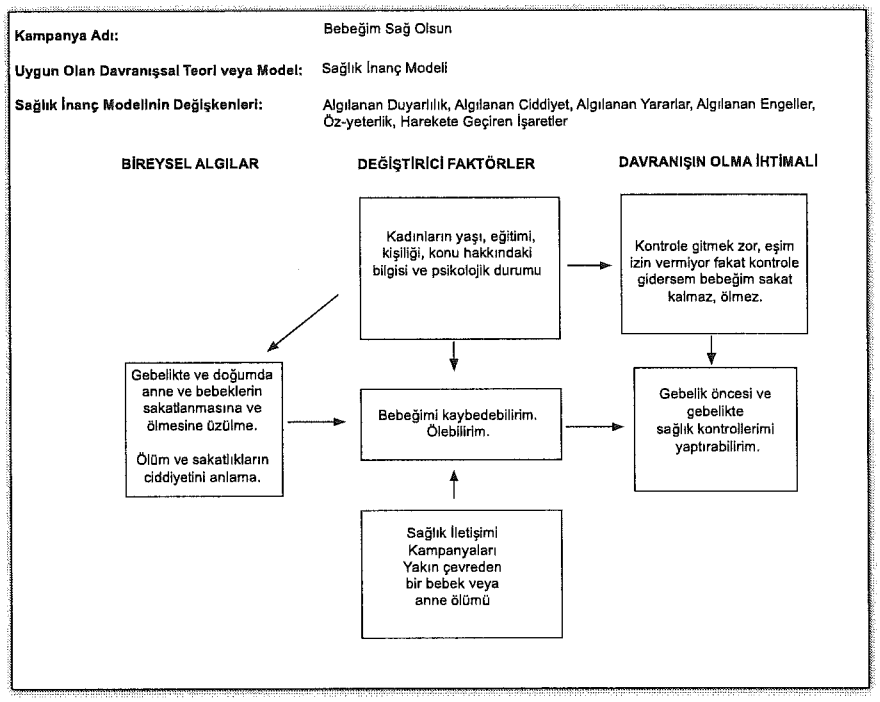
tarafından tespit edilmiş olan 15 ilde (Ağrı, Ankara, Artvin, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Kayseri, Kars, İstanbul, İzmir, Mersin, Muş, Siirt, Şanlıurfa ve Van) kampanya faaliyetleri yoğunlaştırılmıştır. Söz konusu illerin tespitinde, Sağlık Bakanlığı'nın için "Türkiye Üreme Sağlığı Programı" kapsamında 2006 yılında gerçekleştirilen "Sağlık Arama Davranışı Araştırması" verilerinin de kullanılması sonucu, anne ve yenidoğan ölüm hızı yüksek, Türkiye ortalamasının üzerinde, yoğun göç alan bölgelerden veya çevre illere etkisi nedeniyle merkez konumundaki illerin seçilmesine özel önem verilmiştir.

Kampanya boyunca yukarıda adı geçen ve özel önem atfedilen 15 kente gezici araç ile gidilip yüzyüze bilgilendirme yapılmıştır. İl sağlık müdürlüğünde görevli doktorlar, kadınlara gebelik öncesi, gebelik dönemi riskleri ve gebelik süresince sağlık kontrollerinin önemi hakkında bilgiler aktararak anne ve bebek sağlığına etkilerine dikkat çekmiştir. Ayrıca kitle iletişim araçları ve diğer iletişim kanallarını içeren bir bilgi ve eğitim çalışmaları aracılığıyla anne ve yenidoğan ölümlerinin önlenmesine dair kamuoyunda farkındalık artırılmıştır.

"Bebeğim Sağ Olsun" kampanyasında, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirdiği eğitimci eğitimleri, hizmet ve ekipman iyileştirmesi ile ücretsiz sağlık kontrolü ve bakım hizmetleri hakkında bilgiler verilmiştir. Kampanya sözcüleri, Op. Dr. Sadiye Eren ve Doç. Dr. Ferit Saraçoğlu, çeşitli televizyon programlarına katılarak halkı bilgilendirmişlerdir. Kampanyaya, Sibel Tüzün, Bahar Korçan, Bülent Alkış, Zeynep Gülmez, Funda Şirinkal, Zerrin Sümer, Işıl Özgentürk ve Refik Durbaş gibi alanlarında ünlü sanatçılar da gönüllü olarak destek vermiştir.

Kampanya sağlık hizmeti kullanıcılarının yanı sıra ilgili kurumlarda, özel sektörde ve STK'larda da farkındalığı artırarak, toplumda davranış değişikliği yaratma etkisine sahip yeni çalışmalara kapı açmış ve yeni projelerle sürdürülebilirliğin sağlanması hedefini gerçekleştirmiştir.

Excel İletişim Danışmanlığı'nın iletişim faaliyetlerini gerçekleştirdiği "Bebeğim Sağ Olsun" kampanyası, Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu internet sitesinde başarı hikayesi olarak yayınlanmıştır.



Şekil 43: Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde "Bebeğim Sağ Olsun" Kampanya Analizi

"Bebeğim Sağ Olsun" kampanyası, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılan Sağlık İnanç Modeli çerçevesinde ele alınmaktadır. Kampanyanın amacı, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan sosyo-ekonomik düzeyi ve eğitimi seviyesi alt seviyede olan anne adayları ve annelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum veya doğum sonrası kontrollerini yaptırmalarını sağlamaktır. Bu sayede gebelikte, doğumda ve doğum sonrasında oluşan bebek ölümlerini azaltmak mümkün olmaktadır.

Modelin altı temel bileşeni olan algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller, öz-yeterlik ve harekete geçiren işaretlerin kampanyadaki açılımları kısaca aşağıdaki şekilde özetlenebilir. Kampanyanın hedef kitlesinde yer alan 15-49 yaş arası kadınların algılanan duyarlılıkları, kendi veya akraba-arkadaş bebeklerinin ölmesi ya da sağlıksız şartlarda yapılan doğumlarla çevresindeki genç insanların ölmesi, doğum sonrası oluşan sağlık durumlarıdır.

