



Sağlık Bakanlığı

2. ULUSLARARASI SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE İLETİŞİMİ SEMPOZYUMU

GRAND CEVAHİR HOTEL, İSTANBUL
9-11 NİSAN 2013

*Sağlığa Giden Yolda
Engelleri Kaldırıyoruz!*



www.sbusgis.com
www.facebook.com/sbusgis

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Onursal Başkan

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU (Sağlık Bakanı)

Sempozyum Başkanları

Prof. Dr. Nihat TOSUN (T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı)

Prof. Dr. Çağatay GÜLER (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD)

Organizasyon Komitesi

Mine TUNÇEL (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü)

Dr. Kağan KARAKAYA (T.C. Sağlık Bakanlığı SGGM Sağlığın Teşviki Daire Başkanı)

Prof. Dr. Diane DeMuth ALLENSWORTH (C.D.C. – Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)

Doç. Dr. Carl FERTMAN (Pittsburgh Üniversitesi Eğitim Fakültesi)

Doç. Dr. Can BİLGİLİ (İstanbul Ticaret Üniversitesi İletişim Fakültesi)

Mustafa ERATA (T.C Sağlık Bakanlığı SGGM STDB)

Dr. Levent GÖÇMEN (T.C Sağlık Bakanlığı SGGM STDB)

Uzm. Dr. Hakan TÜZÜN (T.C Sağlık Bakanlığı SGGM STDB)

Uzm. Dr. Emine BARAN (T.C Sağlık Bakanlığı SGGM STDB)

Serrin TAŞER (T.C Sağlık Bakanlığı SGGM STDB)

Harika KÖKALAN YEŞİL (T.C Sağlık Bakanlığı SGGM STDB)

SGGM: Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

STDB: Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı

Bakanlık Yayın No: 897

ISBN: 978 - 975 - 590 - 451 - 1

Birinci Baskı: Nisan 2013, Ankara

Baskı: Miki Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.

Adres: Matbaacılar Sit. 560. Sok. No: 27 İvedik / Ankara - Türkiye

Tel: 0312 395 21 28

Fax: +9 0312 395 23 49

Merhaba;

Sağlıklı toplum sağlıklı gelecek hedefiyle iki sene önce düzenlemeye başladığımız Uluslararası Sağlıkın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumunun bu sene ikincisini düzenliyoruz. Amacımız Bakanlığımızın toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yaptığı çalışmalara sağlığın geliştirilmesi alanı güçlendirerek katkı verebilmek.

Sağlığı geliştirmek için yaptığımız her şey sadece işimiz gereği değil, bu bizim hayata karşı duyduğumuz, geleceğimiz için her zaman hissettiğimiz sorumluluğun gereği. Bizlerin farkı bu sorumluluğu omuzlarımızda herkesten daha çok taşıyor olmamız. Öyleki bizim sınırlarımız yok. Bir sağlıklı geliştirme programını okuldada uygulayabiliriz, işyerlerimizde de; mahallemizde de uygulayabiliriz hemen sokağın başındaki çocuk parkında da. Her nerede insan varsa bizim ilgilendiğimiz yer de orası. Hedef gurubumuz dışarısında bırakabileceğimiz hiçbir kimse, hiçbir grup yok. Sorumluluğumuz o kadar büyük.

Sorumluluğumuz kadar avantajlarımız da büyük. Bizim avantajımız programlar planlayabilme, projeler yapabilme ve kampanyalar yürütebilme gücümüz. Bizler uzun vadeli planlar yapabilme şansına sahibiz ve biliyoruz ki yaptığımız her şey az ya da çok karşılığını bulacak ve er ya da geç yanıtını alacaktır. Çünkü bizim asıl gücümüz kişilerin kendi hayatları için doğru kararlar alacaklarına dair duyduğumuz güven. Yaptığımız tüm çalışmalar kişilerin kendi sağlıkları hakkında yetkilendirilmelerini, bu konuda söz sahibi olmalarını ve bu doğrultuda hayatlarına yön vermelerini sağlamak için. İşte sağlığı geliştirmeye dediğimiz şey de tam olarak bu. Sürekli olarak düzenleme, planlama, kontrol ve değerlendirme yapılması gerektiği için en başta bu çok karmaşık gibi gelebilir. Oysa bu görüldüğünden daha basit bir hamle çünkü bu konuda kesin olan bir şey varsa o da şu: İnsanlar sağlıklı bir yaşama sahip olmak istiyorlar ve biz de bunun için çalışıyoruz.

Sağlığı geliştirme çalışmaları ülkemiz için yeni bir çalışma alanı. Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları bir Genel Müdürlük bünyesinde gerçekleştirilmeye başlandı. Genel Müdürlük olarak bir yandan hepimizin bildiği obezite, tütün kullanımı, fiziksel aktivite ve hijyen gibi geniş çaplı kampanyaları yaparken diğer yandan da bu konudaki birikimi arttırmak için uluslararası arenada tanınan bazı kitapların tercümesini üstlendik ve yayınladık, raporlar yazdık ve bunları kitapçıklar haline getirdik, farkındalığı arttırmak için çeşitli yarışmalar düzenledik ve birikimlerimizi paylaşmak için çeşitli toplantılarda sunumlar yaptık. Bu yolda devam edebilmek için, hep bir taşın üstüne ötekine koyabilmek için, ortak akıl yürütebilmek ve artık birlikte üretebilmek için bu sempozyumun ikincisini gerçekleştiriyoruz.

Kendi alanlarında herkesçe tanınan çalışmalarını sunacak olan yurtdışından ve ülkemizden gelen konuşmacılarımızı dinlemek, bizlerle tartışmak, sağlığı geliştirme çalışmalarında birlikte yol alabilmek için hepinizi İstanbul'da düzenlenecek olan "Sağlığı Giden Yolda Engelleri Kaldırıyoruz" temalı sempozyumumuza davet ediyoruz. Siz de aramızda görmek bizleri onurlandıracaktır.

İÇİNDEKİLER

Prof. Dr. Pekka JOUSILAHTI Kuzey Karelia Projesi	55 57
Doç. Dr. Carl FERTMAN Sağlığın Geliştirilmesi Çabalarında Sağlık Eğitiminin Rolü	61 64
Prof. Dr. Sandra Van DULMEN Sağlık Davranışları İnovasyonları ve Davranış Müdahaleleri	71
Prof. Dr. Diane D. ALLENSWORTH Sağlığın Geliştirilmesi Programlarında Hakkaniyet	73 75
Esra TÜZÜN Kamu Sağlığı için Gazetecinin Sorumlulukları	85 89
Esra KAZANCIBAŞI ÖZTEKİN Yeni Medya ve Etik	89 90
John ILLMAN Sağlık Medyası Sağlıklı Yaşam için Neleri Değiştirebilir?	97
Jerril RECHTER Sağlığın Geliştirilmesinde Etkili Medya Uygulamaları	100

Dr. Janet L. COLLINS	107
Sağlıklı İnsanlar	108
Doç. Dr. Sema BECERİKLİ	111
Sağlıklı İletişimin Önündeki Engeller ve Sağlık Enformasyonun Manipülasyonu	113
Doç. Dr. Kasisomayajula VISWANATH	119
Sağlıkta Bilgi Uçurumları ve İletişim	120
Prof. Dr. Kevin WRIGHT	121
Sağlık İletişimi Kampanya Uygulamalarında Farkındalık Oluşturma Stratejileri	124
Tim CHURCH	
Yerel Yönetimlerde Sağlık İletişimi Kampanya Uygulamaları	
Prof. Dr. Jay BERNHARDT	
Sosyal Medya ve Sağlığın Geliştirilmesi	
Doç. Dr. Suzanne SUGGS	
Toplum Sağlığı Gelişiminde Yeni Medya Uygulamanın Rölü	
Dr. Craig LEFEBVRE	
Kamu Sağlığı Amaçlarına Erişim için Mobil ve Sosyal Medya Uygulamaları Üzerine Örnekler	

PROGRAM

9 NİSAN 2013 SALI

09.30 - 11.30

Açılış Konuşmaları

Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Sağlık Bakanı

11.30 - 12.40

Özel Oturum - 1
Sağlığın Geliştirilmesi Programları Dünya Örnekleri

11.30 - 11.35

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Prof. Dr. Nihat TOSUN
Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

11.35 - 12.30

Keynote: Prof. Dr. Pekka JOUSILAHTI
Kuzey Karelia Projesi

12.30 - 12.40

Tartışma

12.40 - 14.00

Yemek Arası

14.00 - 15.45

Oturum - 1
21. yy için Sağlık Davranışı Modelleri – Sağlık Eğitimi

14.00 - 14.05

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

14.05 - 14.35

Doç. Dr. Carl FERTMAN
Sağlığın Geliştirilmesi Çabalarında Sağlık Eğitiminin Rolü

14.35 - 15.05

Prof. Dr. Sandra Van DULMEN
Sağlık Davranışı İnovasyonları ve Davranış Müdahaleleri

15.05 - 15.35

Prof. Dr. Diane D. ALLENSWORTH
Sağlığın Geliştirilmesi Programlarında Hakkaniyet

15.35 - 15.45

Tartışma

15.45 - 16.00

Çay – Kahve Arası

16.00 - 17.15

Oturum - 2
Medyada Sağlık İçerikleri ve Sağlık Okur Yazarlığı

16.00 – 16.05

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Doç. Dr. Can BİLGİLİ
İstanbul Ticaret Üniversitesi İletişim Fakültesi

16.05 - 16.35

Esra TÜZÜN
Kamu Sağlığı İçin Gazetecinin Sorumlulukları

16.35 - 17.05

Esra KAZANCIBAŞI ÖZTEKİN
Yeni Medya ve Etik

17.05 - 17.35

Mine TUNÇEL
Sağlığın Geliştirilmesinde Medya Kampanyalarının Yönetimi

10 NİSAN 2013 ÇARŞAMBA

09.30 - 10.45

Oturum - 3
Sağlıklı Yaşam İçin Medyanın Rolü ve Etkisi

09.30 – 09.35

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Yrd. Doç. Dr. Mustafa AKSOY
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı

09.35 - 10.05

John ILLMAN
Sağlık Medyası Sağlıklı Yaşam İçin Neleri Değiştirebilir?

10.05 - 10.35

Jerril RECHTER
Sağlığın Geliştirilmesinde Etkili Medya Uygulamaları

10.35 - 10.45

Tartışma

10.45 - 11.00

Çay – Kahve Arası

11.00 - 12.40

Özel Oturum - 2
Sürdürülebilir Sağlıklı Toplum İçin Örnek Çalışma:
Healthy People 2020

11.00 – 11.05

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Prof. Dr. Diane D. ALLENSWORTH
Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC)

11.05 - 12.20

Keynote: Dr. Janet L. COLLINS

12.20 - 12.40

Tartışma

12.40 - 14.00

Yemek Arası

14.00 - 15.15

Oturum - 4
Sağlık İletişiminde Değişen Stratejiler

14.00 – 14.05

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Doç. Dr. Turan BUZGAN
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

14.05 - 14.35

Doç. Dr. Sema BECERİKLİ
Sağlık İletişiminin Önündeki Engeller ve Sağlık Enformasyonun
Manipülasyonu

14.35 - 15.05

Doç. Dr. Kasisomayajula VISWANATH
Sağlıkta Bilgi Uçurumları ve İletişim

15.05 - 15.15

Tartışma

15.15 - 15.30

Çay - Kahve Arası

15.30 - 16.45

Oturum - 5

Sağlık İletişimi Uygulamalarında Gelişen Yaklaşımlar

15.30 - 15.35

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Erdoğan AKTAŞ
atv ve a Haber Genel Yayın Yönetmeni

15.35 - 16.05

Prof. Dr. Kevin WRIGHT
Sağlık İletişimi Kampanya Uygulamalarında Farkındalık Oluşturma
Stratejileri

16.05 - 16.35

Tim CHURCH
Yerel Yönetimlerde Sağlık İletişimi Kampanya Uygulamaları

16.35 - 16.45

Tartışma

11 NİSAN 2013 PERŞEMBE

09.30 - 11.15

Oturum - 6

Yeni Medya, Dijital Gelişmeler ve Sağlık İletişimi

09.30 - 09.35

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Prof. Dr. Selahattin YILDIZ

11.30 - 12.40

Özel Oturum - 3 EXPO 2020

11.30 – 11.35

Oturum Tanıtımı

Moderatör: Ömerül Faruk KOÇAK
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
EXPO Yürütme Kurulu Üyesi

11.35-12.30

Konuşmacılar:
EXPO 2020 İZMİR

12.30 - 12.40

Tartışma

12.40 - 13.00

Değerlendirme ve Kapanış

13.00 - 14.00

Yemek



09.35 - 10.05	Prof. Dr. Jay BERNHARDT Sosyal Medya ve Sağlığın Geliştirilmesi
10.05 - 10.35	Doç. Dr. Suzanne SUGGS Toplum Sağlığı Gelişiminde Yeni Medya Uygulamalarının Rolü
10.35 - 11.05	Dr. Craig LEFEBVRE Kamu Sağlığı Amaçlarına Erişim İçin Mobil ve Sosyal Medya Uygulamaları Üzerine Örnekler
11.05 - 11.15	Tartışma
11.15 - 11.30	Çay – Kahve Arası

PROF. DR. PEKKA JOUSILAHTI

1955 doğumlu Profesör Pekka Jousilahti Kuopio Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1979'da mezun olmuş, epidemiyoloji ve halk sağlığı alanlarında MPH ve PhD almıştır. Mezuniyetin ardından, Finlandiya ve İsveç'te çalışmış ve Genel Tıp ve Sağlık Bakım Hizmetleri İdaresi alanında uzmanlığını almıştır. 1987'den 1989'a kadar, DSÖ Batı Pasifik Bölgesi için Papua Yeni Gine'de bağışıklama ve ishal programlarının ana sorumlusu olarak uzman yardımcısı sıfatıyla çalışmıştır. 1991'de, Finlandiya Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü'ne (KTL) katılmıştır. Bu kurum daha sonra 2009 yılı itibariyle Ulusal Sağlık ve Refah Enstitüsü (THL) adını almıştır (www.thl.fi). KTL'de, epidemiyoloji ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi-i halk sağlığı ve araştırma faaliyetlerinin ana konusu haline gelmiştir. 2006'da, Kronik Hastalıkların Önlenmesi Bölümüne Araştırma Profesörü olarak atanmıştır.

1990'larda, doktor Jousilahti, kardiyovasküler ve diğer kronik hastalık risk faktörleri temelli geniş popülasyon temelli anket çalışması olan ulusal FINRISK Çalışması'nı koordine etmiştir ve o zamandan itibaren, FINRISK Yönetim Kurulu üyeliği ve obezite ile fiziksel aktivite ve kanser konulu iki araştırma grubunun liderliğini yapmaktadır. FINRISK Çalışması'nın kökenini, Doğu Finlandiya'da 1970'lerin başında başlatılmış geniş kapsamlı toplum temelli bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü programı olan Kuzey Karelia Projesi oluşturmaktadır. İlk çalışma 1972'de başlamıştır ve bu tarihten itibaren, sonuncu-

su 2012'de olmak üzere, bu çalışma her beş yılda bir gerçekleştirilmektedir. FINRISK Çalışması, dünyadaki popülasyon temelli bulaşıcı olmayan hastalıklara dair risk faktörü çalışmalarından birisidir ve WHO MONICA Çalışması, WHO STEPS Anketleri ve Avrupa Birliği Sağlık İnceleme Anketleri (HES) (www.ehes.info) gibi birçok uluslararası çalışmaya örnek teşkil etmiştir.

Profesör Jousilahti uluslararası hakemli dergilerde 250'den fazla bilimsel makale yayımlamıştır. Ana araştırma konuları epidemiyoloji, kardiyovasküler hastalıklar ile tip 2 diyabet, solunum yolu hastalıkları – astım ve özellikle alerji ve farklı türlerdeki kanser türlerinin risk faktörleri gibi diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesidir. Obezite ve fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkileri son yıllarda Profesör Jousilahti'nin özel ilgi alanını oluşturmaktadır. Ancak diğer davranışsal, biyolojik risk faktörleri ve kronik hastalık riskiyle ilgili genetik faktörleri de incelemiştir. Çeşitli araştırma işbirliği gruplarının üyesidir.

Profesör Jousilahti Uluslararası Halk Sağlığı Enstitüleri Birliği'nin (IANPHI) kurucu işbirlikçilerinden birisidir ve 2006 ile 2010 arasında, Birliğin Genel Sekreterliği'ni yapmıştır. 2006'daki kuruluşu sırasında, IANPHI'nin 25 üye kuruluşu varken şu anda bu sayı 80 üyeyi geçerek hem kalkınmış hem de kalkınmakta olan ülkeleri yani tüm dünyadaki kurumları temsil eder hale gelmiştir (www.ianphi.org). 2009'da, IANPHI Gates Vakfı'ndan 20 milyon dolar almıştır.

Kariyeri sırasında, Profesör Jousilahti WHO, Dünya Bankası ve Avrupa Birliği de dahil olmak üzere çeşitli uluslararası kurumlar için halk sağlığı uzmanı olarak çalışmıştır. Umman, Letonya, Bosna-Hersek, Çin, Filipinler, Viyetnam ve Tonga gibi birçok ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve diğer halk sağlığı programlarında planlama, uygulama ve değerlendirme çalışmalarına katılmıştır. 2010'dan itibaren, Amerikan Milenyum Challenge Corporation (www.mcc.gov) tarafından finanse edilen, geniş kapsamlı hastalık önleme ve kontrol programı olan MCA Moğolistan Projesi'nde Kilit Uzmanlık yapmaktadır.

pekka.jousilahti@thl.fi

Finlandiya’da Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Başarıyla Önlenmesi: Kuzey Karelia Projesi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) endüstrilemiş ülkelerde sağlık yükünün büyük bir bölümünü oluşturmakta, diğer ülkelerde de hızla artmaktadır. Ancak, aynı zamanda sağlık çalışmalarında en büyük kazanımların elde edilebileceği alanı da teşkil etmektedirler. Çoğu gelişmiş ülkelerde ölümlerin dörtte üçünün sebebi kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik solunum rahatsızlıkları, kazalar veya diğer şiddet olayları gibi BOH’lardır. Son birkaç on yılda gerçekleştirilen tıbbi araştırmalar ve kamu sağlığı araştırmaları ana BOH’ların sebeplerini ve bunların altında yatan mekanizmaları irdelemiştir. Başlıca yaşam tarzı etkenleri olarak sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, fiziksel aktivitenin az olması, aşırı alkol tüketimi ve psikolojik stres tespit edilmiştir. BOH’ların önlenmesi ile ilgili ana soru artık “ne yapılması gerektiği” değil, “nasıl yapılması gerektiğidir”. Bu nedenle, en önemli konu gerçek hayatta etkin bir önleme sağlamak için mevcut bilgilerimizi nasıl kullanacağımızdır.

İkinci dünya savaşı öncesinde Finlandiya çok fakir bir ülkeydi. Tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar çok yaygındı ve ana sağlık sorunları arasında yüksek çocuk ve anne ölümleri yer alıyordu. Savaştan sonra, yaşam standartları yaşıca yükseldikçe, bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındı ve kamu sağlığı gelişti. Ancak, kronik hastalıklar ortaya çıktı. Akciğer kanseri ve özellikle koroner kalp hastalığı olmak üzere kalp ve damar hastalıkları arttı. Bu hastalıklardan

kaynaklanan ölümler, oldukça genç erkeklerde bile yaygınlaştı. 1960'lı yıllarda Finlandiya'daki koroner kalp hastalıkları kaynaklı ölümlerin oranı o zaman için dünyada bilinen en yüksek seviyeye ulaştı. Ayrıca, ülkenin değişik bölgeleri arasında kalp hastalıkları kaynaklı ölüm oranı belirgin farklar gösteriyordu. En yüksek ölüm oranları Finlandiya'nın doğusunda yer alan Kuzey Karelia eyaletinde görülüyordu.

Kuzey Karelia Projesi yerel toplumun ve siyasi liderlerin talebi üzerine 1972 yılında başlatıldı. Projenin ana amacı, kalp ve damar hastalıklarının oranını ve bunlardan kaynaklanan ölümleri sadece yüksek risk altındaki bireyler arasında değil, nüfusun tamamında toplum çalışmaları uygulayarak azaltmaktı. Daha sonra proje diğer BOH'ları da kapsayacak şekilde genişletildi. BOH epidemilerinin kaynağında sağlıklı yaşam tarzları yatmaktadır ve toplumun büyük bir kısmı az dahi olsa risk altındadır, bu nedenle hastalık oranlarında kapsamlı bir azalma sağlanması için ilgili yaşam tarzlarında yaygın değişiklikler yapılması gerekmektedir. Diğer taraftan, yaşam tarzının kompleks bir şekilde toplumun içine gömülü olması nedeniyle, yaşam tarzlarında büyük değişikliklerin yapılması ancak toplumdaki sosyo-ekonomik determinantların bir şekilde değiştirilmesi ile mümkün olabilir.

Birinci basamak hastalık önlemede, müdahale edilecek ana risk faktörlerinin seçimi tıp literatürü ve epidemiolojik çalışmalar kullanılarak gerçekleştirilir. Kuzey Karelia Projesi örneğinde, projenin başlatıldığı 1970'li yıllarda bu seçim gayet kolay olmuştur: Serum kolesterol, tansiyon ve sigara içme oranı Kuzey Karelia erkekleri arasında çok yüksekti, ayrıca sigara içme oranı kadınlarda da yüksekti. Devam eden dönemde, obezite ve sedanter yaşam tarzlarının önlenmesi de proje hedefleri arasında yer aldı. Hedef risk faktörlerinin seçilmesini takiben programın müdahale stratejisinin belirlenmesi gerekir. "Yüksek risk" yaklaşımı veya "klinik" yaklaşım, taramalar ve klinik muayeneler yoluyla önemli derecede yüksek risk faktörü seviyesine sahip kişileri tespit etmeye ve bu kişilere yaşam tarzlarını değiştirme yoluyla, sıkça da farmakolojik ilaç tedavisi ile müdahale etmeye çalışır. Buna karşılık, "nüfus" veya "toplum" stratejisi, genellikle yaşam tarzı değişikliklerini teşvik ederek ve toplumun yaşam tarzındaki sosyo-ekonomik determinantlar üzerine etki ederek nüfusun tamamının genel risk faktörü profilini değiştirmeye çalışır.

Bir yandan, bireyin risk faktörü seviyesinin artması paralelinde koroner kalp hastalığı riski de artarken ki bu klinik uygulamalar açısından önemlidir, diğer taraftan yüksek klinik risk faktörü seviyelerine sahip bireylerin, nüfusun genelinde ortaya çıkan vakaların sadece küçük bir bölümünü teşkil ettiğini anlamak gerekir. Vakaların çoğu sadece orta seviye risk faktörüne sahip kişiler arasında ortaya çıkar ve sayıları çok daha az sayıda olan yüksek riskli bireyler-

den daha fazladır, ancak bu kişiler genellikle birden fazla alanda risk altındadır. Bu nedenle, epidemioloji ve kamu sağlığı noktasından konuya bakıldığında, toplumdaki BOH oranlarında önemli bir düşüş, ancak birden fazla yaygın risk faktörünün seviyesinde kapsamlı bir azalma ile başarılabilir. Bunun için, toplumdaki yaygın risk faktörlerinin seviyelerine etki etme ve böylece BOH oranlarını düşürme potansiyeline sahip, sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesine yönelik toplumun tamamını kapsayan çalışmaların yapılması gerekir. Bu tür yaşam tarzı değişiklikleri, geniş bir yelpazedeki BOH sahibi kişiler açısından yararlı olurken, bir yandan da daha genel olarak, sağlığı ve güvenliği geliştirme ihtimali yüksektir.

Bu paralelde, Kuzey Karelia Projesi başlangıcından itibaren toplum tabanlı bir strateji benimsemiştir: Örneğin, nüfusunun tamamının risk faktörü profiline etki edebilmek için toplumsal aktiviteler gerçekleştirilmiştir. Amaç, sınırlı sayıdaki yüksek risk altındaki bireylerin değil, Kuzey Karelia nüfusunun tamamının yaşam tarzının değiştirilmesi olmuştur. Daha teknik ifadelerle görev, risk dağılımının sadece “yüksek risk” tarafına etki etmek değil, tüm risk faktörü dağılım grafiğini sola kaydırmaktır.

Toplumda sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesi ve risk faktörlerinin değiştirilmesine yönelik programın tanımlanmasından sonra yapılması gereken, davranışsal ve sosyal bilimlerin kullanılmasını temin etmektir. Uzun yıllar boyunca tıbbi uygulamalar, hastalıklara neden olan davranış etkenlerinin belirlenmesini takiben sadece ilgili bireyleri bilgilendirmenin, durumun iyileştirilmesi için yeterli olacağı varsayımı temeline dayandırılmıştır. Ancak, birçok çalışma ve cari uygulamalar bunun nadiren geçerli olduğunu göstermiştir. Davranışlar, sosyal ve fiziksel çevre ile karmaşık bir yapı içerisindedir.

Sağlıkla ilişkili yaşam tarzları büyük oranda sosyal kuvvetler ve çevresel etkenler tarafından belirlenir. Toplumdaki hastalık oranlarında büyük gelişmeler yapmayı hedefleyen çalışmalar çevresel kuvvetler ve kurgularla da mücadele etmek zorundadır. Bir toplumdaki risk faktörü seviyelerini değiştirmenin doğal ve en etkili yolu toplum üzerinde çalışmaktır: Faaliyetlerin hedefinde bireyler değil toplumun tamamı yer almalıdır.

Uygulama, Kuzey Karelia Projesi bölgenin mevcut hizmet altyapısına ve sosyal kuruluşlarına entegre edilmiştir. Gerçekleştirilen tatbiki müdahale aktiviteleri dört ana kategori altında gruplandırılabilir: (1) Medya aktiviteleri, (2) Sağlık hizmetleri aktiviteleri (özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri), (3) Sosyal eylem aktiviteleri (kampanyalar ve değişik toplum örgütleri ile ortaklık içerisinde gerçekleştirilen aktiviteler) ve (4) Çevre ve politika aktiviteleri (ulusal

mevzuat, toplumsal planlama, özel sektörle işbirliği). Projenin başlangıcında üç özel hedef program oluşturulmuştur: (1) sigarayı bıraktırma, (2) kolesterol düşürücü besinler, (3) kan basıncını düşürme (temelde, farmakolojik olmayan müdahaleleri vurgulayarak). Sonraki yıllarda, boş zamanlarda fiziksel aktivitenin artırılmasına daha fazla vurgu yapılmış ve sağlığın geliştirilmesinin diğer yönleri de (psikolojik yönleri, obezitenin önlenmesi, alkol tüketimi) dahil edilmiştir. Projenin yıllardır devam eden sürecinde müdahalelerde, risk faktörü ve sağlık hizmeti odaklı müdahaleden daha çok, sağlığın geliştirilmesi ve toplumun harekete geçirilmesi odaklı müdahalelere doğru gelişen genel bir trend gözlenmiştir.

Kuzey Karelia müdahalelerinin etkilerini ve müdahalelerden edinilecek dersleri maksimuma çıkarmak için, planlama safhasında projenin bilimsel olarak değerlendirilebilmesine de karar verilmiştir. Değerlendirme kategorileri olarak şunlar seçilmiştir: (1) yapılabirlik/performans, (2) etkiler (davranışlar ve risk faktörleri, hastalık oranları ve ölüm oranı), (3) süreç, (4) maliyet ve (5) diğer etkiler. Etki analizi, proje hedeflerinin ne derece gerçekleştirilebildiğini değerlendirmiştir. Etki analizi özellikle iki soruya cevap vermiştir: (1) hedef davranışlar ve risk faktörleri değişmiş midir? (2) bu değişiklikler ile BOH ve ölüm oranları arasında bir ilişki var mıdır?

Projenin hedefinde toplumun tamamı yer aldığı için, nüfusun tamamını temsil eden bilgiler toplanmıştır. Proje ilk başlatıldığında ve takiben periyodik olarak, nüfusu temsil eden örnek araştırmalar yoluyla, sağlık davranışları ve biyolojik risk faktörleri hakkında sistematik veri toplanması gerekmiştir. Kuzey Karelia Projesi başlangıç araştırması 1972 yılında gerçekleştirilmiş ve o zamandan beri her beş yılda bir tekrarlanmıştır. Yıllar geçtikçe, Finlandiya'nın tamamını daha fazla karakterize etmesi amacıyla, araştırma bölgesi Finlandiya'nın doğusundan Finlandiya'nın bölgelerine genişletilmiştir. Araştırmaya artık Ulusal FRISK araştırması denmektedir. Ülkedeki risk faktörlerinin izlenmesinde büyük bir araç olmuştur. Hastalık ve ölüm oranlarına ilişkin veri, temel olarak ulusal hastane verileri ve ölüm kayıtlarından toplanmıştır, ancak daha detaylı analiz yapılması ve rutin olarak kaydedilen verilerin doğrulanabilmesi amacıyla özel miyokard infarktüsü ve kalp krizi kayıtları da geliştirilmiştir.

Tablo 1'de, Kuzey Karelia'da yaşayan 30 ila 59 yaş aralığındaki erkek ve kadınların ana risk faktörlerinin 1972 ile 2012 arasındaki değişimi gösterilmiştir. Erkekler arasında sigara içme oranı %52'den %27'ye düşmüştür. Finlandiya'nın doğusunda, 1970'lerde kadınlar arasında sigara içme oranı çok düşükken, 80'lerde ve 90'larda oran %20 seviyesine yükselmiştir. 1970'lerde kadınlarda ve erkeklerde serum kolesterol seviyesi çok yüksek seviyede, neredeyse 7 mmol/L seviyesinde olmuştur. Takip eden 25 yıl içerisinde belirgin bir düşüş

gözlendi. Kolesterol seviyelerinin düşmesi temel olarak beslenme alışkanlıklarının değişmesiyle açıklanmıştır. Doymuş yağ ve diyet kolesterol tüketiminin azalması, kolesterol düşürücü ilaçların kullanımı, düşüşte küçük bir rol oynamıştır. 2012 yılında yapılan son araştırmada, düşük karbonhidratlı (aynı zamanda doymuş yağ oranı yüksek) diyetlerin popüler olması nedeniyle serum kolesterol seviyelerinde küçük bir yükselme gözlemlenmiştir. Tuz (sodyum klorür) tüketiminin azaltılmasının ve diğer yaşam tarzı ve diyet değişikliklerinin, kısmen de daha etkili hipertansiyon ilaç tedavilerinin sonucu olarak kan basıncı seviyeleri de çok belirgin bir oranda azalmıştır.

Son ve önemli soru, risk faktörlerinin düşmesi sonrasında koroner kalp hastalığı ve ölüm oranlarında düşme yaşanıp yaşanmadığıdır. 1960'ların sonlarında Kuzey Karelia bölgesindeki ölüm oranları ülkenin diğer bölgelerine göre çok daha yüksek olmuştur. 1969 yılından 2011 yılına gelindiğinde çalışma yaşındaki (35-64) erkekler arasında koroner ölüm oranı Kuzey Karelia'da %87 azalmış (710/100000'den 97/100000'e), Finlandiya'nın tamamında ise %83 azalmıştır (497'den 85/100000'e). Birçok analiz, ölüm oranındaki azalmanın büyük kısmının, nüfusun risk faktörü seviyelerinde gözlemlenen düşüşten kaynaklandığını göstermiştir. Risk faktörleri tek başına ele alındığında, en büyük etkiye serum kolesterol seviyesindeki azalma sahiptir. Bu nedenle, ölüm oranındaki düşüşün büyük bölümünün birinci basamak önleme ile açıklanması muhtemeldir, ancak olumlu gelişmelere tıbbi tedavilerdeki eş zamanlı gelişmelerin de katkısının olduğu varsayılabilir.

Aynı zaman aralığında sadece koroner kalp hastalıklarına dayalı ölüm oranı azalmamış, diğer BOH kaynaklı ölüm oranları da belirgin şekilde azalmıştır. Kalp krizi ölüm oranı %69, kanser ölüm oranı %67 ve toplam ölüm oranı %63 azalmıştır. Erkekler arasında sigara alışkanlığının önemli derecede azalması, diğer kanseri kaynaklı ölüm oranını başlangıçtaki seviyesinin beşte birine indirmiştir. Bundan başka, kişilerin sağlık durumlarına ilişkin öz değerlendirmeleri de önemli derecede iyileşmiştir. 1972 yılında Kuzey Karelia nüfusunun üçte birinden fazla sağlıklı durumlarında iyi ve çok iyi olduğunu belirtirken, 1997 yılında bu oran yaklaşık üçte iki olmuştur.

Kuzey Karelia Projesi'nin başlangıçtaki amacı Kuzey Karelia bölgesinde beş yıl önce bir dönem (1972-1977) boyunca kapsamlı bir önleyici müdahale çalışması gerçekleştirmek olmuştur. Bu açıdan Kuzey Karelia Projesi, Finlandiya'nın tamamı açısından pilot bir proje olarak görülmüştür. Bu dönemin sonunda birçok olumlu gelişme gözlemlenmiştir. Bu nedenle, ulusal makamlar tarafından Proje'den elde edilen tecrübelerin ulusal çapta hayata geçirilmesine başlanması, aynı zamanda da Kuzey Karelia'daki projenin ulusal bir "gösterim" veya tüm ülke için "model" bir proje olarak devam ettirilmesi kararı alınmıştır. Ulusal

ilgi, Kuzey Karelia Projesi'nin sürdürülmesine, Kuzey Karelia'daki gözlenebilir örnekler de ulusal çalışmalara yardımcı olmuştur. Son 20 yıl içerisinde, Kuzey Karelia Projesi sadece Finlandiya için değil, tüm dünya için BOH önleme modeli haline gelmiştir.