Kadınların bu tanıyı kabul etmesi, kendilerinin de aynı durumla karşılaşma olasılığını ve durumla ilgili genel duyarlılığı göstermektedir. Algılanan ciddiyet, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası oluşabilecek sağlık sorunlarının ölüm, sakatlık gibi olası sonuçlarının ciddiyetini anlamalarını ifade etmektedir. Algılanan yararlar, oluşabilecek ölüm veya sakatlıkların azaltılması için sağlık kontrollerinin etkili olacağına dair kadınların inancının oluşmasıdır. Düzenli yapılan sağlık kontrollerinin yarar sağlayacağını düşünen kadınların kontrolleri yaptırma veya etrafındakilerin yaptırmalarını sağlama olasılığı fazladır. Algılanan engeller ise yararların tersine önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran somut ya da duygusal engellerdir. Bu noktada kadınların karar almasında etkili olan eş, kayınvalide veya bulundukları çevrede sözü geçen toplum önderlerinin önerilen davranış hakkındaki düşünceleri, inaçları devreye girmektedir. Bu durumu dikkate alan Bebeğim Sağ Olsun kampanyası hazırlayıcıları, bu bireylere yönelik çalışmalar da gerçekleştirerek algılanan engelleri ortadan kaldırmaya yönelik bir adım atmışlardır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar yüksek olduğunda, birey kendini (kampanyaya göre kadınlar ve bebekleri) korumak istemekte ve bunun sonucunda da koruyucu sağlık davranışına (sağlık kontrolü yaptırmaya) yaklaşımı artmaktadır.

Öz-yeterlik, istenen veya beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili bireyin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Kampanya açısından baktığımızda kadınların hem kendi hem de bebeklerinin sağlıkları için düzenli kontrolün önemini anlamalarının yanısıra bu kontrolleri yaptırabilmeleri için kararlı ve yüksek iradeli olmaları gerekmektedir. Davranış değişikliği için gereken tüm diğer koşullar gerçekleştiği bir durumda eğer kişinin davranış değişikliğine ilişkin öz-yeterliliği (sağlık kontrolüne gitmenin değişiklik yaratmayacağı inancı) düşükse davranış değişikliği gerçekleşmeyecektir. Bu yüzden koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesinde ve sürdürülmesinde kadınların öz-yeterlik algılarının rolü büyüktür. Modelin son bileşeni olan harekete geçiren işaretler, bireyleri harekete geçiren etmenler olarak ifade edilir. Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği Bebeğim Sağ Olsun sağlık iletişimi kampanyasını, hedef kitleyi ve hedef kitlenin karar almasında etkili kişileri harekete geçiren bir güç olarak kabul edebiliriz.

SONUÇ

İnsanların yaşamak, öğrenmek, çalışmak ve iletişim kurmak için fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olması gerekmektedir. Koruyucu sağlık davranışları oluşturmak veya mevcut olumsuz davranışları olumlu davranışlara dönüştürmek kısacası toplumda, davranış değişikliği gerçekleştirmek, sağlık iletişimi kampanyaları ile mümkündür.

Sağlık iletişimi kampanyalarının davranış değişikliği oluşturmadaki rolünün davranışsal teori ve modeller çerçevesinde değerlendirilmesinin amaçlandığı bu tez çalışmasında, çalışma kuramsal ve örnek olay incelemesi olarak iki ana amaç çerçevesinde oluşturuldu. Tezin ilk aşamasını oluşturan kuramsal inceleme sonucunda, dört amaç sorusu şu şekilde yanıtlanmıştır:

İçinde bulunduğumuz 21.yy'da halk sağlığı sorunları ile mücadelede 'sağlık iletişimi' disiplini, gün geçtikçe daha fazla önem kazanan bir alan olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, bireyleri ve toplumu sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı olarak tanımlanabilen 'sağlık iletişimi'; sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkileri yöntem olarak kullanmaktadır.

Sağlık iletişimi çerçevesinde incelenen sağlık davranışı kavramı, bireyin sağlığa ilişkin (sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak) var olan tüm faaliyetleridir. Sağlık davranışı, bireyin sağlığa verdiği önem, geçmiş deneyimleri, hizmete ulaşmada karşılaştığı engeller, toplumsal kültür, ekonomik ve çevresel unsurlara göre şekillenir. Bir bireyin sağlık davranışı, onun kendi standartlarına, yaşadığı çevrese ve içinde bulunduğu toplumun etmenlerine bağlı olarak var olan davranışının pekiştirilmesi, geliştirilmesi veya değiştirilmesi şeklinde gerçekleşir.

Sağlık iletişimi kampanyalarının amacı, bireylerin sağlıklarını korumaları için gerekli davranış değişikliğini oluşturmanın yanısıra hastalıklar ve tedavi yolları

hakkında bilgi vermek ve tedavi olanaklarından yararlanmalarını sağlamaktır. Başarılı bir sağlık iletişimi kampanyası yürütmek için öncelikle neyin, ne zaman ve ne şekilde yapılacağının belirtilmesi gerekmektedir. Sağlık iletişimi kampanya süreci; araştırma, planlama, uygulama ve değerlendirme olarak dört aşama ve bu aşamaların altında bir çok adımdan oluşmaktadır. Kampanyanın yöneleceği sağlık sorunu tanımlanır ve kampanyanın gerçekleştirilmesi için gerekli olan finansal, material ve insan kaynağının seçimi ve nasıl değerlendirileceği planlanır. Kampanya oluşum sürecinde; hedef kitlenin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçlara seslenebilmek için gerekli bilgilerin nesnel ve sistematik biçimde toplanması sağlanır. Kampanya süresince, dikkat edilmesi gereken birçok unsur vardır. Bunlar; hedef kitle analizi ve mesaj stratejisi, iletişim araç ve kanallarının seçimi, mesaj ve materyallerin ön-testidir. Sağlık iletişimi kampanyalarında hedefin konulması (kampanya kapsamında 350 bin kişinin "kalp yaşını" ölçmek) bir diğer ifade ile kampanyanın neyi başarmak istediğinin belirlenmesidir. Hedefler gerçekçi ve net bir kampanyanın başarısı açısından önem taşımaktadır.

Günümüzde sağlık problemlerinin çoğunun insanların kendi davranışlarıyla ilişkili olduğunu ve bu problemleri çözmenin en önemli yolunun da davranış değişikliğinden geçtiği bilinmektedir. Davranış değişikliği sağlayabilmek için, sağlıkla ilgili davranışların nasıl oluştuğunu ve nasıl değişebildiğini, bilginin davranışa dönüşmesinin önündeki engellerin neler olduğunu anlamak gerekir. Bunu gerçekleştirmek için çeşitli teori ve modeller geliştirilmiştir. Bu davranışsal teori ve modeller, bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmek veya bir sağlık sorununa karşı bireysel ve toplumsal düzeyde önlemler almak, koruyucu sağlık davranışı geliştirmek ve davranış değişikliği oluşturmak amacıyla yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarında, önemli bir rol oynamaktadır.

1997-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nın veya özel sektör ve STK'ların gerçekleştirdiği sağlık iletişimi kampanyalarına baktığımızda, bu teori ve modellerin kullanıldığı görülmektedir. Sağlık iletişimi kapsamında çalışmaya alınan kampanyalar;

1. Adında veya içeriğinde kampanya kelimesinin geçmesi,

2. Kitle iletişim araçlarından en az birinden faydalanılmış olmasına dikkat edilerek seçildi.

Bu kriterler ile rastgele seçilen 8 kampanya;

1. Kampanyanın adı,

2. Kampanyayı düzenleyen kuruluş,

3. Kampanya başlangıç ve bitiş tarihi,

4. Uygulanan iller,

5. Amaç ve hedefler,

6. Hedef kitle ve mesaj

7. İşbirliği yapılan veya destek veren kuruluşlar,

8. İletişim faaliyetleri,

davranışsal teori ve modellere göre değerlendirildi.

Kampanyalardan hepsi ulusal düzeydedir fakat 1 tanesi özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'nin farklı bölgelerinden seçilen farklı sayıda ilde yürütülmüştür. Bu durumda, kampanyaların hedef kitlesi, bazen tüm ulus bazen de daha dar bir kitle (anne ve hamile kadınlar, sağlık personeli, fikir önderleri vb.) olmuştur. İncelenen 8 kampanyada da konulan hedefler, akla yatkın ve ulaşılabilinir hedeflerdir. Kampanyaya uygun oluşturulan mesajlar, seçilen kitle iletişim araçları ve toplumda rol modeli olmuş kişiler tarafından hedef kitleye iletilmiştir. Kampanyaların kendi web adreslerinden veya destek veren kuruluşların web sayfalarından yapılanlar ve yapılacaklar konusunda bilgi sağlandığı görülmüştür.

İnsanların gözlenebilen tüm hareketleri, olaylara tepkisi, etkinlik ve girişimleri olarak adlandırılan davranış, beynin bir işlevidir ve öğrenme ile şekillenir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak, halkın bilinç düzeyini artırarak hastalıkların ve hastalıklara bağlı sakatlıkların önlenmesi, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması, sağlıklı ve mutlu bir toplum oluşturulması açısından önemlidir. Sağlık iletişimi kampanyalarının uygulanması sırasında; hedef kitle, uygun mesaj, kitle iletişim araç ve kanallarının seçimi kadar

uygun davranışsal teori ve model seçimi de önem taşımaktadır.

Sağlık davranışını değiştirmeye ilişkin geliştirilen bir çok teori ve model arasından tez çalışmasına alınanların seçimi; Glanz ve arkadaşlarının "Health Behaviour and Health Education, Theory, Research and Practice- Sağlık Davranışı ve Sağlık Eğitimi, Teori, Araştırma ve Uygulama" adlı eserindeki araştırmasından faydalanılarak yapılmıştır. Bu araştırma kapsamında, 1986-2005 yılları arasında basılmış olan sağlık eğitimi, tıp davranış bilimleri yayın ve makaleleri incelenerek en çok kullanılan teori ve modeller tespit edilmiştir.

Sağlık iletişimde kullanılan davranışsal teori ve modeller, en yararlı oldukları etki durumu ve davranışı açıklama yaklaşımları göz önünde bulundurularak bireysel, kişilerarası ve toplumsal düzey olarak üç gruba ayrılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, özel sektör ve STK'lar tarafından yürütülen sağlık iletişimi kampanyalarında, davranışsal teori ve modellerin temel değişkenleri değerlendirilip şekillerle açıklanmıştır. Yapılan incelenme sonucunda, kullanılan teori ve modellerin bireysel düzeyde yer alan teori ve modellerden oluştuğu görülmüştür.

Teori ve Modele Göre Kampanya Analizi		
Kampanya Adı	**Teori & Model**	**Düzey**
Kalbini Sev Kırmızı Giy	Planlı Davranış Teorisi	Bireysel
Akılcı İlaç Kullanımı	Tüketici Bilgi İşleme Modeli	Bireysel
Böbrek Sağlığı Bilinçlendirme	Nedene Dayalı Eylem Teorisi	Bireysel
Çok Yaşa Bebek	Bütünleşik Davranış Modeli	Bireysel
Meme Kanseri ile Mücadele	Sağlık İnanç Modeli	Bireysel
Demir Gibi Türkiye	Nedene Dayalı Eylem Teorisi	Bireysel
Dumansız Hava Sahası	Transteorik Model	Bireysel
Bebeğim Sağ Olsun	Sağlık İnanç Modeli	Bireysel

Tablo 9: Teori ve Modele Göre Kampanya Düzeyi

Bireysel davranışlar sağlık durumunu etkilediği için sağlıkla ilgili değişimin temel hedefi bireydir. Kampanyalar davranış değişikliği yaratabilmek için bireyin

bilincinini, bilgisini ve davranışını etkiler. Yapılan tüm aktiviteler, iletişim faaliyetleri bireysel davranış değişimini amaçlamaktadır. Bu değişim, eski davranışın yenisi ile değiştirilmesi olabileceği gibi koruyucu sağlık davranışı geliştirme şeklinde de olabilmektedir. Bu bağlamda, sağlık iletişimi kampanyalarında kullanılan davranışsal teori ve modellerin ortak özelliğinin, bireysel düzeydeki teori ve modeller olması şaşırtıcı değildir.

Bireysel düzeydeki teori ve modeller, mesajların ve materyallerin geliştirilmesinde yol göstermektedir. Ayrıca bireysel teori ve modeller, sağlığı biyolojik ve psikososyal yaklaşımla ele almaktadırlar. Bu yaklaşım, birçok hastalığın biyolojik ve genetik temellerini, inanç, değer, tutum ve güdülemenin sağlık ve hastalıktaki rolünü ve bireyin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik yapının, sağlık üzerindeki etkisinin kabul edilmesi açısından önemlidir. İncelenen sağlık iletişimi kampanyalarının başarılı ve ödüllü kampanyalar olduğu dikkate alındığında, bireysel düzeydeki teori ve modellerin kullanarak hazırlanan kampanyalar daha başarılı olmuştur sonucunu çıkarabiliriz.