DOÇ. DR. CARL FERTMAN

PhD, MBA, MCHES dereceli Carl I. Fertman doçent doktor olup Pittsburg Üniversitesi Eğitim Bilimleri Okulu'nda Adölesan Potansiyelinin Maksimize Edilmesi Programı'nın idari direktörüdür. Sağlığın geliştirilmesi programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi; sağlık teorisi ve sağlık danışmanlığı konularında ders vermektedir. Uzmanlık alanları sağlığın geliştirilmesi programlarının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi; çocuk ve adölesan ruh sağlığının geliştirilmesi ve iş yeri sağlığının geliştirilmesidir. Araştırmaları sağlık programlarının etkililiğine odaklanmaktadır. Böylelikle okullardaki, toplumdaki ve işyerlerindeki çocukların, adölesanların ve yetişkinlerin ihtiyaçlarını ele almaktadır.

Dr. Fertman'ın yerel, eyalet, ulusal ve uluslar arası düzeylerde sağlığın geliştirilmesi alanında 30 yıldan fazla deneyimi bulunmaktadır. Philadelphia Temple Üniversitesi'nde master yaparken, Dr. Fertman'ın iş yerlerinde madde istismarı önleme konulu ilk araştırma ve program geliştirme çalışmasına katılma fırsatı olmuştur. Temple'dan mezun olduktan sonra, madde bağımlılığı alanında yarı yol evi yöneticisi, meslek danışmanlığı ve ayaktan hasta danışmanlığı yapmıştır. Philadelphia'da ergenler ve genç yetişkinlerle çalışmıştır. 1970'lerin sonunda, Dr. Fertman Şili'de Barış Gücü'nde çalışmıştır. Ergenler ve genç yetişkin özel

eğitim popölasyonları için Şili’de mesleki eğitim programları geliştirmiştir.

Barış Gücü’nden döndükten sonra, Dr. Fertman Pittsburgh’daki uyuşturucu ve alkol programı direktörü olarak çalıőtıő ve aynı üniversitede Rehabilitasyon Danıőtmanlıđı doktora programın baőtlamıőtır (Ph.D., 1986).

1990’larda, Dr. Fertman TVS Koalisyon Ağı baőt değerlendirmecisiydi. Bu ağ, Amerikan Sağlık ve Beőtleri Hizmetler Bakanlığı, Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi’nce desteklenen, küçük çelik kasabalarında alkol ve diğer uyuşturucu maddelerin istismarını önlemek için oluşturulan toplum ortaklıklarının etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan bir projeydi. Eőt zamanalı olarak, Dr. Fertman Pennsylvania Öğrenme Değerlendirme Ağı direktörlüğü yapmıştır ve öğrencilerin akademik hedeflerine ulaőtması için gönüllü hizmet faaliyetlerinin kullanımını araştırmıştır. 2000’li yıllarda, Dr. Fertman was the principal investigator of the Pennsylvania Öğrenci Yardım Programı Değerlendirme baőt araőtırmacısı ve Pittsburgh Öğrenci Yardım Programı Araştırma Ulusal Merkezi Direktörlüğü yapmıştır. Pennsylvania Öğrenci Yardım Programı Pennsylvania Eğitim, Sağlık ve Halk Sağlığı Bakanlıkları, okullar, öğrencilerin öğrenim hayatlarındaki madde istismarı ve ruh sağlığı sorunlarıyla ilgili engelleri ele alan yerel toplum kurumlarının iőtbirliđidir.

Son dönemde, Dr. Fertman Pittsburgh Üniversitesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans Enstitüsü, Halk Sağlığı Uygulamaları Merkezi ile çalıőtıőtır. Pennsylvania ve Ohio Halk Sağlığı İőt gücü Geliştirme Merkezleri Pittsburgh Üniversitesi Hazırlık Merkezi’ne uygulamalarda yardımcı olmuştur. Dr. Fertman sağlık statüsünün iyileőtirilmesinde okul ve toplum iőtbirliđi ve bunun gençlerin akademik başarıları üzerindeki etkisiyle konularında geniőt kapsamlı eserler yazmıştır. Dr. Fertman 80’den fazla mesleki makaleye yazarlık yapmıştır. Yakın dönemde yayımlanan kitabının adı: Student-Athlete Success: Meeting the Challenges of College Life (Öğrenci-Atlet Başarıő: Üniversite Hayatı Zorluklarıyla Tanıőtma). Dr. Fertman Dr. Diane Allensworth ile birlikte Halk Sağlığı Eğitimi Birliği (SOPHE) için Health Promotion Programs from Theory to Practice (Teoriden Uygulamaya Sağlık Geliştirme Programları) kapsamında eőt editörlük yapmıştır. 2012’de, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, bu metni Türkçe’ye çevirmıőtir. Dr. Fertman’ın bir sonraki kitabı Promoting Child and Adolescent Mental Health (Çocuk ve Adolesan Ruh Sağlığınınin Geliştirilmesi) Mayıs 2013’te yayımlanacaktır (<http://www.jblearning.com/catalog/9781449658991/>).

2007’de, Dr. Fertman Pittsburgh Üniversitesi Eğitim Faköltesi Devletle İliőt-kiler, Eğitimsel Doktora Derecesi (EdD Programı) yönetiőtini, akademik iőtleri ve tasarımı komitelerine seçilmiştir. Akademik İőtler Komitesi’nde akademik programlar, kurslar, müfredat ve mesleki hazırlık (meslek öncesi) için öğretim

metotlarının gözetimi ve incelenmesi, lisans ve yüksek lisans (Masters, Ph.D, Ed.D) düzeylerinde kariyer geliştirme konularına bakmaktadır. Sınıf, idari ve online (web temelli öğretim), eğitim teknolojileri ve uygulamaları gibi çeşitli formatlarda çalışmalar yapmaktadır. Şu anda, bir kurum (örn. hastane, halk sağlığı kuruluşu, okul veya iş yeri) için işbirliği projesi üreten öğrencilerle bir kohort model kullanarak, Doktora konusunda Carnegie İnisiyatifiyle işbirliği içerisinde yeni bir Ed.D programı planlamak, uygulamak ve değerlendirmek için Ed.D Tasarım Komitesi'nde çalışmaktadır.

carl@pitt.edu

Tablo 1 (TABLO 1.3) Sağlık Alanında Bilinçlendirme Programlarının Birleşenleri

Aşağıdakileri iletirmek amacıyla sağlık eğitimi	Aşağıdakileri desteklemek amacıyla çevresel faaliyetler
Sağlık bilgisi Sağlık tutumları Sağlık becerileri Sağlık davranışları Sağlık göstergeleri Sağlık durumu	Taraftarlık Çevresel değişiklik Mevzuat Politik zorunluluklar, yönetmelikler Kaynak gelişimi Sosyal destek Mali destek İşbirliği gelişimi Örgütsel gelişim

SAĞLIK ALANINDA BİLİNÇLENDİRME ÇALIŞMALARINDA SAĞLIK EĞİTİMİNİN ROLÜ

Sağlığa yönelik bilinçlendirme çabalarında sağlık eğitiminin görevi, sağlık konusundaki davranışların değişimine ve Türk vatandaşlarının daha iyi yaşam kalitesine sahip olmalarına sebep olacak araçlar sağlamaktır. Sağlık alanında bilinçlendirme programları, sağlıklı olmayı ve herkesin iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasını teşvik etmek amacıyla hem sağlık eğitimini hem de çevresel faaliyetleri kullanmaktadır. Tablo 1'de (TABLO 1.3) sağlık alanında bilinçlendirme programlarının birleşenleri sıralanmaktadır.

Tablo 2 (TABLO 12.2 Sayfa 328) Birleşik Devletler Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları

1. Öğrenciler sağlıklı olabilmek için sağlık bilinci ve hastalıklardan korunma konularındaki kavramları anlayacaktır.
2. Geleneksel olarak sağlık eğitimi okul ortamlarında sağlık eğitimleri ve sağlık çalışanları tarafından hasta eğitimleri ile özdeşleştirilir. Örnek olarak, Birleşik Devletler de Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları sağlık eğitimine yönelik ve diğer etkenlerin etkilerini analiz edecektir.
3. Öğrenciler sağlıklı olabilmek için gerekli bilgi, ürün ve hizmetlere erişim becerilerinin okuyup müfredatı, eğitimi ve değerlendirilmesi için devlet ve yerel teşebbüsler adına bir gösterge olarak kaydedilmeye devam etmektedir. Mevcut bulunan sekiz ulusal standart (Tablo 2, TABLO 12.2 Sayfa 328) öğrencilerin sağlıklı yaşam için gerekli davranışlarda bulunmalarını ve sağlık risklerinden kaçınmaları için gerekli olan önemli kavramları, becerileri ve tutumları tanımlamaktadır. Her bir standart öğrencilerin bilmesi gereken veya her bir standartta ulaşıldığını göstermeler için öğrencilerin benimsemeleri gereken inançlar, değerler ve normlar ile ilgili kilit kavram ve becerileri tanımlayan performans göstergeleri vardır.
4. Öğrenciler sağlıklı olmak için amaç belirleme becerilerini kullanabildiklerini göstereceklerdir.
5. Öğrenciler sağlıklı olmaya ve sağlık risklerinden kaçınmaya ve bunları azaltmaya yönelik davranışları sergileyebildiklerini göstereceklerdir.
6. Öğrenciler kişisel ve aile sağlığını ile halk sağlığı bakımından taraflı becerilerini göstereceklerdir.
7. 1. Ulusal Sağlık Eğitimi Standartı öğrencilerin sağlıklı davranışlarda bulunabilmeleri için gerekli fonksiyonel bilgileri vurgulamaktadır. 2, 3, 4, 5, 6 ve 7. standartlar öğrencilerin sağlıklı olmalarını sağlayacak davranışlarda bulunabilmeleri için gerekli becerilerin altını çizmektedir. 8. standart, öğrencilerin kişisel ve aile sağlıklarını ile halk sağlığı yanından tavır almaları için gerekli taraftarlık unsurlarını vurgulamaktadır.

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı mevcut sağlık eğitimi programının bir örneğidir. Benzer biçimde Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı da özellikle okullarda sağlığın bazı yönleri konusunda duyarlılık artırmaya yönelik sağlık eğitim faaliyetlerinde bulunmaktadır. Okul Eğitimi Projesi okullarda tarama faaliyetleri sürdürmektedir ve öğrencilere temel sağlık eğitimi vermektedir. Ayrıca çeşitli projelerden söz edebiliriz. Bunlar; ağız ve diş sağlığı eğitimi projesi; cinsel davranış, dengeli beslenme, fiziksel faaliyet, alkol, tütün ve diğer madde kullanımalarının zararları konularında ergen eğitim projesi; uyuşturucu bağımlılığı kontrol projesi ve okul çağı çocuklarına yönelik ilk yardım eğitim projesidir. Farklı illerin okullarında hijyen programları da mevcuttur.

İkinci geleneksel tipte sağlık eğitimi, sağlık çalışanları ve diğerlerinin hastalara sağlıklı olabilmeleri amacıyla sağlığa yönelik davranışlarında değişime yol açma süreci sağlayan hasta eğitimidir. Hasta eğitiminin önemli unsurları beceri geliştirme ve sorumluluktur: Hastalar yaşam biçimlerinde değişiklikler yapmaya ne zaman ihtiyaçlarının olduğunu bilmelidirler. Hasta eğitimi (sağlık eğitimi), sağlık sistemleri karmaşıklıkça daha da önem kazanmıştır.

Sağlık alanında bilinçlendirmenin bir parçası olarak sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin ve sağlık hizmetlerine ihtiyaçların artması nedeniyle son yıllarda değişiklik göstermiştir. Değişim uluslararası boyutlarda olup Birleşik Devletler’de ve Türkiye’de mevcuttur. 21. Yüzyılda Sağlığın Teşvik Edilmesi üzerine Jakarta Deklerasyonu (WHO-Dünya Sağlık Örgütü 1997), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003, Tütün ve Tütün Ürünleri Kanunu (Ocak 2008), Sağlıklı İnsanlar 2020 – Birleşik Devletler, ve Sağlık 2020 – Avrupa söz konusu değişimlere örnek teşkil etmektedir.


Sağlığın teşvik edilmesi adına sağlık eğitiminin rolü, vatandaşların eğitiminden bilinçlendirmeye yönelik kaynakların, bilginin, ve araçların sağlanmasına doğru değişmiştir. Sağlık eğitiminin bu yeni görevi sağlık alanında bilinç sağlamak için araçlar ortaya koymaktır. Söz konusu değişimin nedeni Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın (aynı zamanda Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanlığı’nın ve dünyadaki diğer sağlık bakanlıklarının) 80 milyon Türk vatandaşının tüm sağlık sorunlarına cevap vermek amacıyla yeterli sayıda personel (doktorlar, hemşireler, yöneticiler, hastane personeli) istihdam edememesi ve mevcut personelinin hepsine eğitim sağlayamamasıdır. Bütün vatandaşlara için yeterli derecede kaynak, insan enerjisi, materyel, hastane, klinik ve zaman mevcut değildir. Bu sorunun çözümü, okullarda, işyerlerinde, hastanelerde, kliniklerde, topluluklarda ve evlerde Türk vatandaşlarının ihtiyaçlarına cevap vermek için sağlık alanında bilinçlendirmeye yönelik sağlık eğitim araçlarını

kullanmaktır. İnsanlar her yerde oynar, öğrenir, ibadet eder, çalışır ve yaşar. Artan sağlık hizmetleri maliyetleri ve sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığı, değerlendirme, kurum ve işbirlikçileri, sağlık teorisi ve sağlık eğitimi yaklaşımlarını kullanabilir.

Araç # 1. Değerlendirme: Bir insan grubunun sağlığının nasıl daha iyi bir hale getirilebileceğini anlamak için onların mevcut ve ideal sağlık durumları hakkında bilgiye (değerlendirmeye) ihtiyaç vardır. Bir değerlendirmede bizler, bireylerin, halkın ve kuruluşların ihtiyaçlarını, kaynaklarını, ve kapasitelerini tanımlarız. Bir değerlendirmede bizler, sağlık problemlerini ve endişeleri (örnek olarak obezite, tütün kullanımı, kanser, diyabet) tanımlarız. Öncelikli nüfusu belirleriz (birinci, ikinci ve üçüncü nüfus). İlk önlem nüfusu sağlık problemi meydana gelmeden önlem alabilecek sağlıklı bireylerdir. Bunlara örnek olarak yaşlıların düşmesini, ergenlerin sigara içmesini, tütün kullanımını ve öğrencilerde riskli alkol tüketimini engellemeye yönelik sağlık programlarını gösterebiliriz. İkinci önlem programları sağlıksız karar verme davranışları olan ve hastalığa dair erken bulgu ve engelleri taşıyan bireylerin sorunlu davranışlarına müdahaleye yöneliktir. Sigara kullananların sigara içmeyi bırakmalarına yönelik programlar, kilo sorunun olanlara yönelik fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme programları bunlara birer örnektir. Üçüncü önlem nüfusu sağlık problemleri ve kronik hastalıkları olan bireylerden oluşmaktadır. Üçüncü önlem programları bireylerin yaşam kalitelerinin artırır. Söz konusu programlara örnek olarak diyabetle başa çıkma ve kanserlilere destek programlarıdır. Değerlendirme sonuçları sağlık alanında bilinçlendirme programlarının temelini teşkil eder. Bunlara ek olarak, sonuçlar sağlık kaynaklarının yerleştirilmesi ve programlarının etkinliğinin tartışılması (girişimlerin değerlendirilmesi vasıtasıyla) için kullanılır.

Araç # 2. Kurumlar ve işbirlikçileri: Sağlık, insanların çalıştığı, oynadığı, ibadet ettiği ve öğrendiği yerlerde teşvik edilir. Sağlık insanların yaşadığı yerlerde teşvik edilir: daha çok işyerleri, okullar ve sağlık kuruluşları. Artık buralarda insanlar sağlık programlarına ve hizmetlerine erişebilmekteler. Sağlığı teşvik eden programlar belli yerler için o yerlerin ve bireylerin özelliklerine göre planlanır, uygulanır ve değerlendirilir. Bu yerler, personel, materyel, alan ve insanlara erişim sağladıklarından sağlık eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarının işbirlikçileridir.

Araç # 3. Sağlık Teorisi: En etkili sağlık alanında bilinçlendirme programları sağlık teorilerine dayanan programlardır. Tablo 3'te (TABLO 3.11 sayfa 82) sağlığın teşvik edilmesinde faydalı olan sağlık tepirleri sıralanmaktadır. Teoriler iki amaçla kullanılmaktadır: İlk olarak kavramsal temel sunmakta kullanılırlar. İkinci olarak ise teoriler programın planlaması, uygulanması ve değerlendiril-

Tablo 3. Bu Üç Erişim Seviyesi Sağlık Geliştirme Programları Nasıl da Sağlık Teorilerinde Kullanılan teoriler birçok disiplinden ortaya çıkmıştır. Bu disiplinler eğitim, sosyoloji, psikoloji, antropoloji, ve halk sağlığı olarak sıralanabilir. Sağlık teşvik programı personeli, denenmiş teorilerin programlarda kullanılmaması durumunda sağlıkta arzu edilen sonuçların elde edilemeyeceğini düşünmektedir. Özellikle teorilerin yokluğunda birey, aile ve toplum seviyelerinde programın sağlık üzerindeki etkilerinin belirlenmesi oldukça zor olacaktır.			
Stratejilerin Değişimi	Stratejilere Örnek	Seviye	Faydalı Teoriler
 <p>Çevrenin Değişimi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Broşür Basımı • Sosyal Pazarlama Kampanyaları 		<ul style="list-style-type: none"> • Davranış Teorisi • Gereçli Eylem Teorisi • Transteorik Model
	<ul style="list-style-type: none"> • Rehberlik programları • Sağlık danışmanlığı • Amaç belirleme • Sosyal ağların teşvik edilmesi ve sosyal desteğin güçlendirilmesi 	Kişilerarası	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal Bilişsel Teori • Sosyal Ağlar ve Sosyal Destek Teorisi
	<ul style="list-style-type: none"> • Medya kampanyaları • Şirket politikalarında değişime destek 	Toplum	<ul style="list-style-type: none"> • İletişim Teorisi • Yeniliklerin Difüzyonu • Toplumun Seferber Etme

Araç # 4. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları: Sağlık alanında bilinçlendirme programlarını planlarken farklı sağlık eğitimi yaklaşımlarını kullanmak program katılımcılarını değişik yollarla etkilemek açısından önemlidir. Kişilerin, bilgi,

DEĞERLENDİRME	KURUMLAR/ İŞBİRLİKÇİLERİ	SAĞLIK TEORİSİ	SAĞLIK EĞİTİMİ YAKLAŞIMLARI
İhtiyaçlar	Okullar	Sağlık İnancı	Bilgi
Destek	Üniversiteler	Modeli	Tutumlar
Kaynaklar	Hastane/Klinikler	Sosyal Bilişsel	Beceriler
Kapasite	İşyeri	Model	Davranış
	Toplum	Sosyal Destek	Sosyal Değişim
	Ev	Teorisi	
		Diğer Teoriler ...	

Tablo 4 Türk Vatandaşlarının Yaşamlarını İyileştirmede ve Sağlık Davranışını Değiştirmede Sağlık Eğitimi Araçları

PROF. DR. SANDRA VAN DULMEN

İş Tecrübeleri

- Profesör II, Sağlık Bilimleri Bölümü, Buskerud University College, Drammen, Norveç (2012-şu an)
- Profesör, Temel ve Toplum Sağlığı Bölümü, Radboud University Nijmegen Tıp Merkezi, Nijmegen, Hollanda (2012- şu an)
- Kıdemli Araştırma Koordinatörü, NIVEL (Hollanda Sağlık Hizmetleri Araştırma Enstitüsü) Utrecht, Hollanda (1999-şu an)
- Araştırmacı, NIVEL, Utrecht, Hollanda (1995-1999)
- PhD-öğrencisi/Araştırmacı, Pratisyen Hekimlik Bölümü, Radboud Üniversitesi Nijmegen, Hollanda (1989-1995)

Eğitimi

- PhD, Psikoloji, Nijmegen Üniversitesi, 1996
- MA, Klinik Psikoloji (cum laude), Nijmegen Üniversitesi, 1987

Üyelikleri

- Hasta Eğitimi ve Danışmanlığı Editörlük Kurulu
- International Journal for Person Centered Medicine (Uluslararası Kişi Merkezli Tıp Dergisi) Editörlük Kurulu
- EACH (Avrupa Sağlık Bakım Hizmetlerinde İletişim Birliği) Eş Başkan ve Sekreter, www.each.eu
- International Network for Person-Centered Medicine (INPCM) (Kişi Merkezli Tıp Uluslararası Ağı) Üyesi
- Radboud Expert Centre for Psychology & Medicine (Psikoloji ve Tıp Uzman Merkezi) Üyesi
- Connecticut Institute for Primary Care Innovation (CIPCI) (Connecticut Temel Sağlık İnovasyon Enstitüsü'nde Kıdemli Araştırma Fellow'u)

Ödülleri

- Doktora tezi ödülü 1996; Hollanda Temel Sağlık Araştırma Okulu (CaRe)
- 3 .Ödülü Tıbbi Temas İletişim Ödülü (Medical Contact Communication Award 2010) VOICE Projesi nedeniyle
- 1 .Ödülü Tıbbi Temas İletişim Ödülü (Medical Contact Communication Award 2012) Proje E-info geneca

Danışmanlığını Yaptığı PhD-Tezleri

- Julia van Weert "Multi-sensory stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers", 2004
- Arwen Pieterse "Counselees' needs and their reflection in cancer ge-

netic counseling”, 2005

- Jesse Jansen “Communicating with older cancer patients: impact on information recall”, 2009
- Akke Albada “Preparing for breast cancer genetic counselling; web-based education for counselees”, 2011

Sandra van Dulmen şu anda, 9 PhD öğrencisine danışmanlık yapmaktadır.

2007 itibariyle Seçilmiş Bazı Uluslararası Yayınlar

- Dulmen S van, Sluijs E, Dijk L van, Ridder D de, Heerdink R, Bensing J. Patient Adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research* 2007, 7:55
- Dijk L van, Heerdink ER, Somai D, Dulmen AM van, Ridder DT de, Sluijs EM, Griens AMGF, Bensing JM. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. - *BMC Health Serv Res.* 2007 Apr 10;7(1):51
- Fassaert Th, Dulmen S van, Schellevis F, Bensing J. Attentive listening in medical consultations; development of the Attentive Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns* 2007; 68: 258-264
- Dulmen S van, Tromp F, Grosfeld F, Cate Th J ten, Bensing JM. The impact of assessing simulated bad news consultations on medical students' stress response and communication performance. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32: 943-950
- Zwaanswijk M, Tates K, Dulmen S van, Hoogerbrugge PM, Kamps W, Bensing J. Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Using online focus groups to develop a structured questionnaire. *BMC Pediatrics* 2007; 7: 35
- Glind I van der, Dulmen S van, Goossensen A. Physician - patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Educ Couns* 2008; 73: 215-219
- Fassaert Th, Dulmen S van, Schellevis F, Jagt L van der, Bensing J. Raising positive expectations helps patients with minor ailments. *BMC Family Practice* 2008 Jun 30;9(1):38

- Jansen J, Butow Ph, Weert J van, Dulmen S van, Devine Rh, Heeren Th, Tattersall M, Bensing J. Does age really matter? Recall for medical information in cancer patients. *J Clin Oncol* 2008; 26: 5450-5457
- Bensing JM, Verheul W, Dulmen AM van. Patient anxiety in the medical encounter: a study of verbal and nonverbal communication in general practice. *Health Education* 2008; 108: 373-383
- Morren M, Dulmen S van, Ouwerkerk J, Bensing J. Compliance with momentary pain measurement using electronic diaries: A systematic review. *Eur J Pain* 2009; 13: 354-365
- Albada A, Dulmen S van, Otten R, Bensing JM, Ausems MGEM. The development of E-info geneca: a computer-tailored intervention prior to breast cancer genetic counselling. *J Gen Couns* 2009; 18: 326-338.
- Tate K, Zwaanswijk M, Otten R, Dulmen S van, Hoogerbrugge PM, Kamps WA, Bensing JM. Online focus groups as a tool to collect data in hard-to-include populations: Examples from paediatric oncology *BMC Medical Research Methodology* 2009; 9: 15
- Jansen J, Weert J van, Wijngaards-de Meij L, Dulmen S van, Heeren T, Bensing J. The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. *Psychooncology* 2010; 19: 170-179
- Noordman J, Verhaak P, I. van Beljouw I van, Dulmen S van. Discussing patient's (un)healthy lifestyle in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. *BMC Fam Pract* 2010; 11(1): 87
- Zwaanswijk M, Tate K, Dulmen S van, Hoogerbrugge PM, Kamps WA, Beishuizen A, Bensing JM. Communicating with young patients in paediatric oncology consultations: A vignette study on patients', parents', and survivors' communication preferences. *Psychooncol* 2011; 20:269-77
- Oerlemans S, Van Cranenburgh O, Herremans P-J, Spreeuwenberg P, Van Dulmen S. Intervening on cognitions and behaviour in irritable bowel syndrome: a feasibility trial using PDAs. *J Psychosom Res* 2011; 70: 267-277
- Kristjánsdóttir OB, Fors EA, Dulmen S van, Eide E, Finset A, Wiggers SH, Eide H. Written situational feedback via mobile phone to support self-management of chronic widespread pain: An internet intervention based on contextual cognitive behavioral therapy. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011; 12(1):51

- Dulmen S van, Bijnen E van. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. *Int J Person Centered Med* 2011; 1: 27-34
- Noordman J, Verhaak P, Dulmen S van. Web-enabled video-feedback: a method to reflect on the communication skills of experienced physicians. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 335-340
- Karasz A, Dowrick C, Byng R, Olde Hartman, TC, Buszewicz M, Ferri L, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Reeve J. What we talk about when we talk about depression: The role of conceptual models in shaping doctor patient consultations. *BJGP* 2012; 62: e55-e63
- Albada A, Dulmen S van, Ausems MGEM, Bensing JM. A pre-visit website with question prompt sheet for counselees facilitates tailored communication in the first consultation for breast cancer genetic counseling: findings from an RCT. *Genetics in Medicine* 2012; 14: 535-542
- Dulmen S van, Humphris G, Eide H. Towards a guideline for person-centered research in clinical communication; lessons learned from three countries. *IJPCM* 2012; 2: 58-63
- Albada A, van Dulmen S, Bensing JM, Ausems MGEM. A pre-visit tailored website enhances counselees' realistic expectations and knowledge and decreases information needs for breast cancer genetic counselling. *Fam Cancer* 2012; 11: 85-95
- Riel E van, Dulmen AM van, Ausems MGEM. Who is being referred to cancer genetic counselling? Characteristics of counselees and their referral. *J Comm Genet* 2012; 4: 265-274
- Noordman J, Dulmen S van, Weijden T van der. Communication-related behaviour change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 2012; 89: 227-244
- Noordman J, Lee I van der, Nielen M, Weijden T van der, Dulmen S van. Motivational interviewing in general practice; practice nurses lifestyle communication during prevention consultations. *J Clin Med Res* 2012; 4: 393-401
- Meijino A, Noordman J, Dulmen S van. Shared Medical Appointments

for children and adolescents with type 1 Diabetes Mellitus: perspectives from healthcare providers, patients, and parents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2012; 3: 75-83

- Nes A, Dulmen S van, Eide E, Finset A, Kristjánsdóttir OB, Steen IS, Eide H. The development and usability of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2012; 3: 385-393
- Muusses L, van Weert J, Jansen J, van Dulmen S. Chemotherapy and information-seeking behaviour. Predicting mass media information source usage. *Psychooncology* 2012; 9: 993-1002
- Kalisvaart H, Broeckhuysen S van, Bühring M, Kool MB, Dulmen S van, Geenen R. Definition and structure of body relatedness from the perspective of patients with severe somatoform disorder and their therapists. *PLoS ONE* 2012(8):e42534
- Weiland A, Van de Kraats RE, Blankenstein AH, Van Saase JLCM, Van der Molen HT, Bramer WM, Van Dulmen AM, Arends LR. Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms; influences of communication on patient outcomes and use of health care. A literature overview. *Perspectives on Medical Education* 2012; 1: 192-206
- Zwikker H, Bemt B van den, Ende C van den, Lankveld W van, Broeder A den, Hoogen F van den, Mosselaar B van de, Dulmen S van. Development and content of a group-based intervention to improve medication adherence in non-adherent patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns* 2012; 89: 143-151
- Noordman J, Lee I van der, Nielen M, Vlek H, Weijden T van der, Dulmen S van. Do trained practice nurses apply motivational interviewing techniques in primary care consultations? *Journal of Clinical Medicine Research* 2012; 4: 393-401
- Kristjánsdóttir OB, Fors EA, Eide E, Finset A, Stensrud TL, Dulmen S van, Wigors SH, Eide H. A Smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain: Randomized Controlled Trial. *JMIR* 2013 Jan 7;15(1):e5

- Eertwegh V van den, Dulmen S van, Dalen J van, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der. Learning in context; identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. Patient Educ Couns 2013; 90: 184-192

s.vandulmen@nivel.nl

Sağlık Davranışı İnovasyonları ve Davranışlara Müdahale

Sunumum üç ana kısımdan oluşmaktadır:

1. Yaşam tarzıyla alakalı kronik hastalık prevalansı temelli sağlık davranışına müdahale mantığı ve teorik hususlar
2. Sağlık-bakım müdahaleleriyle ilgili temel sağlık hizmetlerinin Hollanda bağlamı
3. Klinik uygulamada test edilen inovatif sağlık davranışı müdahalelerine örnekler

1. Yaşam tarzıyla alakalı kronik hastalık prevalans oranlarının artması ve teorik hususlar temelli sağlık davranışına müdahalenin mantığı

Avrupa Birliği'nde, halkın neredeyse üçte birine özellikle 65 yaş ve üzerine bir

kronik hastalık teşhisi konmaktadır. Bunun sonucunda, sağlık bakım alanına (uzun ve karmaşık) olan talep artmış ve sağlık bakım maliyetleri yükselmiştir. Sigara içmek, kötü beslenme, alkol istismarı ve fiziki hareketsizliğin kalp damar hastalıkları, tip 2 diyabet, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) gibi kronik hastalıklar ve bazı kanserlerle alakası olduğu bilindiğinden, yaşam tarzı değişikliğinin genel sağlık ve zindelik durumunu iyileştirmesi olasıdır. Daha önceki çalışmalar gerçekten temek sağlıktaki yaşam tarzı müdahalelerinde şu önemli iyileşmeleri tespit etmiştir örneğin obez hastalarda. Ancak, yaşam tarzı değişikliklerine uyum düşük görülmektedir.

Bilgi Faktörleri
Kişisel Faktörler
Mesaj Faktörleri
Kişiler arası belirleyici unsurlar ve çevresel faktörlere odaklanarak davranış değişikliği, inseler geliştirilmiştir. Entegre Değişim Modeli (I-Change modeli) denmektedir (bakınız Şekil 1). I-Change modeli çeşitli teorilerin belirleyici unsurlarını içermektedir; örneğin Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi'ndeki 'öz-yeterlilik', Planlı Davranış Teorisi'nden 'tavır, niyet, sosyal destekler', Sağlık İnancı Modeli'nden 'eylem işareti, risk algılama ve engeller' ve Transteorik Model veya Değişim Aşamaları Modeli'ndeki motivasyonel fazlar. I-Change modelinin kalbinde Tavır – Sosyal Etki – Öz-yetkinlik (ASE) modeli yatar ve sosyal etki anlamında modelleme ve sosyal desteği içermesine rağmen, Planlı Davranış Teorisi'ne oldukça benzemektedir. I-Change modeline göre, davranış değişikliği süreci üç **Önemli Faktörler**: farkındalık, motivasyon ve eylem. Farkındalık (ön-motivasyon) davranışında, insanların risk davranışının farkında olması gerekir. Motivasyonel faktörler, insanların risk davranışını bırakmak için işaretler önemi olan **Psikolojik Faktörler** sosyal veya niyet aşamasında, önemli faktörler tavır, sosyal destek ve öz-yeterlilik. İnsanlar davranışlarını değiştirecek kadar motive olduklarında, niyetleri gerçek bir davranış değişikliğine dönüşür. Böylece, insanların eylem planlarını hazırlaması ve davranış değişimi önündeki engellerin üstesinden gelmesi gerekir. I-Change modeline göre, bir kişinin motivasyonu etkileyen faktörler davranışsal (örn. Yaşam tarzı), psikolojik (örn. kişilik), biyolojik (örn. cinsiyet, genetik yatkınlık), sosyal ve kültürel faktörler (örn. politikalar) ve bilgi faktörleridir (mesajın kalitesi, kullanılan kanallar ve kaynaklar).