Sağlık iletişimi kapsamında hükümet, özel işletmeler ve STK'lar tarafından gerçekleştirilen sağlık iletişimi kampanyaları sayesinde insanlar, fazla bilgi sahibi olmadıkları veya yanlış bilgi sahibi oldukları sağlık problemleri hakkında bilgi sahibi olabilmekte, koruyucu sağlık davranışı geliştirebilmekte veya davranışını değiştirebilmektedir. Bu yüzden gelişen kitle iletişim araçları ve teknolojilerin yardımı ile daha fazla sayıda sağlık iletişimi kampanyası oluşturularak geniş hedef kitlelerde farkındalık ve davranış değişikliği yaratmaya çalışılmalıdır.

Toplumu oluşturan bireylerin sağlığı, toplumun güvencesi ve geleceği açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı bir toplum oluşturmak bireysel sağlık davranışları ile bağlantılıdır. Bu yüzden sağlık davranışlarını değiştirmeyi hedefleyen sağlık iletişimi kampanyalarında, davranışa niyetlenme ve davranış değişikliği oluşturmada, bireysel düzeydeki teori ve modellerin kullanılması önem teşkil etmektedir.

KAYNAKÇA

Adak, N.Ö. (2002). **Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme**. İstanbul: Birey Yayınları Sosyal Bilimler Dizisi.

Akar, E. (2006). **Pazarlamanın Yeni Silahı Blogla Pazarlama**. İstanbul: Tiem Eğitim Danışmanlık, Yayıncılık Org.Tic. Ltd. Şti.

Akım, F. (2010). "Sağlık Alanında Gerçekleştirilen Sosyal Sorumluluk Kampanyalarının Bireylerde Farkındalık ve Davranış Değişikliği Yaratma Etkisi: "Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası" Üzerine Bir Değerlendirme", **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi,** s. 5-20.

Aksayan, S., Gözüm, S. (1998). "Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi". **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,** Volume 2 (1), s. 35-42.

Aktan, C.Ç., Saran, U. (2007). **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı.

Al Ma'aitah, R., Haddad, L. (1999). "Health Promotion Behaviours of Jordanian Women". **Health Care for Women International,** Volume 20 (6), pp. 533-536.

Altunay, A. (2002). **Halkla İlişkiler.** 4 bs. Ankara: Yargı Yayınevi.

Araz, A., Harlak, H., Meşe, G. (2007). "Sağlık Davranışları ve Altenatif Tedavi Kullanımı". **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,** Volume 6 (2)., s.113.

Asna, A. (1998). **Public Relations Temel Bilgiler**. 2.bs. İstanbul: Der Yayınevi.

Ataseven, F. (1991). "Teknolojik Gelişme, Kitle İletişim Araçları ve Okul". Ankara: **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,** Sayı: 6, s. 88.

Bandura, A. (1989). **Social Cognitive Theory.** In R. Vasta (Ed.), Greenwich, CT: JAI Press.

Bandura, A. (1998). "Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory". **Psychology and Health**, Volume 13, pp. 623-649.

Baltaş, Z. (2008). **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri.** 4.bs. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Barnes, M.D, Neiger, B.L., Thackeray, R., Kreps, L.G. (2009). **"Health Communication",** Bensley, R./ Brookins-Fisher, j. (Eds) Community Health Education Methods, 3rd Edition. USA: Jones&Barlett Publishers, LLC.

Barnes, N. (2007). "Using Podcasts to Promote Government Documents Collections". **Library Hi Tech**, Volume 25, No: 2. ,pp.73-99.

Başaran, E.İ. (1991). **Örgütsel Davranış: İnsanın Üretim Gücü.** Ankara: Gül Yayınevi.

Bayçu, U.S. (2005). **Halkla İlişkiler Yazarlığı.** Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Baymur, F. (1984). **Genel Psikoloji.** İstanbul: İnkılap Yayınları.

Bayraktaroğlu, G., İlter, B. (2007). "Sosyal Pazarlama: Engeller ve Öneriler". **Ege Akademik Bakış**, Cilt :7, Sayı:1, s.117.

Baysal, C.A., Tekarslan, E. (1996). **İşletmeler İçin Davranış Bilimleri.** 2.bs. İstanbul: Avcıol Basım Yayın.

Belek, İ. (1993). **Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik.** İstanbul: Der Yayınları.

Belek, İ.,Nalçacı, E.,Onuroğulları H.,Ardıç F. (1998). **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi.** 2.bs. İstanbul: Sorun Yayınları.

Benson, J.F. (2000). **Working More Creatively with Groups**. London: Routledge.

Berry, D. (2004). **Risk, Communication and Health Psychology**. Berkshire: McGraw-Hill Education.

Bettman, J. R. (1979). **An Information Processing Theory of Consumer Choice**. Reading, MA: Addison-Wesley Pub.

Bıçakçı, İ. (2000). **İletişim ve Halkla İlişkiler-Eleştirel Bir Yaklaşım.** 3 bs. Ankara: Kapital Medya.

Bilsky, W., Koch, M. (2000). **On the Content and Structure of Values: Universals or Methodological Artefacts?**. J. Blasius, J.Hox, E. de Leeuw ve P.Schmidt (Eds.). Cologne, Germany.

Bright, D.A. (2000). "The Role of Social Marketing in Leisure and Recreation Management". **Kournal of Leisure Research**. Volume 32, No.1.

Boyd, M.D., Ellison, N.B. (2007). "Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship". **Journal of Computer-Mediated Communication.** Volume 13. Issue:1.,p.1.

Bulduklu, Y. (2010). "Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri". **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.** Sayı:24, s.77.

Buzgan, B.(2011). "Türkiye'de Aşılama". **Journal of Pediatric Infection 5.** (Suppl 1).,p.236.

Cassel, J. (2007). "Enforcing Environmental Human Rights: Selected Strategies of US NGOs". **USA : Northwestern University Journal of International Human Rights. Fall-2007,** pp.105-127.

Chang, M.K. (1998). "Predicting Unethical Behavior: A Comparison of the Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior". **Journal of Business Ethics.** Volume 17, pp.1825-1834.