Şekil 1. I-Change modeli

2. Sağlık bakım müdahaleleri önündeki temel sağlık zorluklarının Hollanda Bağlamı

Temel sağlık bakım davranış risk faktörlerini ele almak için en uygun ortamdır çünkü birçok kişi yılda en az bir kez bir hekim veya pratisyen hekime gider ve davranış değişikliği düzenli sağlık bakım temasları gerektirir. Ayrıca, günümüzde birçok pratisyen hekim (%84) ve hasta (%78), hastalara yaşam tarzı değişikliği tavsiyesinde kendilerine sorulmadan bulunmanın hekimlik görevleri tanımı içerisinde yer aldığını düşünmektedir. Ancak, önceki araştırmalar şunu göstermektedir ki bir hastanın davranış değişikliği sadece çok pratisyen hekim tarafından tartışılmaktadır. Birleşik Krallık'ta, pratisyen hekimlerin 1990 itibarıyla sağlığı geliştirme yükümlülüğü vardır ve bu durum yeni bir genel uygulama, pratisyen hemşirelik ve uygulamada pratisyen hekimlerle çalışan hemşire yapısını teşvik etmiştir. Böylesi bir yapıyı kabul etme sebeplerinden birisi sağlık bakım alanına olan artan talep ve özellikle pratisyen hekimlerin iş yükünün çoğalmasındır. İsveç, Finlandiya, Avustralya, Yeni Zelanda ve Hollanda ve diğer Batı Avrupa ülkelerinde, bu işbirliği sistemi uygulanmaktadır. Bu durum pratisyen hekimlerin kronik hastalıkları olan hastalarla ve yaşam tarzlarıyla ilgili görevlerini temel sağlık hizmetleri hemşirelerine devretmelerini sağlamaktadır. Genel olarak, pratisyen hekimler teşhis koyar, tedavi başlar ve yaşam tarzı tavsiyelerinde bulunurken, birinci basamak hizmetlerde çalışan hemşireler tedavi sonucunu izler, davranış değişikliği için eğitim ve destek verir ve takiple ilgili irtibat bilgileri verir. Pratisyen hemşire sistemi Hollanda'da 1999'da başlatılarak şunlar amaçlanmıştır: (1) bakım hizmetlerine artan talebin bir sonucu olarak pratisyen hekimin iş yükünü azaltmak (görev devri), (2) kronik derecede hasta olan insanların bakım kalitesini iyileştirmek ve (3) pratisyen hekimler arasında işbirliğini stimüle etmek. Bir pratisyen hemşire almak için toplamda 4500 hastaya ihtiyaç vardır. Pratisyen hemşireler pratisyen hekim gözetiminde çalışırlar; yani, pratisyen hemşireler, pratisyen hekimlerin izni olmadan hasta

sevk edemez veya ilaç reçete edemez ancak pratisyen hemşireler, pratisyen hekimler gibi bağımsız şekilde konsültasyon yönetebilir. Ayrıca, her iki meslek grubu da hastalarla karşılaştıklarında, klinik uygulama kılavuzlarını izleyebilir (Hollanda Pratisyen Hekimler Okulu standartları-Dutch College of General Practitioners (DCGP)); örneğin, tip 2 diyabet, kalp damar hastalıkları önleme ve sigara bırakma kılavuzu. Günümüzde, Hollanda'da 2011'de 3481 genel pratikte 3700 ile 4700 pratisyen hemşire çalışmaktadır. Kronik hastalığı olan Hollandalı hastalar pratisyen hekimden çok pratisyen hemşirelere görünmektedir (2003'teki %2'den 2008'deki %39'a); öte yandan, temel sağlık hizmetlerine olan ziyaret sayısı sabit kalmıştır.

Hastalar ve temel sağlık hizmetleri sağlayıcıları arasında yeterli bir iletişim iyi klinik uygulama için esastır ve (dolaylı olarak) iyileşmiş hasta sonuçlarıyla sonuçlanır. Hastaların, "bilme ve anlama ihtiyacı" (bilişsel ihtiyaç) ve "bilinmek ve anlaşıldığını hissetme ihtiyacı" (duygusal ihtiyaç) vardır. Hastanın ihtiyaçlarının temel sağlık hizmetleri sağlayıcısı ve hasta arasındaki iletişim açısından sonuçları vardır. Hastaların bilişsel ihtiyacı görev-odaklı iletişim gerektirir örneğin bilgi vermek, konsültasyon yapılandırmak. Hastanın duygusal ihtiyacı sağlık bakım sağlayıcıdan destekleyici ve duygusal bir iletişimin gelmesi demektir örneğin empati göstermek, beklentilerin ve duyguların keşfedilmesi, duygularla başa çıkma.

Motivasyonel Görüşme (MI) aynı zamanda sağlık davranışı değişimine dönük ümit vaat edici ve hasta odaklı bir yaklaşımdır. MI; hastaların arzu edilen davranış ve gerçek davranışları arasındaki dengesizliği keşfetmeleri ve çözmelerine yardım ederek davranış değiştirmeye dönük gittikçe artan temel motivasyona odaklanır. Bu dengesizliği ifade etmesi ve çözmesi hastaların görevi olarak görülürken, sağlık bakım hizmetleri sağlayan taraf böylesi bir dengesizliği bekler ve bunun farkındadır; ona göre hastaların bu durumu kendisinin irdelemesi ve çözmesinde yol gösterir ("değişim konuşması" yapmak ve desteklemek). MI hem bir danışmanlık tarzı hem de bir dizi tekniktir. Dört temel MI prensibi şudur: empati ifade etmek, fark geliştirmek, dirençle yuvarlanmak ve öz-yetkinlik. Empati ifade etmek MI için önemli olup yansıtmalı dinlemeyi, kabullenici bir tavır ve bir hastanın dengesizliğinin normal olduğu inancını kapsar. MI tartışmak yerine davranış değişikliğini kolaylaştırır. Bu nedenle, doğrudan ikna MI'nın tam tersi olarak görülmekte ve ortaya bir şey koymamaktadır. Ancak, direnç değişim stratejisinin bir ön şartı olarak bakılabilir ki böyle olduğunun farkında olunmalı ve bu durum keşfedilmelidir. Ayrıca, bir hasta davranış değiştirme sorunlarında çözüm bulmada becerili olarak görülür. Sağlık bakım hizmetleri sağlayanlar bir hastanın öz-yeterliliğini desteklemelidir; yani, hastaların değişebilmeye olan inancını stimüle etmeli, seçilen stratejiyi ve değişim sürecini desteklemeli. Bundan dolayı, ana MI görüşme teknikleri

şunlardır: empati gösterme, açık uçlu sorular sormak, tasdikleme, yansıtma, dinleme ve özetleme.

Temel sağlık hizmetlerine gösterilen gittikçe artan dikkat, kronik, yaşam tarzıyla alakalı hastalıkların ağır yükü ve farklı temel sağlık profesyonelleri arasında görev ikamesi göz önünde bulundurulduğunda, en yardımcı sağlık davranışı müdahalelerine iç görüyle bakmak, güncel sağlık davranış müdahalelerinin kalitesini değerlendirmek, bunları hastalara aktarmada en yetkin olan kişileri bulmak örneğin pratisyen hekim veya pratisyen hemşire gibi önemlidir. Bu amaçla, öncelikle hastaların yaşam tarzı davranışını etkilemek için müdahalelerde kullanılan yüz yüze iletişimle ilgili davranış değişikliği tekniklerinin (BCT) göreceli etkililiği konulu literatürü sistematik olarak taradık. Dahası, literatüre göre, hangi temel sağlık hizmetleri sağlayıcıların (pratisyen hekim veya hemşire) yüz yüze iletişimle ilgili BCT'leri daha etkin kullandığını inceledik. Toplam 50 çalışmayı kapsayarak metodolojik kalitesini değerlendirdik. 26 çalışma şunu gösterdi ki iletişimle ilgili BCT'leri takip edenler anlamlı oranda sağlık sonuçları elde etmiş ve "en iyi kanıt sentezine" göre, yeterli kanıt sağlamıştır. Sonuçlar şunu göstermektedir ki davranış danışmanlığı, motivasyonel görüşme, eğitim ve tavsiye etkin iletişimle ilgili BCT'ler olarak görülmektedir. Bununla birlikte, mevcut literatüre dayanarak, temel sağlık mesleklerinden bir tanesinin (pratisyen hekimlik) diğerine göre yüz yüze iletişimle ilgili BCT'leri sağlamada daha donanımlı olmadığı görülmüştür.

Temel sağlıkta sağlık davranışı müdahalelerinin aktarımını değerlendirmek için, genel pratisyenlik alanından motivasyonel görüşme eğitimi almış on üç Hollandalı pratisyen hemşirenin arka arkaya yapılacak konsültasyonları videoya çekmeleri ve Davranış Değişim Danışmanlığı Endeksi (BECCI) kullanarak pratisyen hemşirelerin motivasyonel görüşme becerilerini derecelendirmeleri istenmiştir. Katılan pratisyen hemşirelerin motivasyonel görüşme tekniklerini kullandığı ama bir noktaya kadar kullandıkları görülmüştür. Motivasyonel görüşme kalemleri arasında önemli varyasyonlar bulunmuştur. Görülüyor ki, motivasyonel görüşme becerileri rutin pratikte kolayca uygulanamamaktadır. Bu becerileri kazanmak isteyen sağlık bakım hizmetleri sağlayanlarının ilk eğitimden sonra beceri artırıcı eğitimleri takip etmesi gerekir. Eğitim aynı zamanda video-geri dönüşü ve katılımcı gözlem temelli geri dönüşle güçlendirilebilir.

MI tekniklerinin uygulanmasına olan ilgimizin dışında, hastaların sağlıklı ve sağlıksız yaşam tarzlarının daha önceki on yıllara göre temel sağlık konsültasyonlarında daha fazla tartışılıp tartışılmadığını öğrenmek istedik. Ayrıca, genel pratisyenlerin konsültasyonları sırasında yaşam tarzı davranışı değiştirmeye dönük yaklaşımıyla ve cinsiyete, yaşa ve eğitim geçmişine göre konsültasyonları sırasında bazı hastalarla yaşam tarzı davranışının daha fazla tartışılıp tartışılmadığını öğrenmek istedik.

şılmadığıyla ilgilendik. Haliyle, lojistik regresyon kullanarak Hollanda pratisyen hekimlik alanında 1975 ve 2008 arasında toplanmış tıbbi konsültasyonların video kayıtlarını analiz ettik. Sonuçlar şunu gösterdi ki sigara içme davranışı ve fiziki aktivite tartışması zaman içerisinde uzadı. Ancak, beslenme ve alkol tartışmasındaki değişim pek net değildi. Genel olarak, alkol kullanımı en az konuşulan konuya konsültasyonlar esnasınca en çok konuşulan konu fiziki aktiviteydi. Pratisyen hekimler genellikle hastanın şikayetleriyle alakalı olması halinde, yaşam tarzı değişikliğine başvurular (semptom yaklaşımı). Yaşam tarzı davranışına pratisyen hekim yaklaşımı zaman içerisinde değişmedi. Genel olarak, yaşam tarzı davranışı yaşı ileri erkek hastalarla daha fazla ele alınmıştır (beslenme konusu hariç). Pratisyen hekim farklı eğitim geçmişlerinden gelen hastalara eşit şekilde yaşam tarzı davranışından bahsetmiştir (fiziksel aktivite hariç). Her ne kadar son yıllarda sağlıklı bir yaşam tarzı konusunda daha fazla farkındalık olsa da bu konu bu çalışmada sadece kısıtlı bir şekilde yansıtılmıştır. Yaşam tarzı davranışı hala az sayıda konsültasyonda ele alınmaktadır. Ayrıca, pratisyen hekimler yaşam tarzı davranışına rutin bir prosedür olarak değinmezler; yani, bunu birinci basamak önlemeye dahil etmezler.

3. Klinik uygulamada test edilmiş inovatif sağlık davranış müdahalelerinden örnekler

Kronik hastalık hastalara çok yük getirir. Öz yönetimi destekleyen müdahaleler ve kişiye özel geri bildirimde bulunulması, hastaların yeni perspektifler kazanmasına ve yapıcı öz yönetim stratejileri kullanımını arttırmalarına yardımcı olur. Üç adet web temelli CBT-esaslı müdahale geliştirdik; bunlara, e-günlükler ve PDA/akıllı telefonlar üzerinden verilen geri bildirimler de dahildir. Bu müdahalelerin uygulanabilirliği ve etkililiği irritasyonlu bağırsak sendromlu (RCT), kronik yaygın ağrı (RCT) ve tip 2 diyabetli (uygulanabilirlik çalışması) hastalar açısından nihai olarak incelenmiştir. Cep telefonu ve bilgisayar gibi kablosuz cihazlar kullanarak iletişim kurmak günlük hayatımızın bütünleyici ve kabul edilen bir parçası oldu. Akıllı telefon hizmetleri sağlık bakım hizmetlerini hastalar açısından özellikle uzak bölgelerde yaşayanlar veya eve mahkum hastalar açısından daha erişilebilir kılabilir. Akıllı telefon hizmetleri aynı zamanda sağlıkla ilgili davranışlarımız hakkında eğitici bilgiler sağlayabilir ve bu da önleyici bakımı iyileştirir. İnternet kullanımı ve uygulanabilirliği hala hızla artmaktadır. Gittikçe daha fazla insan internetten sağlık bilgisi edinmekte.

Web temelli davranış müdahalelerimizin içeriği ve kurulumu şunları esas almaktadır: 1) hastaların yaşam kalitesinin ve davranış değişikliğinin artırılmasında konuyla alakalılığı açısından iyi bilinen teorik çerçeveler, örneğin CBT ve ACT, ve 2) elektronik günlükleri tamamlama uyum göstergeleri hakkında sistematik bir incelemenin sonuçları. Tüm çalışmalarda, müdahale grubu katkı

İlimcılar birkaç hafta boyunca PDA veya akıllı telefon üzerinden e-günlüklerini tamamlamış kişiye özel, duruma göre, aynı gün içerisinde sağladıkları girdiler hakkında geri bildirim almışlardır. E-günlüklere, katılımcılar faaliyetlerini, duygularını ve ağrı bilinçlerini günde üç kez mobil cihazları üzerinden, önceden tanımlanmış seçeneklerden seçerek ve ölçekler kullanarak girmişlerdir. Bu tür bilgilere, bir terapistin güvenli bir web sitesi üzerinden anında erişimi olmuş, durumsal bilgiyi kullanarak katılımcıya, kendi durumuyla başa çıkabilecek şekilde öz-yönetime teşvik etmek için kişiye özel mesajlar yazmıştır. Sempozyumda sunulacak olan bu üç çalışmanın sonuçları şunu göstermektedir ki bu inovatif, kişiselleştirilmiş web temelli müdahaleler etkili olmakta ve öz-yönetimi ve dünlük sağlık bakım alanında sağlık davranışı değişimini destekleyecek potansiyele sahiptir.

PROF. DR. DIANE D. ALLENSWORTH

Diane Allensworth kayıtlı bir hemşire ve sağlık eğitimcisi olarak sağlık ve eğitim alanında 40 yıllık bir deneyime sahiptir. Sağlık okulundaki kariyerine 1966'da Panama Barış Gücü bünyesindeki halk sağlığı projesinden döndükten sonra okul hemşiresi olmuştur. Kent Eyalet Üniversitesi'nde 1976 -1995 tarihleri arasında sağlık eğitimi dersleri vermiş olup şu anda emekli bir üniversitesi hocasıdır. En çok, koordineli okul sağlığı program teşviki çalışmasıyla tanınmaktadır ve bunu şu yayınlarıyla başarmıştır: 1987'de Journal of School Health dergisinde Allensworth ve Kolbe: The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept (Kapsamlı Okul Sağlığı Programı: Genişletilmiş Bir Kavramın Keşfi), 1997'de Tıp Enstitüsü okul sağlığı raporu; en kapsamlı yayını olan, hem editörlük hem de yazarlık yaptığı Schools and Health: Our Nation's Investment, (Okullar ve Sağlık: Ulusumuzun Yatırımı). Uygulamadaki kişiler için çok sayıda kitap yazmıştır: School Health in America; Healthy Students 2000: An Agenda for Continuous Improvement in America's Schools;

Achieving the 1990 Health Objectives for the Nation: The Role of the School ve hepsinde fiziksel aktivite ve beden eğitimi kısımları bulunmaktadır. 2010'da, Carl Fertman ile Health Promotion Programs: From Theory to Practice'in (Sağlık Geliştirme Programları: Teoriden Uygulamaya) eş-editörlüğünü yapmıştır.

Kent Eyalet Üniversitesi'nde hocalık yaparken, üç milyondan fazla finansman sağlayan Sponsorlu Programlar Yardımcı İcra Direktörü olarak Amerika Okul Sağlığı Derneği'nde çalışmaya başlamış ve sonunda, 1995-1997 yılları arasında, İcra Direktörlüğü yapmıştır. 1997'de başlayarak, yaklaşık 90 adet fonlanan proje için programlama ve değerlendirme yönü oluşturan ve gözetim CDC Adolesan Okul Sağlığı Birimi Program Geliştirme Hizmetleri Şubesi Yöneticiliği yapmıştır. 2001-2005 yılları arasında, Dr. Allensworth CDC'den geçici olarak Health MPowers'a gönderilmiş olup burada kurumun ilk İdari Direktörlüğünü yapmıştır. 2006'da tekrar CDC'ye dönerek, Dr. Allensworth Ortaklıklar ve Stratejik İttifaklar Birimi'nde Eğitim Direktör Yardımcısı olarak hizmet etmiştir. Ajans düzeyinde, Politika Ofisi'nde çalışırken CDC'den emekli olmuştur. Şu anda, HRSA, Uluslararası Okul Sağlığı Örgütü ve Halk Sağlığı Eğitimi Derneği için danışman olarak çalışmaktadır. Çalışmaları gençlik sağlığındaki orantısızlıklar, eğitimde eşitsizlikler, sağlık ve sağlık okur yazarlığının sosyal belirleyicileri gibi konulara odaklanmaktadır. Hakemli dergilerde otuzdan fazla yayını olup uluslararası, ulusal ve eyalet düzeyindeki profesyonellerin katıldığı toplantılarda 200 kadar sunum yapmış federal kurumlar ile çeşitli vakıflardan kapsamlı harici fonlar almıştır.

Dimaster6@gmail.com

Sağlıkta Eşitlik: Bir Sağlık Geliştirme Hedefi

“Sağlık evrensel bir insani taleptir ve temel bir insani ihtiyaçtır. Toplumun gelişmişliği, zengin veya fakir olsun, halk sağlığının kalitesine, sağlık kalitesinin sosyal yelpazede ne kadar adil dağıldığına ve kötü sağlık durumunun getirdiği dezavantajlardan toplumun korunmasının derecesine bakılarak değerlendirilebilir. Bu önermenin merkezinde sağlıkta eşitlik bulunmaktadır.”

Sir Michael Marmot (2007)

Sağlıkta eşitliği geliştirmek üzerine hazırlanan bu sunum, Sir Michael Marmot ve temel hedefi dünya çapında sağlıkta eşitliği güçlendirmek olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlıkta Sosyal Determinantlar Komisyonu'nun çalışmaları temel alınarak hazırlanmıştır. Bu hedef, herhangi bir sağlık geliştirme girişimi planlayan kişilerin hastalıkların yakın sebeplerine (genetik, mikro organizmalar, çevresel koşullar, davranışlar veya yaşam tarzı) odaklanmak yönündeki genel görüşün ötesine geçerek, genellikle hastalıkların temel sebebi

olan, özellikle de her bir ülkedeki fakir kesime ilişkin sosyal determinantlar ele almasını gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, bir seri dokümanında, ilgimizi hastalıklara sebebiyet veren sosyal faktörlerin kesişim noktalarına çekmektedir. Hastalıklardaki değişimler, hem yüksek gelirli ülkelerde hem de düşük gelirli ülkelerde birçok değişik hastalık için işaretli sosyal grandyanlarda yer almaktadır. Ülkeler arasındaki ve ülke içindeki değişiklikler sadece sağlık seviyesinin çıktıları (ölümler, hastalıklar, yaralanmalar) ile değil, sunulan sağlık hizmetleri ve bu sağlık hizmetlerinin kalitesi ile de ölçülür (Blas ve Kurup, 2010).

Vereceğimiz örneklerin çoğu ABD'den olsa da, bu eşitsizlikler dünyanın her yerinde mevcuttur. ABD'de, Milletler Topluluğu Fonu tarafından gerçekleştirilen ve 43 göstereyi ele alan bir analiz, bir kişinin yaşadığı yerdeki sağlık sisteminin performansının dört çıktı üzerinden belirlendiğini ortaya koymuştur. Bunlar: erişim, önleme ve tedavi, fiyat ve sağlık durumudur. Analizde kullanılan ve hastane havale bölgesi olarak da adlandırılan 306 adet yerel sağlık hizmet alanında yapılan çalışma sonucunda, yerel topluluklar arasında erişim, kalite, fiyat ve sağlık çıktılarının önemli ölçüde değişkenlik gösterdiği, temel göstergelerde üst ve alt seviyedeki topluluklar arasındaki farkın çoğunlukla iki veya üç kat olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu analiz, hepsi olmamakla birlikte çoğu gösterge için alınan sağlık hizmetinin sosyoekonomik statü ile ilişkili olduğunu da ortaya koymuştur. ABD hükümeti, yaptığı analizde, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetlere erişimde eşitsizliklerin çok yaygın olduğunu tespit etmiştir. Analiz edilen 98 ölçütün %47'sinde, fakir insanlar yüksek gelirli insanlara göre daha kötü sağlık hizmeti almaktadır. Analiz edilen 19 ölçütün %98'inde ise fakir insanlar yüksek gelirli insanlara göre sağlık hizmetlerine daha kötü bir erişime sahiptir (AHRQ, 2012). Tarihsel adaletsizlikler nedeniyle, ABD'deki azınlıkların yüksek bir yüzdesinin fakirlik içerisinde yaşaması temel sebebi nedeniyle ırk ve etnik kökene dayalı eşitsizlikte oldukça yaygındır. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Kurumu tarafından 2012'de gerçekleştirilen bu çalışma ayrıca şunları da tespit etmiştir:

- 182 kalite ölçütünün %41'inde Siyahlar Beyazlara göre daha kötü sağlık hizmeti almış ve hizmet ölçütlerinin %32'sinde Beyazlardan daha kötü erişime sahip olmuşlardır.
- 107 kalite ölçütünün %30'ünde Amerikan Yerlileri ve Alaska Yerlileri (AI/AN'ler) daha kötü hizmet almış ve 13 erişim ölçütünün %32'sinde Beyazlardan kötü erişime sahip olmuşlardır.
- Kalite ölçütlerinin %39'unda Latin kökenliler Latin kökenli olmayan Beyazlardan daha kötü hizmet almış ve 19 erişim ölçütünün %63'ünde Latin

kökenli olmayan Beyazlardan daha kötü erişime sahip olmuşlardır.

İlginç bir şekilde, kalite ölçütlerinin %39'unda 65 yaş ve üzeri yetişkinler 18-44 yaş arası yetişkinlerden daha kötü hizmet almış, ancak yaşlılara sağlık hizmeti verilmesini hedefleyen federal kanun nedeniyle 65 yaş ve üzeri yetişkinler nadiren 18-44 yaş arası yetişkinlere göre daha kötü erişime sahip olmuşlardır (AHRQ, 2012).

Özellikle ülkelerin fakir ve kırılğan toplumlarında, insanların yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlıklarını geçirdikleri toplum içerisinde sağlıklarını önemli bir ölçüde etkileyen koşullar vardır. Genellikle tarihsel adaletsizlikler ve ayrımcılık nedeniyle ortaya çıkan bu sosyal ve çevresel koşullar, günümüzde toplum içindeki belli insan gruplarını eksiksiz bir sağlık durumu açısından dezavantajlı duruma sokan koşullara sebebiyet vermiştir. Bunlar, erken çocukluk dönemindeki kötü tecrübeler (örneğin çocukların yetiştirilme kalitesi, iyi beslenme ve/veya egzersiz imkanlarının yetersizliği, stres vb.), öğretim ve iş eğitimi kalitesi, iş bulma fırsatları, sosyal normlar ve tutumlar (örneğin, ayrımcılık ve ırkçılık) gibi sosyal koşulların yanı sıra yetersiz iskan imkanları, zehirli maddelere veya diğer fiziksel tehlikelere maruz kalma, ulaşım yetersizliği ve engelli insanlar açısından fiziksel engellerin bulunması gibi daha geniş çevresel veya altyapısal sorunları kapsamaktadır. Tüm ülkelerde en çok tehlike altında olanlar genellikle fakirler, ırk veya etnik olarak azınlıktaki gruplar; dini azınlıklar; kadınlar, yaşlılar, engelliler ve/veya kırsal coğrafyalarda yaşayan insanlar olmuşlardır (Wilkinson, ve Malmot, 2003).

Sağlıkta Sosyal Determinantlar Komisyonu tarafından hazırlanan DSÖ raporu, sağlıkta eşitsizliğe sebep olan gerçek belirleyici determinantların sosyal, ekonomik ve politik çevrede yer aldığına ilişkin çok miktarda kanıt tespit etmiştir. Bu çevrelerin politikalar yoluyla şekillendirilmesinden dolayı, hükümetler sağlığın sosyal determinantlarını değiştirebilir kılacak politika değişikliklerini hayata geçirebilirler. Yaşadığımız, öğrendiğimiz ve oynadığımız koşulları iyileştirmek daha sağlıklı bir toplum oluşturacaktır. Sosyal Determinantlar üzerine 2011 yılında Rio'da gerçekleştirilen DSÖ konferansında Sir Michael Marmot, dünya çapında Sağlık Bakanlıklarının üç ana görevi yerine getirmelerinin gerektiğini ifade etmiştir. Bunlar: 1) Özellikle birincil hizmetler olmak üzere, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması ve önleme ve sağlık bilinçlendirmesine büyük önem verilmesi, 2) Sağlığın sosyal determinantlarının ele alınabilmesi için devlet kurumları arasında işbirliği ve ortak davranışın sağlanması, 3) Paydaşların eylem fırsatlarını anlamalarına yardımcı olmak için sosyal determinantlara ilişkin bilgi, ölçüm ve anlayışın geliştirilmesine katkıda bulunulması

(DSÖ, 2012). Bu sunum her üç stratejiyi de alacak olmasına karşın, ben birincisine yoğunlaşacağım - Özellikle birincil hizmetler olmak üzere, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması ve önleme ve sağlık bilinçlendirmesine büyük önem verilmesi. Önleyici tedaviye, sağlık ortamının geliştirilmesi yoluyla daha fazla para harcanması, sağlıkta eşitliğin sağlanmasında kilit rol oynamaktadır. Çünkü sağlık bakanlıklarının ve ülkelerindeki sağlık sistemlerinin çoğu, hala öncelikle toplumlarının tedavi ihtiyaçlarına karşılık gelen tedavi hizmetlerinin uç noktalara ulaştırılmasına odaklanmaktadır (Blas ve Kurup, 2010).

DSÖ 2010 yılında, yerel veya ulusal çapta sağlık geliştirme programları uygulayan planlamacılar için özellikle faydalı olan ve belirlenen başlıca 12 adet hastalık (örneğin kalp rahatsızlıkları, diyabet) ve davranışa (örneğin tütün kullanımı, beslenme alışkanlıkları) ilişkin verileri gözden geçiren Eşitlik, sosyal determinantlar ve kamu sağlığı programları dokümanını yayınlamıştır. Rapor, sosyal etkenlerin sağlık çıktılarını nasıl doğrudan şekillendirdiğini ve eşitsizliklerin nedenini ortaya koyduğunu göstererek, kamu sağlığı programlarını, kaynakları sağlık sektörünün doğrudan kontrolünün dışında olsa bile, kötü sağlığın ana sebeplerini kaynaklarında ele almaya davet etmektedir. Doküman, söz konusu 12 sağlık sorunu hakkında dört grup soruyu irdelemektedir:

- Kamu sağlığı programları tek başlarına neleri başarabilirler?
- Kamu sağlığı programları kolektif olarak neleri başarabilirler?
- Kamu sağlığı programları diğer sektörlerdeki programlara nazaran neleri başarabilirler?
- Ne değişik bir şekilde yapılmalıdır?

Bu çalışma tarafından analiz edilen hastalık ve davranışları seçilme sebepleri, hastalıkların topluma yükledikleri yükün büyük bir bölümünü temsil etmeleri, toplum arasında ve toplum içinde büyük eşitsizlikler göstermeleri, toplumlar içerisinde belirli grupları veya insanları orantısız bir biçimde etkilemeleri ve gelişen veya epidemik hal almaya elverişli sağlık sorunları olmalarıdır. DSÖ analiz çerçevesi olarak beş unsuru kullanmıştır: sosyoekonomik ortam, etkileri farklı seviyelerde maruz kalma, farklılık gösteren kırılabilirlik, farklılık gösteren sağlık çıktıları ve farklılık gösteren neticeler. Analiz, her bir hastalık açısından: mevcut sosyal determinantlar ve bunların eşitsizliğe katkılarını, müdahale açısından sonuç almaya uygun giriş noktalarını, neticede ortaya çıkacak değişimin potansiyel olumsuz yan etkilerini, değişime karşı koyacak muhtemel unsurları ve daha önce nelerin denendiğini ve öğrenilmiş dersleri belgelemeyi amaçlamıştır (Blas & Kurup, 2010).

Bu DSÖ dokümanının özet bölümü, sağlığın geliştirilmesinde sosyal determinant yaklaşımının kullanılması yolunda kamu sağlığı programlarının uygulanabileceği spesifik işlemler de sunmaktadır. Bunlar arasında:

- Bilgi sistemlerini düzenleyerek, yeniden yapılandırarak veya geliştirerek, sağlık sorunlarının ülkenin alt toplumları arasında koşullara bağlı olarak dağılımına ışık tutacak bilgi sistemlerine sahip olunması,
- Ülke içerisindeki belirli koşulları zayıflatmak amacıyla sosyal eşitlik gradientlerinin, örüntülerinin ve adımlarının analizine destek verilmesi,
- Her bir koşula yönelik uygun müdahale paketlerinin hazırlanması, sosyal gradient örüntülerinin irdelenmesi,
- Kritik yolların analiz edilmesi ve sağlık sektörü dışındaki sektörler tarafından yapılacak müdahaleler için sonuca en yakın giriş noktalarının belirlenmesi,
- Sağlığın sosyal determinantlarını ele almak üzere gerçek veri tabanlı müdahalelerin oluşturulması, belirli koşulların mevcut oluşma sayılarını azaltmak için sosyal müdahalelerin ne kadar faydalı olduklarının ve bu müdahalelere duyulan ihtiyacın gösterilmesi,
- Hem yerel, hem de ulusal devlet kurumlarını sürece dahil ederek, eş zamanlı olarak yukarıdan aşağı ve aşağıdan yukarı yönde çalışılması,
- Sektörler arası işbirliği göstergelerinin benimsenmesi, böylece sağlık geliştirme programı faaliyetlerine katılım sağlamanın değerinin diğer sektörler tarafından anlaşılması (Blas & Kurup, 2010) .

Bu sunum, ABD'nin sağlığın sosyal determinantlarını ele almak üzere son on yılda uyguladığı müdahalelerin bazılarını özetlemek ile sona erecektir. Bu özet, 2011 yılında yayınlanan Sağlıkta Sosyal Determinant konulu Rio Deklarasyonu'nda ortaya konan eylem tavsiyelerinden yapılan seçimlerin kullanımı yoluyla şekillendirilecektir. Uluslararası konferansta aşağıdaki eylemleri de içeren birçok tavsiye belirlenmiştir:

1. Sosyal determinantları ele alma yaklaşımının, tüm gruplara ve sektör- lere söz hakkı veren şeffaf ve kapsamlı karar verme süreçlerini içerdiğini temel alarak, daha iyi bir sağlık ve gelişim denetiminin benimsenmesi,
2. Toplulukların rolünü güçlendirerek politika oluşturma ve uygulama aşamalarına katılımın geliştirilmesi,

3. Sağlık sektörünün, sağlık eşitsizliklerini azaltma doğrultusunda yönlendirilmesi,
4. Tüm sektörlerdeki politika oluşturma çalışmalarını yönlendirmek üzere gelişimin takip edilmesi ve denetim mekanizmalarının artırılması
5. Küresel denetim ve işbirliğinin güçlendirilmesi (DSÖ, 2012)

Eylem 1: Daha iyi bir sağlık ve gelişim denetiminin benimsenmesi:

1985 tarihli Bakanlık Siyahi ve Azınlık Sağlığı Özel Görev Grubu Raporu'yla başlamak üzere federal hükümet sağlık eşitsizliklerinin azaltılması yönünde çalışma yapmaya başlamıştır. Sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik spesifik hedefler, Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı'nın Sağlıklı İnsanlar adlı kamu-özel girişiminin ikinci on yıllık dönemine dahil edilmiştir. Bu girişim, kamu sağlık kurumlarının özel gruplarla (örneğin üniversiteler, sağlık alanında çalışan sivil toplum kuruluşları vb.) işbirliği içinde ele alacakları ulusal hedefler koymuştur. 1990 yılında oluşturulan Sağlıklı İnsanlar 2000 çerçevesi, takip eden 10 yıl için kamu sağlığına yönelik üç geniş hedef ortaya koymuştur: 1) Sağlıklı yaşam süresinin uzatılması, 2) Farklı topluluklar arasında sağlık durumu eşitsizliklerinin azaltılması, 3) Önleyici sağlık hizmetlerine erişim sağlanması. Sağlıklı İnsanlar 2020 çerçevesinin 2010 yılında yayınlanması ile birlikte, ABD sağlığın sosyal determinantlarına yoğunlaşmaya başlamıştır. Bu, söz konusu on yıllık dönme için seçilen hedeflerde kendini göstermektedir:

- Önlenebilir hastalıklardan, engellilikten, yaralanmalardan ve zamansız ölümlerden arındırılmış, yüksek kaliteli ve uzun yaşama ulaşılması,
- Sağlık eşitliğinin sağlanması, eşitsizliklerin giderilmesi ve tüm gruplarının sağlık durumlarının iyileştirilmesi,
- Herkes için sağlıklı yaşamı destekleyen sosyal ve fiziksel çevrelerin oluşturulması,
- Tüm yaşam aşamaları boyunca yaşam kalitesinin, sağlıklı gelişimin ve sağlıklı davranışların desteklenmesi.
- Dokümanın çeşitli yerlerinde, sağlığın sosyal determinantlarının azaltılmasını amaçlayan sektörler arası hedefler bulunmaktadır (CDC, 2012a).