Çeçen, A. (2000). **İnsan Hakları.** Ankara: Gündoğan Yayınları.

Çenesiz, E., Atak, N. (2007). "Türkiye'de Sağlık İnancı Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi". **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**. Sayı:6 (6), s.427-428.

Çınarlı, İ. (2008). **Sağlık İletişimi ve Medya**. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.

Çiçekli, B. (2001). **Avrupa Sosyal Şartı Temel Rehber.** Çeviri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Cirhinlioğlu, Z. (2001). **Sağlık Sosyolojisi.** Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Dance, X. E. F. (1970). "The "Concept" of the Communication". **Journal of Communication**. Volume 20.Issue:2.,p.205.

Dilmaç, B., Bozgeyikli, H., Çıkılı, Y (2008). "Öğretmen Adaylarının Değer Algılarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi". **Değerler Eğitimi Dergisi.** Cilt 6, No:16.,s.70.

Dimbleby, R., Burton, G. (1998). **More Than Words: An Introduction to Communication.** 3rd ed. New York: Routledge.

Doğan, O. (1993). **Kişilerarası İlişkiler**. Ankara: Somgür Yayıncılık.

Donnelly, J. (1995). **Teoride ve Uygulamada Evrensel İnsan Hakları**. (Çev. Mustafa Erdoğan- Levent Korkut). Ankara: Yetkin Yayınları.

Dökmen, Ü. (1997). **İletişim Çatışmaları ve Empati.** 6.bs. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Dönmezer, S. (1990). **Sosyoloji.** 10.bs. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Elder, J.P. , Ayala, G.X., Harris, S. (1999). "Theories and Interventions Approaches to Health Behaviour Change in Primary Care". **American Journal of Preventive Medicine.** Volume 17 (4).,p.277.

Elder, P.J., (2001). **Behaviour Change & Public Health in the Developing World.** California: Sage Publications.

Erdoğan,İ., Alemdar, K. (1990). **İletişim ve Toplum, Kitle İletişim Kuramları, Tutucu ve Değişimci Yaklaşımlar**. Ankara: Bilgi Yayınevi.

Erdoğan,İ. (2005). **İletişimi Anlamak.** 2.bs. Ankara: Erk Yayınları.

Eren, E. (1998). **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**. 5.bs. İstanbul : Beta Yayınları.

Ergeç, E.N. (2004). "Televizyon Reklamlarına Yönelik Şüphe (İkna Modelinin Yorumlanması)". **Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Yayınları.** No:57

Erkal, B. (1999). **Kişilik Psikolojisi ve Kişilik Kuramları, Davranış Bilimlerine Giriş.** Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Ders Kitapları.

Ertürk, D.Y. (2010). **Davranış Bilimleri**. İstanbul: Kutup Yıldız Yayınları.

Eyüboğlu, Z.İ. (1991). **Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü**. 2.bs. İstanbul: Sosyal Yayınları.

Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). **Belief, Attitude, Intention, and Behavior : An Introduction to Theory and Research.** Reading, Mass ; Don Mills, Ontario: Addison-Wesley Pub. Co.

Forsyth, D.R. (2006). **Group Dynamics.** 4th ed. Belmont CA.: Thomson Wadsworth Publishing.

Gergen, K., Thatchenkery, T. (1996). "Organizational Science in a Postmodern Context". **Journal of Applied Behavioral Science.** Volume 32.,p.360.

Giritli, İ., Güngör, A.H. (2002). **Günümüzde İnsan Hakları**. İstanbul: Der Yayınları.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (2008). **Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice.** 4 th ed. San Fransisco: Wiley & Sons.

Glanz, K., Rimer, B.K (2005). **Theory at a Glance A Guide For Health Promotion Practice.** 2nd ed. U.S. Department of Health and Human Services.

Gochman, D.S. (1982). "Labels Systems and Motives: Some Perspectives on Future Research". **Health Education Quarterly**. Volume 9(1),pp.167-174.

Gorin, S.S. (2006). **Models of Health Promotion.** (Edited by: Sherri S. Gorin & Joan Arnold). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Göksel, B., Kocabaş, F., Elden, M. (1997). **Pazarlama İletişimi Açısından Halkla İlişkiler ve Reklam**. İstanbul: Yayınevi Yayıncılık.

Green, L.W., Kreuter, M.W.(1999). **Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach**. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Co.

Grubbs, L.M., Tabano, M.(2000). "Use of Sunscreen in Health Care Professionals: The Health Belief Model". **Cancer Nursering. Principles and Practice.** Volume 23 (3) pp.164-167.

Güçdemir, Y. (2010). **Sanal Ortamda İletişim / Bir Halkla İlişkiler Perspektifi** İstanbul: Derin Yayınları.

Güler, Ç., Vaizoğlu, S. (2001). "Toplum Sağlığı Eğitimi: Sağlık için Eğitim". **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**, Sayı:39.,s.797.

Güler, Ç., Çobanoğlu, Z. (1997). **Risk İletişimi ve Risk Yönetimi.** TC Sağlık Bakanlığı, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:47.

Güney, S. (2000). **Davranış Bilimleri.** 2.bs. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Gürbüz, D., Temel, A. (2005) **İletişime Yeni Yaklaşımlar.** Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Hayden, H. (2009). **Introduction to Health Behaviour**. Jones and Bartlett Publishers, LLC.

Hellriegel, D., Slocum W.J., Woodman, W.R. (1987). **Organizational Behavior.** New York.

Hotaman, D. (1995). **"Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Meslek yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Tutumları ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişki".** Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Hutton J.G. (1999). "The Definition, Dimensions and Domain of Public Relations". **Public Relations Review**. Volume 25, No:2.,pp.199-214.

Işıkyakar, F.A. (1987). **Halkla İlişkiler IPRA Raporu**. (Çeviri). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. No: 251.,s.56.

İdil, A. (1994). "Çağdaş Göz Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi ve Anlamı". **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecbuası.** 47(3) ,s.531.

İlhan, E. (1994). **İşletmelerde Davranış**. 4.bs. İstanbul: Beta Yayınevi.

İslamoğlu, H.A. (2010). **Tüketici Davranışları**. 3.bs. İstanbul: Beta Basım Yayım.

İnceoğlu, M. (2010). **Tutum Algı İletişim**. 5.bs. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi.