Eylem 2 : Toplulukların rolünü güçlendirerek politika oluşturma ve uygulama aşamalarına katılımın geliştirilmesi:

Federal hükümetin en büyük kamu sağlık kurumu olan Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri (CDC), kanser, diyabet ve kalp rahatsızlıkları gibi kronik hastalıkların önlenmesine yönelik yerel programların uygulanmasını kapsayan sağlık geliştirme projelerini ulus çapında finanse etmek için 2011 yılından itibaren, 103 Milyon ABD Dolar'ından fazla Yerel Toplum Değişim Hibe'si vermiştir. Hibeyi alanların, yerel toplumlarının sağlık durumunu geliştirmek için eğitim, ulaşım ve iş dünyası gibi çeşitli sektörlerden ortaklarla çalışmaları şart kılınmıştır. Programın, her 10 ABD vatandaşından 4'ünden fazlasının sağlık durumunu geliştirmesi beklenmektedir (CDC, 2012). Hibe alanlar arasında işbirliğinin kurulmasını sağlama mekanizmalarından biri, kısmen CDC tarafından finanse edilen Toplum Ortaklığı'nın kullanılmasıdır. Toplum Ortaklığı web tabanlı ve etkileşimli bir haritalama, ağ kurma ve öğrenme aracıdır. Toplum Ortaklığı web sitesi, yerel toplum sağlık teşkilatlarının ve devlet sağlık kurumlarının iletişime geçmelerine ve kamu sağlığı sorunlarını işbirliği yoluyla çözmelerine destek vermeyi amaçlamaktadır (Dylan, 2012).

Eylem 3: Sağlık sektörünün, sağlık eşitsizliklerini azaltma doğrultusunda yönlendirilmesi:

ABD'nin sağlık sektörünün, sağlık eşitsizliklerini azaltma doğrultusunda yönlendirilmesine yoğunlaşması, halihazırda sağlık sigortası bulunmayan 31 milyon ABD vatandaşına sağlık hizmetleri vermek üzere 2014 yılında tam uygulamaya geçecek olan tarihi Düşük Maliyetli Sağlık Hizmeti Kanunu'nun kabul edilmesi ile başlamıştır. Düşük Maliyetli Sağlık Hizmeti Kanunu aynı zamanda ulusal bir önleyici strateji uygulanması amacıyla federal seviye, eyalet seviyesi, kabilesel, yerel ve bölgesel yönetimler; iş dünyası, sanayi ve diğer özel sektör ortakları; hayır kuruluşları; ve yerel toplum ve inanç tabanlı kuruluşlar arasında ortaklıkların kurulmasını zorunlu kılmaktadır. Ulusal Önleyici Strateji (2011) dört Stratejik Direktif içermektedir:

- Tüm Amerikalıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yoluyla Sağlık Eşitsizliklerinin Ortadan Kaldırılması.
- Sağlığın geliştirilmesinde toplulukların önleyici çalışmaları kullanmasına olan ihtiyacı tespit eden ve bunu teşvik eden Sağlıklı ve Güvenli Toplum Ortamı.
- Önemeye odaklı sağlık hizmetlerinin ve toplum seviyesinde önleyici gayretlerin oluşturulmasını, entegre edilmesini ve birbirini desteklemesini temin eden Tıbbi ve Toplumsal Önleyici Hizmetler.
- Sağlıklı tercihler yapmakta gerekli desteği alabilen Yetkili İnsanlar.

Eylem 4: Tüm sektörlerdeki politika oluşturma çalışmalarını yönlendir- mek üzere gelişimin takip edilmesi ve denetim mekanizmalarının arttı- rılması:

ABD, gelişimin takip edilmesini ve hesap verebilirliğin artırılmasını temin etmeye kendini adanmıştır. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Kurumu, ardı ardına dokuz yıl boyunca Ulusal Sağlık Hizmetleri Eşişsizlikleri Raporu (2012a) ve Ulusal Sağlık Hizmetleri Kalite Raporu'nu (2012b) yayınlamıştır. Bu raporlar, hizmet, hasta güvenliği, hizmetin zamanında verilmesi, hasta odaklılık ve hizmet etkinliği konularındaki trendleri değerlendirmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri Kalite Raporu, hastaneye ulaştıklarında tavsiye edilen sağlık hizmetleri verilen kalp krizi hastalarının yüzdesi veya tavsiye edilen aşıların uygulandığı çocukların yüzdesi gibi kalite ltleri üzerinden sağlık sistemini takip etmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri Eşişsizlikleri Raporu, sağlık hizmeti kalitesinin ve sağlık hizmetlerine erişimin çeşitli ırk grupları, etnik gruplar, gelir grupları ve kırsal alanda yaşayan insanlar ile engelli insanlar gibi diğer öncelik grupları arasında dağılımını özetlemektedir (AHRQ 2012a).

Sağlık eşişsizlikleri ülkeye önemli mali yük de getirir. Sağlıkta eşitliğin sağlanmasının arkasındaki sosyal adalet gerekçesine ilave olarak ekonomik sebepler de vardır. Örneğin ABD'de, Afrika kökenli ve Latin kökenli Amerikalılardaki, sadece üç önlenebilir sağlık durumunun – yüksek tansiyon, diyabet ve kalp krizi – maliyeti 2009 yılında 23.9 Milyar ABD Doları olmuştur. Buna ilave olarak, bu sağlık eşişsizliklerinin iş gücü ve üretkenlik kaybı sonucunda 2003 ila 2006 yılları arasında ülkeye maliyeti 1.2 Trilyon ABD Doları'nı bulmuştur. Bu analiz, toplumun sağlık durumu daha kötü olan bir bölümüne sağlık hizmeti sunmakla ilgili doğrudan maliyetlerin yanı sıra üretkenlik kaybı, iş gücü kaybı, devamsızlık ve zamansız ölüm gibi dolaylı maliyetlerini de hesaba katmıştır (Bahls, 2011).

Türk sağlık geliştirme programlarında sağlıkta eşitliğin ne şekilde sağlanacağına yönelik yaklaşımı belirlerken, Sağlıkta Sosyal Determinantlar Komisyonu Sonuç Raporu'nun (CSDH, 2008) giriş bölümünden alınan aşağıdaki cmleri aklınızda bulundurunuz:

Sosyal ve ekonomik politikalar, bir çocuğun tam potansiyeline erişmek üzere büyümesi ve gelişmesi, veya hayatının hüsranla geçmesi noktasında belirleyici bir etkiye sahiptir.

Bir jenerasyonluk bir süre içerisinde sağlık eşitliğinin sağlanması mümkündür, yapılması gereken budur ve şimdi bunu yapmanın zamanıdır.





ESRA TÜZÜN

1970 yılında İstanbul'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. 1987 yılında Güneş gazetesinde çalışmaya başladı. Trend Dergisi'nde ve Sabah Dergi Grubu'nda yöneticilik yaptı. Tempo dergisinde editör olarak çalıştı, "Esra'nın On Sorusu" adlı köşeyi hazırladı. Radikal gazetesinin ardından Sabah gazetesinde çalışmaya başladı. Bir gazetenin künyesinde yer alan ilk sağlık editörü oldu. Dünyanın çeşitli yerlerindeki sağlık haberleri ile ilgili çok sayıda yazı dizisi hazırladı. Halen Sabah Gazetesi Sağlık Editörü, Türkiye'nin tek sağlık haberleri yöneticisidir ve Günaydın gazetesinde hafta içi her gün sağlık dosyası yayınlamaktadır. İki sergiye imza attı. 100 Yaşı devirmenin sırları adlı kitabı ve sergisi bulunmaktadır. Bu çalışması ile Uluslararası Gerontoloji Ödülü kazandı. 32 adlı sergisi şu anda Türkiye'yi dolaşiyor. Dünyada en kısa süre yaşayan insanların ülkesini gezerek onların gülen yüzlerini fotoğrafladı. Sağlık Bakanlığı'ndan 'altın stetoskop' kazandı. Evli ve bir köpeği var.

MEDYA VE SAĞLIK HABERLERİ

Çünkü çok okunuyor, traj getiriyor ama en önemlisi yazılı basında AB kitlesini gazetelerin sevdiği ilan müşterisini çekiyor.

En kaliteli okuyucu profili sağlık haberlerini yazılı basından izliyor.

Ancak sağlık haberleri gazetelerde yer alırken günahlar ve sevaplar işleniyor.

ZAKKUM ZİYA

1.Sağlık haberciliğinin en büyük skandallardan biri Zakkumcu Ziya olayıdır. TRT’de bir gece kansere care bulundu diye yayınlanan haberin ardından Türkiye’de binlerce kişi tek bir doktorun peşinden İstanbul’a geldi. Zakkum yiyerek zehirlenenler oldu.

Bu haber kanser haberlerinin yıllarca sansürlenmesine neden oldu. Doktor-

lar yaptıkları yeni tedavi yöntemlerini gizlediler belki de zakkum korkusuyla yeni tedavilere hep uzak kaldılar. Hastalar kanser olduklarını ve yaşadıklarını kendi içlerine terk ettiler.

Türkiye'deki tedaviye güven kalmadığı için parası olanlar yurtdışına gitti.

Sonra hastalar konuşmaya başladı ve bu tabu yavaş yavaş kırıldı. Rahmetli Kazım Kanat kanserle savaşını öyle bir anlattı ki tedavide yalnızca doktorların, hastanelerin değil hastaların da etkili olduğu fikri yerleşti. Bunu diğer kanser savaşçıları izledi. Korku perdesi aralandı.

AIDS

AIDS 'te basın tarafından etiketli hastalıklardan biridir. Türkiye'de sağlık basını bu hastalıkla ilgili çok büyük bir hatalar yaptı ki yaraları bugün bile sarılamadı. AIDS'li Murti olayı hafızalara öyle bir kazındı ki AIDS damgalandı ve damga hala çıkartılamıyor. Hastalar hasta olduklarına üzülürken etraftan bunu nasıl gizleyeceklerinin hesabını yapıyorlar.

AIDS'li Murti'nin kireçle toprağa gömülme görüntüleri gazetelerde yer alırken batıda Rock Hudson AIDS'e nasıl yakalandığını bunun herkesin başına gelebileceğini anlatıyordu.

Hep hatalar yapmadık... Sevaplarımız da oldu

TÜP BEBEK TEDAVİLERİ

Tüp bebek tedavileri: Şeytan işi deniyordu tüp bebek yaptıran aileler konuştular ve erkek kısırlığı bile artık Türkiye'de şimdi sağlık sorunu olarak görülmeye başlandı. Tüp bebek tedavilerini Türkiye'ye taşıyan doktorlar tabuları yıktılar vakalarını paylaştılar. Çocuğu olmadığını için dağılan aileler kurtuldu. Kısırlık utancı basın ve tıp elele verilerek yıkıldı.

ORGAN NAKLİ

Çok uğraştık hala sorunlar var ancak basın bu konuda genel olarak çok iyi bir yönlendirme yaptı.

SAĞLIK MUHABİRLERİ

Son 25 yılda sağlık yatırımları, sistemi çok değişti ama sağlık haberciliği hiç değişmedi. Sağlık sektöründeki bu büyüme medyada olmadı. 25 yıl önce de

gazetelerin istihbarat servislerinde sağlıkla ilgili bir muhabir vardı. Şimdi de genelde öyle...

Benimle birlikte sağlık editörlüğü kavramı hayatımıza girdi ama içi genelde boş. Gazetelerin yönetim kadrolarında sağlık habercileri, editörleri yer almıyor.

SAğLIK EDITÖRLÜĞÜNDEN BİZE NE?

Bundan bize ne, diyebilirsiniz. Ama bu sizi direkt olarak ilgilendiriyor ve ilerde daha da ilgilendirecek. Son 8 yıldır her sabah gazetenin yönetim toplantılarına giren insan olarak söylüyorum ki bu arada çok yayın yönetmeni değiştirdim. Ancak toplantı odasında bu haberin doğruluğunu sorgulayacak gazeteci olmadığı için basında lider gazetelerde bile büyük hatalar yapıyor.

ROCH KRİZİNİ TOPLANTI ODASINA GİREN BİRİ YÖNETTİ.

Sağlık alanında gazeteciler yönetimde olmadığı için krizi yönetme durumunda masanın öbür tarafına geçecek ve PR yapacak kişi bulmak çoğu zaman mümkün olmuyor. Roch krizi'nde bu yaşandı. Bir ilaç şirketinin bütün yöneticileri göz altına alındı. Büyük itibar kaybı yaşandı. Roch bu krizi medyanın içinden transfer ettiği ekonomi basınından bir üst düzey yönetici ile atlatılabildi. Sağlık basınından kimseyi transfer edemediler çünkü öyle biri yoktu.

ACİL BASKINLARI BİTTİ.

Basında da moda haberler vardır. Bir ara devlet hastaneleri hedefteydi, acillerine baskın yapılırdı, yerden yere vurulurdu Savaş Ay o baskınları en çok yapan gazeteci oldu.

Bazen sıcak habercilik de tartışmalı haberciliğe neden oldu.

Savaş Ay kuş gribi zamanı karantina altındaki çocuklarla sarmaş dolaş hastane odasında poz verdi.

Ayşe Arman organ nakli ameliyatına girince sıcak böbreği eliyle tuttu ve bunu manşet yaptı.

UğUR DÜNDARIN HİJYEN TAKINTISI GEÇTİ.

Uğur Dündar'ın hijyen takıntısıyla yaptığı baskınlar nedeniyle insanlar traktörleri bile eldiven ve bone takarak kullanmaya başladı.

ŞİMDİ YENİ DÖNEM BAŞLIYOR

Dünyanın en lüks hastanelerini yaptınız, uzay üssü gibi hastaneler kurdunuz ancak iletişim stratejileriniz çok zayıf.

Hastaların talepleri bu hastaneler içinde çok büyüyor dolayısıyla artık hesap soran büyük davalar dönemi başlıyor. Hastaneler buna hukuk servisleri ile hazırlanabilirler. Ancak iletişim stratejileri ile hazırlanmakta zorlanacaklar. Kendileriyle ilgili haberi gazeteden okuduklarında zor olacak. Onlara bunu haber verecek kişiler toplantı odalarında yok, hatalar önlenemez.

YÜZ NAKLİ HACETTEPE VE AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ KARŞILAŞTIRMASI

Hastaneler için güven kaybı doğru iletişim stratejileri çok önemli. Son dönemden bir örnek vermek istiyorum.

Türkiye’de yapılan yüz nakillerinin ardından Akdeniz Üniversitesi Üniversitesi çok doğru bir iletişim stratejisi kullandı. Çok tecrübeli bir iletişim ekibi vardı ve açıklık kavramını getirdi. Doktoru samimiyetle lanse etti ki içi dolu olunca medya gerçekliği sever. Türkiye’de rol model olacak hekimlere ihtiyaç var. Sonra onun yaptığı hata büyük yankı uyandırmadı, skandala dönüşmedi.

Hacettepe Üniversitesi yüz naklini yaptığında büyük iletişim hataları yaptı. Kullanılan kelimelerden açıklamayı kimlerin yapacağına kadar her şey hataydı.

Sonunda tepki ortaya çıktı ve Hacettepe Üniversitesi için büyük bir güven kaybı oluştu.

KADROLAR YETERSİZ

SMART BOMM

Her hastane göstermelik bir iki iletişim danışmanı küçücük kadroları ile iletişimi yönlendirmeye çalışıyor. Olmazzz.

Çünkü iletişim bir ekip işidir.

Madem hasta işletmecisinde dünyanın en iyi merkezlerini çağırıp onlardan dereceler almaya çalışıyoruz neden iletişim stratejilerini de kullanmıyoruz.

Johns Hopkins’in hastane binası kadar büyük bir iletişim departmanı var. Yeni araştırmaların isminden lanse edileceği yere, kadroya kadar her şeyi birlikte planlıyorlar. Bilimsel araştırmayı halka en iyi şekilde anlatmak için araştırmalara isim geliştiren bir departmanları var. Hedefe yönelik tedaviye akıllı bomba adını vererek anlaşılmasını sağlıyorlar.

BAŞARI HİKAYELERİ

Hastaneler İtalyan koltuklara para yatırmaya alıştılar ama iletişimlerine para harcamıyorlar. Duvarlarda çok güzel tablolar var ancak sağlıkta başarı hikayeleriniz yok. Harvard, Johns Hopkins bakıyorsunuz duvarlarda hep hastalığı yenmiş insanların mesajları var. Türkiye’de etik diye bir şey tutturulmuş hastalar konuşamaz, lanse edilemez deniyor. Bunun sistemi bile kurulmamış.

Yazılı basın bütün medyanın trend setter’ıdır. Yazılı basın aynadır. Ve bence küçük kadrolarla ortaya çıkarsanız büyük yatırımlarınız zarar görür...

Hayatında yurtdışında hiç hastane gezmemiş iletişim danışmanları ile bu işi yürütemezsiniz. Hiç sağlık haberi yapmamış kişilerle de olmaz. İletişim bir ekip işi ve bu kadronun da özenli iddialı kurulması gerekli.

ESRA KAZANCIBAŞI ÖZTEKİN

EĞİTİMİ

İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Gazetecilik ve Halkla İlişkiler Bölümü mezunu. Londra'da City Üniversitesi Gazetecilik Bölümü'nde eğitim gördü. Mezuniyetle ilgili araştırma haberini "İngiliz sağlık sistemi ve yaşanan sorunlar" üzerine yaptı.