Kaboğlu, İ.Ö. (2002). **Özgürlükler Hukuku**. 6.bs. İstanbul: İmge Yayınevi.

Kaça, G., Amado, S., Kıkıcı, İ., Cilasin,S., Dağ, E.,Leylek, İ.,Şahin,Ö. (2009). "Organ Bağışına Yönelik Tutumların Planlı Davranış Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi". **Türk Psikoloji Dergisi.** Aralık 24 (64), s.80.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). **Yeni İnsan ve İnsanlar.** 10.bs. Sosyal Psikoloji Dizisi:1, İstanbul: Evrim Yayımcılık.

Kar, S.B., Alcalay, R., Alex, S. (2001). **Health Communication: Multicultural Perspective.** California: Sage Publications.

Karataş, H., Öztürk, C. (2009). "Sosyal Bilişsel Teori ile Zorbalığa Yaklaşım". **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.** 2(2),s.64.

Kasl, S.V., Cobb, S.(1966b). "Health Behavior, İllness Behavior and Sick-Role Behaviour: II.Sick-Role Behavior". **Archives and Environmental Health**, Volume 12 (4),p.532.

Katz, D., Kahn, L.R. (1978). **The Social Psychology of Organizations.** 2nd ed. New York: Wiley.

Kazancı, M. (1972). "Halkla İlişkiler ve İdari Danışma Merkezleri". **Amme İdaresi Dergisi,** Cilt:V, Sayı:2.,s.11-24.

Keskin, A. (2000). "Motivasyon ve Dikkatin Öğrenme Üzerine Etkisi". **Afyon Kocatepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,** s.3-6.

Kırel, Ç.,Gürgen, H.,Uztuğ, F.,Orhon, N. (2007). **"Halkla İlişkiler ve İletişim".** Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No:792.

Korkmaz, A., Topal, T. (2006). "Modern Yaşam Tarzı ve Yeni Hastalıklar: Metobolik Sendrom Örneği". **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,** Sayı:5, s.309.

Kotler, P.,Zaltman, G. (1971). "The Social Marketing: An Approach to Planned Social Change". **The Journal of Marketing**, Volume 35. No.3.,pp.3-12.

Köknel, Ö. (1997). **İnsanı Anlamak**. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Kreps, G.L., Thornton, B.C. (1992). **Health Communication: Theory and Practice.** Publisher: Waveland Pr. Inc.

Kreps, G.L., Bonaguro, E.W., Query, J.L. (1998). **"The History and Development of the Field of Health Communication".** Health Communication Research: Guide to Developments and Directions (Eds). Jackson L.S. & Duffy B.K., Westport, CT: Greenwood Press.

Kreps, G.L. (2003). **Trends and Directions in Health Communication Research, Medien&Kommunications-wissenschaft.**

Kreuter, M., Farrell, D., Olevitch, L., Brennan, L. (2000). **Tailoring Health Messages Customizing Communication with Computer Technology.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Kuzu, B. (1997). **Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat.** İstanbul: Filiz Kitabevi.

Leiner, M.B.,Cerf, G.V., Clark, D.D., Kahn, E.R., Kleinrock, L., Lynch, C.D., Postel, J.,Roberts, G.L., Wolff, S.S. (1997). "The Past and Future History of the Internet". **Communications of the ACM**, Volume 40, No.2.

Logan, A.R. (2004). **Evaluating Consumer Informatics: Learning from Health Campaign Research.** Amsterdam: IOS Pres.

MacDonald, T. (1998). **Rethinking Health Promotion: A Global Approach.** USA: Routledge.

McKenzie, J. F., Neiger, B. L., Thackeray, R. (2009). **Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs-A Primer.** 5th ed.San Francisco, Pearson International Edition.

McQuail, D. (2010). **McQuail's Mass Communication Theory.** 6th ed.Sage Publications London.

Miller, W.R., Rollinck, S. (1991). **Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior.** Guildford Press, NewYork.

Morgan, C.T. (1995). **Psikolojiye Giriş.** (Çev.Sibel Karakaş). 11.bs. Ankara: Meteksan A.Ş.

Murphy, M.E. (2005). "Promoting Healty Behaviour". **Health Bulletin.** No: 2. Population Reference Bureau. p.8.

Mutluer, M. K., Öner, E., Kesik, A. (2007). **Teori ve Uygulamada Kamu Maliyesi.** İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, No:185.

Norman, P.,Abraham, C.,Conner, M.(2000). **Understanding and Changing Health Behaviour: From Health Beliefs to Self-Regulation.** Harword Academic Publishers.

Nygren-Krug, H. (2007). **Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap Toplum Sağlığı ve Geliştirme Merkezi Derneği Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru, 25 cevap.** Ankara: Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi Sağlık ve İnsan Hakları Dizisi No:1.

Okay, A. (2000). **Kurum Kimliği.** İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri A.Ş.

Okay, A. (2009). **Sağlık İletişimi.** İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri A.Ş.

Okay, A., Okay, A. (2007). **Halkla İlişkiler Kavram Strateji ve Uygulamaları.** 3.bs. İstanbul: Der Yayınları.

Oktay, M. (1996). **Davranış Bilimlerine Giriş.** İstanbul: Der Yayınları.

Oral, G. (1997). **Halkla İlişkiler.** İstanbul: Türkmen Yayınevi.

Oskay, Ü. (1992). **İletişimin ABC'si.** İstanbul: Simavi Yayınları.

Ozankaya, Ö. (1995). **Temel Toplum Bilimleri Sözlüğü.** İstanbul: Cem Yayınevi.

Öcek, A.Z., Çiçeklioğlu, M., Gürsoy, Ş.T. (2008). "Çevresel Tütün Dumanının Önlenmesinde Etkili Tek Strateji: %100 Dumansız Ortamlar". **Pamukkale Tıp Dergisi.** 2(1), s.50.

Özgüven, E.İ. (1992). **Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı.** Ankara: Odak Ofset.

Pender, N.J., Murdaugh, L.C., Parsons, A.M. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice.** Upper Saddle River,NJ: Pearson/Prentice Hall. 5th ed.

Pira, A. (2004). **Etkinlik Yönetimi.** İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri A.Ş.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C, Norcross. J.C. (1992). "In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviours". **American Psychological Ass. Inc.** Volume 47, No:9.,pp.1102-1114.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change". **American Journal of Health Promotion**. Volume 12 (1). ,pp.38-48.

Ratzan, S.C., Payne, J.G., Bishop, C. (1996). "The Status and Scope of Health Communication". **Journal of Health Communnication**. January-March Volume 1(1). ,p.28.

Ratzan, S. (2002). "Public Health at Risk: Media and Political Malpractice". **Journal of Health Communication.** Volume7, Issue.2.,pp.84-85.

Ray, B.E. (2005). **Health Communication in Practice, A Case Study Approach.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates,Inc.,Publishers.

Redding, A.C, Rossi, S.J, Rossi, R.S., Velicer, F.W., Prochaska, O.J. (2000). "Health Behavior Models". **The International Electronic Journal of Health Education.** (Special Issue), pp.180-193.

Rice, E.R., Atkin, K.C. (2000). **Public Communication Campaigns**. 3rd ed. California: Sage Publications.

Robbins, P.S. (1991). **Essentials of Organizational Behaviour**. (Çev.Dr.Sevgi Ayşe Öztürk). Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Vakıfları Kuruluşu.

Rogers, E., Storey, J. (1987). **"Communication Campaigns"**, Berger ve Chaffee(Ed), Handbook of Communication Science, Newbury Park: Sage.

Rogers, M. E. (2003). **Diffusion of Innovation.** 5th ed. New York: The Free Press.

Rokeach, M. (1969). **Beliefs, Attitudes and Values**. San Francisco: JosseyBass Inc. Publishers.

Rokeach, M. (1973). **The Nature of Human Values**. New York: Free Press.

Rosenberg, M.J., Hovland, C.I. (1960). **Cognitive, Affective, and Behavioural Components of Attitudes**. Connecticut: Yale University Press.

Rosenstock, I.M. (1974). "Historical Origins of the Health Belief Model". **Health Education Monographs.** Volume 2 No:4., pp.328-335.

Rothman, J., Tropman, J. E. (1987). **Models of Community Organization and Macro Practice Perspectives: Their Mixing and Phasing.** 4th ed. Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers.

Ryan, M.P. (2005). "Physical Activity Levels in Young Adult Hispanics and Whites: Social Cognitive Theory Determinants". **Psychology and Health.** December, 20 (86),p.711.

Sabuncuoğlu, Z. (2001). **İşletmelerde Halkla İlişkiler**. 5.bs. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.

Salmon, C. T. & Atkin, C. (2003). **Handbook of Health Communication.** Teresa. L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller, R. Parrott (eds.) London: Lawrence Erlbaum Associates.

Schiavo, R. (2007). **Health Communication From Theory to Practice**. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

Slater, M. D. (1995). **Choosing Audience Segmentation Strategies and Methods for Health Communication**. Edward Maibach-Roxanne Louiselle Parrott (Eds.), Designing Health Messages : Approaches From Communication Theory and Public Health Practice, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Smith, M.B. (1969). **Social Psychology and Human Values**. Chicago: Adline Publishing Company.

Smith, D. R. (2005). **Strategic Planning for Public Relations.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Şahin, A. (2010). "Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunda Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Hakların Niteliği Bağlamında Sağlık Hakkının Kapsamı Üzerine Bir İnceleme". **Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi.** Cilt 59, Sayı 4, s.714.

Şahin, M., Sarı, V.S. (2009). "Basında "Facebook İstismarı" ve Toplumdaki Yansımaları". **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.** Sayı 9, s.52.

Şakar, M. (1994). **1982 Anayasası ve Önceki Anayasalar.** Beta Dağıtım A.Ş.

Şimşek, M.Ş., Akgemici, T., Çelik, A. (1998). **Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış**. 2.bs. Konya: Nobel Yayın Dağıtım.

Seitel, P.F. (1989). **The Practice of Public Relations.** 4th ed. Ohio: Merrill Publishing Company.

Sevimli, G.Ö. (2006). **Kurumsal İletişimde "Blog" Kavramına Yöneltilen Eleştiriler.** Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İletişim Bilimleri Anabilim Dalı. İstanbul: Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.

Tabak, S.R. (2006). **Sağlık İletişimi**. 3.bs. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

TC. Sağlık Bakanlığı **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl** - (Mayıs 1999-Mayıs 2002).

Tekarslan, E., Şencan, H., Kılınç, T. (2000). **Davranışın Sosyal Psikolojisi**. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 278. İstanbul: Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri.

Türk Dil Kurumu (2011). **İlköğretim Okulları için Türkçe Sözlük**. Ankara:TDK Yayınları.

Thomas, R.T. (2006). **Health Communication.** New York: Springer Science+Business Media Inc.

Thompson, J.B. (1995). **Media and Modernity: A Social Theory of the Media.** Stanford: Stanford University Press.

Thompson, L.T. ,Dorsey, M.A. ,Miller, I. K., Parrott, R. (2003). **Handbook of Health Communication.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates,Inc.,Publishers.

Toebes, B. (1999). "Towards An Improved Understanding of the International Human Right to Health". **Human Rights Quarterly,** Volume 21, No:3.,p.662.

Tolan, B., Esen, G., Batmaz, V. (1991). **Sosyal Psikoloji**. İstanbul: Adım Yayıncılık.

Tosun, C. (1999). **Din Hizmetlerinde İletişim ve Halkla İlişkiler.** Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi.

UNESCO. (1980). London: Kogan Page LTD.

Usluata, A. (1994). **İletişim.** İstanbul: İletişim Yayınları.

Ünlü, S. (2004). **Sosyal Psikoloji**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web Ofset.

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L. (2000). "Using the Transtheoretical Model For Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention". **Homeostasis in Health and Disease,** Volume 40, pp.174-195.

Wallack, L. (1990). **"Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches".** C. Atkin & L. Wallack (eds). Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts. Newbury Park, CA: Sage.

Wallack, L. (1996). "Media Advocacy: A Strategy for Empowering People and Communities". **Health Promotion: An Antholohy, USA: Pan American Health Organization Scientific Publication,** No.557.,pp.79-269.

Wusteman, J. (2004). "RSS: The Latest Feed". **Bingley: Emerald Group Publishing LTD. Library Hi Tech,** Volume 22, No. 4.,p.404.

Yılmaz, B. (2003). **"Toplumsal İletişim ve Kütüphane".,** Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. Cilt: 20. Sayı: 2.

Zaybak, A., Fadıloğlu, Ç. (2004). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi". İzmir: Ege Üniversitesi **Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,** 20 (1) ,s.77-95.

Zıllıoğlu, M. (1993). **İletişim Nedir?**. İstanbul: Cem Yayınları.

İnternet Kaynakları:

http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf,(Erişim Tarihi:15.01.2011)

http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx, (Erişim Tarihi :15.01.2011)

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/,(Erişim Tarihi :16.01.2011)

http://www.unicankara.org.tr/index.php?ID=41&LNG=1,(ErişimTarihi: 17.01.2011).

http://www.un-documents.net/alma-ata.htm,(Erişim Tarihi: 17.01.2011).

https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html,(Erişim Tarihi: 18.01.2011).

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/,(Erişim Tarihi: 19.01.2011).

www.who.int/.../jakarta_declaration_en.pdf -(Erişim Tarihi: 05.02.2011).

www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim...aktan/herkes-icin.pdf,(ErişimTarihi: 07.02.2011).

www.ohprs.ca/hp101/print/module3.pdf -,(Erişim Tarihi: 15.02.2011).

www.tuik.gov.tr,(Erişim Tarihi: 22.0.2011).

arsiv.ntvmsnbc.com,(Erişim Tarihi: 25.02.2011).

www.saglikaktuel.com,(Erişim Tarihi: 26.02.2011).

hbogm.meb.gov.tr/.../kursprogramlari/.../iletisim_sureci_ve_turleri,(Erişim Tarihi:26.02.2011).

www.icahdq.org,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

https://panterfile.uwm.edu,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

www.health.gov/Healthy,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

eab.ege.edu.tr/pdf/7/C7-S1-M7.pdf,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

www.saglik.gov.tr,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

www.cancervic.org.au,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

tr.wikipedia.org/wiki/Dergi,(Erişim Tarihi:28.02.2011).

http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/55696.asp,(Erişim Tarihi:04.03.2011).

http://www.memorial.com.tr/web/rss/,,(Erişim Tarihi:04.03.2011).

http://www.sabah.com.tr/Teknoloji/Haber/2011/05/27/inanilmaz-youtube-gercekleri,(Erişim Tarihi:05.03.2011).

www.flickr.com,(Erişim Tarihi:08.03.2011).

en.wikipedia.org/wiki/Persona,(Erişim Tarihi:05.03.2011).

www.tdk.gov.tr,(Erişim Tarihi:05.03.2011).

aile.atauni.edu.tr/.../AtaUniTip10_11Donem2TR_Saglikegitimi.pptx

www.ohprs.ca/hp101/print/module3.pdf -,(Erişim Tarihi: 08.04.2011).

http://www.who.int/whr/2003/en/,(Erişim Tarihi: 17.05.2011).

http://www.cdc.gov/healthcommunication/HealthBasics/WhatIsHC.html, (Erişim Tarihi:17.05.2011).

www.cancervic.org.au,(Erişim Tarihi:22.05.2011).

http://www.healthpromotionagency.org.uk/healthpromotion/health/section5.htm, (Erişim Tarihi:25.05.2011).

http://msucares.com/health/health/appa1.htm,(Erişim Tarihi:01.06.2011).

http://www.nd.edu/~rwilliam/xsoc530/persuasion.html,(Erişim Tarihi:05.06.2011).

http://www.cios.org/encyclopedia/persuasion/Byale_approach1.htm, (Erişim Tarihi:15.06.2011).

http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html,(Erişim Tarihi:10.09.2011).

http://nursingplanet.com/health_promotion_model.html,(Erişim Tarihi:15.10.2011).

www.nursing.umich.edu/faculty/pender/chart.gif ,(Erişim Tarihi: 28.11.2011).

http://www.des.emory.edu/mfp/eff.html,(Erişim Tarihi: 05.12.2011).

http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/page4-8,(ErişimTarihi: 05.12.2011).

http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Levels%20of%20theories/macro/Diffusion%20of%20Innovation%20Theory.doc/, (Erişim Tarihi: 20.12.2011).

http://systemscraft.wordpress.com/2009/12/30/innovation-diffusion-and-innovation-decision-process-model/,(Erişim Tarihi: 20.12.2011).

http://en.wikipedia.org/wiki/Protection_Motivation_Theory,(ErişimTarihi: 20.12.2011).

http://www.addictioninfo.org/articles/11/1/Stages-of-ChangeModel/Page1.html. ,(Erişim Tarihi: 24.12.2011).

www.communicationencyclopedia.com,(Erişim Tarihi: 12.01.2012).

http://rex.nci.nih.gov,(Erişim Tarihi: 12.01.2012).

http://www.unicef.org/turkey/sy2/_mc19.html,(Erişim Tarihi: 15.01.2012).

www.bsm.gov.tr/sunu/docs/ACSAP_demir.ppt,(ErişimTarihi: 22.01.2012).

http://www.buyuyenturkiye.com/haber/hedef-demir-gibi-turkiye-projesi,(Erişim Tarihi: 22.01.2012).

http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-584/demir-gibi-turkiye-projesi--genelgesi-2004--21.html,(Erişim Tarihi: 01.02.2012).

www.abdiibrahim.gov.tr,(Erişim Tarihi: 02.02.2012).

www.roche.com.tr/fmfiles/.../turkiyedenhaberler/bobreksagligi.doc,(Erişim

Tarihi: 02.02.2012).

www.bebegimsagolsun.gov.tr,(Erişim Tarihi: 05.02.2012).

http://www.haberaktuel.com/saglik-bakanligindan-sigarayi-birakana-8.000-ytl-odul-haberi-123130.html,(Erişim Tarihi: 08.02.2012).

www.kalbinisevkirmizigiy.com,(Erişim Tarihi: 15.02.2012).

www.tkd.org.tr,(Erişim Tarihi: 20.02.2012).

www.akilciilac.gov.tr,(Erişim Tarihi: 05.03.2012).

http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/460375.asp#storyContinues,(Erişim Tarihi: 05.03.2012).

www.hastane.com.tr,(Erişim Tarihi: 05.03.2012).

www.tsn.org.tr,(Erişim Tarihi: 05.03.2012).

http://www.cokyasabebek.com/basin_odasi/basin_yemegi.asp,(Erişim Tarihi: 15.03.2012).

http://www.tbb.org.tr/tr/Tbb/Sosyal_Projeler.aspx,(Erişim Tarihi: 15.03.2012).