TELEVİZYON ÇALIŞMALARI

A Haber'in sağlık programı Esra Kazancıbaşı ile Medikal'i hazırlayıp sunuyor. HaberTürk Televizyonu'nda 2002-2010 yılları arasında Medikal isimli sağlık programını hazırlayıp sundu. Mart 2010 ile Mayıs 2010 arasında HaberTürk ekranlarında bir başka sağlık programına daha imza attı: Sağlık Masası

TRT1, Show TV, BRT, Kanal 6'da ve HBB televizyonlarında sağlıkla ilgili konularda program yapımcısı, sunucusu ya da sağlık editörü olarak görev aldı.

YAZILI BASIN

Gazetecilik mesleğine başladığı Tercüman Gazetesi'nde dokuz yıl sağlık muhabiri olarak çalıştı ve sağlık köşesini yönetti. Kadınca Dergisi'nin beş yıl genel yayın yönetmenliğini yaptı. Türkiye'ilk defa bir kadın dergisinde spor sayfasını açan isim oldu. Woman ile sağlıklı beslenme ve diyet dergisi Light'ın yayın hayatına geçmesini sağladı. HaberTürk Gazetesi'nde, HaberTürk internet sitesinde, Yarın ve Tercüman gazetelerinde köşe yazarlığı yaptı.

İNTERNETTE SAĞLIK

www.sagligimicinhersey.com ile erkek sağlığı sitesi www.sagliklierkek.com'un yayın hayatına gelmesini sağladı.

SAĞLIK YAYINCILIĞI

Halka yönelik sağlık kitapları ve sağlık dergileri çıkartmak amacıyla 2011 yılında Sağlık Adası Yayınları'nı kurdu. www.sagligimicinhersey.com sitesi ile aynı adı taşıyan sağlık kitapları serisini hayata geçirdi. Serinin bugüne kadar üç kitabı piyasaya çıktı.

Sorular ve Yanıtlarla Hepatitler, Sorular ve Yanıtlarla Göz Hastalıkları, Sorular ve Yanıtlarla Diyabet. İyi doktora, doğru tedaviye ve mükemmel sağlığa ulaşılmasında yol göstermeyi hedefleyen "Akıllı Hastanın Sağlık Rehberi" isimli kitabı okurlarla buluştu.

SAĞLIK İLETİŞİMİ

Beykent Üniversitesi'nin Hastane Yöneticiliği programında "sağlık iletişimi" konulu dersin eğitmenliğini yaptı. Çeşitli hastanelerde doktorlara, hemşirelere "sağlık iletişimi, sağlıkta kriz dönemlerinde medya ilişkileri" konulu eğitim verdi.

KAZANDIĞI ÖDÜLLERİ



"Sağlık mı dediniz!" başlıklı araştırmasıyla 1987 yılında Türkiye Gazeteciler Cemiyeti Basın Ödülleri'nde araştırma dalında alında mansiyona layık görüldü.

Türk Tabipler Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Dişhekimleri Odası gibi sağlık meslek kuruluşlarının sağlıkta yılın en iyi haber ve araştırma ödüllерinin pek çok defa sahibi oldu.

HaberTürk'te yayınlanan Medikal isimli programda, halk sağlığına yaptığı katkılardan dolayı Hastane Dergisi'nin 2004 yılında sağlıkta basın ödülünün sahibi oldu. Esra Kazancıbaşı Öztekin imzalı Medikal, İstanbul Tabip Odası tarafından 2009 yılında Yılın En İyi Sağlık Programı seçildi. Programlarda ruh sağlığıyla ilgili konulara yer vererek halkın bu konuda bilgilendirilmesine katkıda bulunduğu için Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından 2010 yılında televizyon dalında verilen ödülün sahibi oldu. Yeditepe Üniversite Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin oylarıyla ağız ve diş sağlığına katkılarından dolayı Medikal'e 2012 yılının en iyi televizyon programı ödülü verildi.

MESLEKİ ÜYELİKLERİ

Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği'nin (ESAM) kurucuları arasında yer alıyor. Türkiye Gazeteciler Cemiyeti üyesi.

Esrako@gmail.com

YENİ MEDYA VE ETİK

Günümüz medyasında sağlıkla ilgili bilgilerin halka ulaşmasında televizyonlar ve internet önemli bir kaynak olarak karşımıza çıkıyor. Tıpla ilgili konularda sosyal medyanın kullanımı da son yıllarda giderek artıyor.

RTÜK'ün 2012 verilerine göre Türkiye'deki televizyon kanalı sayısı 553, radyo kanalı sayısı ise bin 120. Türkiye'de 2012 yılı itibarıyla dakikada 168 milyon e-posta gönderiliyor, google gibi arama motorları üzerinden 694 bin 445 arama yapılıyor. Sosyal paylaşım sitesi Facebook'un Türkiye'deki kullanıcı sayısı 31 milyonu aştı. Türkiye, Ağustos 2012 verilerine göre yaklaşık 9 milyon twitter kullanıcısıyla dünyada 11'inci sırada yer alıyor.

Milyonlarca insana televizyon ve internet aracılığıyla ulaşılan sağlık bilgilerinin ne ölçüde güvenilir ve doğru olduğu irdelenmesi gereken konular arasında başı çekiyor. Televizyonlarda ve internette sağlıkla ilgili konularda yaşanan başlıca sorunlar şöyle sıralanıyor:

TELEVİZYONLARDA SAĞLIK NE KADAR SAĞLIKLI?

- Kanalların rating-reklam-sponsorluk geliri elde edebilmek için sağlıkla ilgili konuların ele alındığı programlarda içerik kalitesinden ödün vermeleri.
- Sponsorluk ücretini ödeyen herkesin televizyonlarda konuk edilmesi. Uzmanın eğitiminin, bilgisinin, deneyimin, topluma vereceği mesajın ne olduğuna bakılmaksızın sponsorluk gelirine odaklı yayın yapılması.
- Program yapımcılarının, sunucularının adının önünde profesör ünvanı olan herkese hekim muamelesi yapması.
- Daha çok izlenmek uğruna diyabet, hepatit, kanser gibi hastalıklarda otlarla şifa sömürüsü yapanlara ekranlarda yer verilmesi.
- İzleyici sayısını arttırmak uğruna yıllarını tıbbı adayan hekimler yerine evlilik koçlarının, enerji uzmanlarının konuk edilmesi.
- Sağlık ve kadın programlarının kozmetik, zayıflama ya da sağlık ürünlerinin satış-pazarlama merkezi haline dönüşmesi.
- Tıptaki gelişmelerin başdöndürücü bir hızla ilerlediği çağımızda meslek içi eğitimler, kongreler yerine; hekimlerin medyanın büyümesine kapılarak hastaneden çok, ekranlarda vakit geçirmesi.
- Televizyonlarda haber merkezlerinde sağlık muhabiri, sağlık editörü bulunmaması. Sağlıkta uzman gazetecilerden yoksun görsel medyada bu durumun yanlış, eksik ya da reklama dayalı haberlerin yayınlanmasına neden olması.
- Araştırma safhasında olan ilaçların ya da yeni uygulanmaya başlayan, uzun dönemdeki sonuçları bilinmeyen yöntemlerin rating uğruna “mucize tedavi”, “kansere son”, “cerrahide devrim” gibi abartılı başlıklarla yayınlanması.
- Sağlık programlarını hazırlayıp, sunanların eğitim, deneyim, bilgi sorunu.

Türkiye’de yayın yapan ulusal ve yerel toplam 500’ü aşkın kanalın hepsinde en az bir sağlık programı olduğu düşünüldüğünde, hastalıklar, nedenleri, teşhis ve tedavi yöntemleri konusunda izleyicilere ulaştırılan bilgilerin doğruluğunun önemi ortaya çıkıyor. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği’nin (CETAD) 2007 yılında yapılan araştırması, her 100 kişiden 32’si medyada en çok sağlık programlarını güvenilir bulduğunu gösteriyor. Araştırmanın yapıldığı

tarihten bu yana geçen yedi yılda televizyonlarda sağlık programlarının güvenilirlik oranı ne olur acaba?

İNTERNETTE SAĞLIK SAĞLIKLI MI?

- Birbirinden kopyalanarak, internet reklamları almak için kurulmuş bilimsel değeri olmayan yazıların yer aldığı internet siteleri halk sağlığı için potansiyel bir tehlike konumunda.
- Otlarla, bitkisel karışımlarla diyabet, hepatit, sedef, kanser, kalp hastalığı ve cinsel problemler gibi konularda umut tacirliği yapan kişilerin çoğu internet yoluyla hastalara, hasta yakınlarına ulaşıyor.
- Bitkisel ürün pazarlayanların sahibi oldukları çoğu web sitesinin ismi hastalıkların adı ile anılıyor ve bu yüzden google gibi arama motorlarında üst sıralarda çıkıyorlar. Arama motorlarında öncelikle ilk sayfadaki internet sitelerini ziyaret eden hastalar ve hasta yakınları için bu durum önemli bir tehlike oluşturuyor.
- Evlilik problemleri, beslenme, diyet, egzersiz, ruhsal sorunlar gibi konularda kendilerini sağlık koçu olarak tanıtan kişiler de kişisel internet siteleriyle, facebook ve twitter gibi sosyal paylaşım siteleriyle halka ulaşıyorlar.
- İnternet yoluyla sahte ilaçların temini de mümkün olabiliyor.
- Sosyal medyanın hastalıklardan korunmada bilinç yaratılmasında faydaları kadar; bitkisel reçetelerle şifa sömürüsü yapanları, enerji uzmanlarını, sağlıkta yeni bir yöntemi pazarlayanları bir anda geniş kitlelere ulaştırdığı da unutulmamalı.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Sağlık okuryazarlığının artırılması. Akıllı bir hastaya düşen sorumlular konusunda toplumun bilinçlendirilmesi.
- Hastaların, hasta yakınlarının doktorunu, hastanesini seçerken, internette sağlıkla ilgili araştırma yaparken nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmesi.
- İletişim fakültelerinde sağlık muhabirliği ve sağlık iletişimi derslerinin konması.
- Gazetelerde, televizyonlarda sağlık muhabirlerinin sayısının artırılması.

ması.

- Yazılı ve görsel medyada dış haberlerden yurt haberlerine ve magazine kadar farklı servislerden gelen sağlıkla ilgili haberleri kontrol eden, doğruluğunu araştıran uzman sağlık editörlerinin bulunması.
- Kamu hastanelerinden özel hastanelere kadar tüm sağlık kuruluşlarında sağlık pr'ını ve haberin ne olduğunu bilen uzman kişiler istihdam edilmesi
- İnternet sitelerine künye zorunluluğu getirilmesi. (Sahibinin, yazı işleri müdürünün belli olması halk sağlığını tehdit eden içeriğe sahip web sitelerinin kontrolünü sağlayacaktır.)
- Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'ndan onaylı bitkisel destekleri amaçları dışında sağlıkla ilgili konularda kullanan firmalara verilen cezaların arttırılması.
- Halk sağlığını tehdit eden bitkisel ürünlerin ve yöntemlerin tanıtımını, pazarlamasını yapan televizyonlara, internet sitelerine yönelik yaptırımların yeniden gözden geçirilmesi.
- Sağlık Bakanlığı'nın medya, özellikle sağlıkta uzman gazeteciler ile daha yakın iletişime geçerek hastalıklardan korunma ve bilinçli bir hasta olma konusunda kamu spotlarının yanısıra haber, söyleşilerle vatandaşlara daha etkin bir şekilde ulaşması. Sevilen dizilerin senaryolarında özellikle yeni medyanın getirdiği sağıktaki tehlikelere karşı uyarıcı mesajlar eklenmesinin sağlanması. (Örneğin internetten aldığı bitkisel zayıflama hapi sonucu sağılığı bozulan birinin öyküsüne yer verilerek topluma doğru mesajların ulaştırılması)

JOHN ILLMAN

John Illman, 2001 yılından bu yana tıp ve halk sağlığı alanında uluslararası danışman olarak çalışmaktadır. Tıp ve medyanın, değişik hikaye anlatım gelenekleri olan birbirinden uzak kültürler olduğunu fark ederek, bu kültürel ayrımı bir köprü ile birleştirmek için iletişim tekniklerine odaklanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin değişim yaratacak iletişim stratejilerini geliştirmesi için eski ve yeni medya stratejilerini kullanmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Illman, tavırda, uygulamada veya felsefede faydalı değişimin başarılı iletişimin sonucu olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık profesyonellerini “Einstein değişimiyle” buluşmaya teşvik etmektedir. Nobel Ödülü sahibi bu kişinin şöyle söylediği rivayet edilmektedir: “Her şey mümkün olduğu kadar basit olmalıdır – ama olması gerekenden daha basit olmamalıdır.” Belki de bu durum, halk sağlığı alanındaki en üst düzeydeki iletişim sorunudur.

John kariyerine, Birleşik Krallık’taki repertuarındaki oyunları sergileyen bir tiyatrodan başlamıştır- sunum teknikleri konusunda, bu deneyimi son derece değerli bulmaktadır ancak danışmanlık işi, Londra’da 30 yıldan fazla bir süre

icra ettiği tıp gazeteciliğine dayanmaktadır. Hala, büyük oranda bu alanda çalışmalarını yürütmektedir. 2012'de, Medical Journalists' Association Summer Awards (Tıp Gazetecileri Derneği Yaz Ödülleri) ve European Union Health Prize (Avrupa Birliği Sağlık Ödülü) kurullarında jüri üyeliği yapmıştır. Aynı zamanda, 2012 yılında, £200,000'luk UK Orange Different Business Awards'da (Birleşik Krallık Portakal Çeşitli İş Ödülleri) jüri üyeliğine yardımcı olmuştur.

John Daily Mail'de kitle iletişim pazarı konusunda beş yıl tıp muhabirliği; The Guardian'da sekiz yıl sağlık editörlüğü; ve The Observer'da üç yıl tıp muhabirliği yapmıştır. BK'daki çok disiplinli psikiyatri ekibi için oluşturulmuş ilk dergi olan New Psychiatry'nin (Yeni Psikiyatri) kurucu editörüdür. Aile hekimleri için haftalık bir yayın olan General Practitioner'ın (Pratisyen Hekim) eski editörü olarak Britanya'nın en çok satan dergilerinden birisi olan Woman'da (Kadın) dört yıl köşe yazarlığı yapmıştır. 400 üyeli Tıp Gazetecileri Derneği'nde, 2002 yılına kadar başkanlık yapmış olup 2010 yılında, "caretaker chair" ünvanı almıştır. 2011'de, Yönetim Kurulu'nda 30 yılını tamamladıktan sonra derneğin onursal üyesi ilan edilmiştir. Hala, Kurul'da bulunmaktadır.

Hazırladığı raporlar şunlardır: Masks and Mirrors of Mental Illness (1978) (Ruh Hatalıklarının Maskeleri ve Aynaları); Malcolm Lader ile Pathways to the Mind (1984) (Akla Giden Yollar); the Expert Patient (1999) (Uzman Hasta); ve Animal Research and Medical Advances (2007) (Hayvan Araştırmaları ve Tıptaki İlerlemeler). Kitapları arasında şunlar yer almaktadır: kalp nakli öncüsü Christian Barnard ile yazdığı the Body Machine (1981) (Vücut Makinesi); Use your brain to beat Depression (2004) (Depresyonu Yenmek için Beynini Kullan); Use your brain to beat Panic and Anxiety (2005) (Panik ve Anksiyeteyi Yenmek için Beynini Kullan); Beat Panic and Anxiety (2006) (Panik ve Anksiyeteyi Yen); ve Politics, Protest and Progress: 100 years of animal research - the History of the Research Defence Society (2008) (Politika, Protesto, İlerleme: hayvan araştırmalarının 100 yılı-Araştırma Savunma Topluluğunun Tarihi). 2005'te, Use your brain to beat Depression için John won the Tony Thistlethwaite ödülü almıştır. Aynı zamanda, beş adet gazetecilik ödülü kazanmıştır. En son kitabı 2013'te basılacak olan Handling the Media: Communication skills for healthcare professionals'dır (bkz. aşağıda) (Medyayla Başa Çıkmak: Sağlık Profesyonelleri için İletişim Becerileri).

Birçok parlak görüş kazanmıştır. Örneğin, The New England Journal of Medicine'da (New England Tıp Dergisi), the Body Machine hakkında yazan Harvard Tıp Fakültesi'nden Dr. Curtis Prout şöyle söylemiştir "Yazım şekli açık, net ve çok iyi hazırlanmıştır." "Metin...doğru, iyi yazılmış ve böyleleri uzunlukta ki bir kitap için şaşırtıcı şekilde detaylı".

Kitabın başlığı savunduğu tezi yansıtmaktadır: insan vücudu, Descartes genelenğini takip ederek bir makineye benzetilmiştir.. Prout'un inceleme yazısı şu sonuca varmaktadır: "yazarların, insan vücudunun makine gibi görülmesi fikrine çok kapılmaması için, en iyisi kendi çıkardıkları sonucu alıntılarmaktan daha iyi bir şey yoktur. 'Vücut makinesi ...birçok farklı yakıt kaynağı talep eder; örneğin, yalnızca öz saygı, haysiyet, onur, aşk, heyecan ve zorluk değil aynı zamanda yaptığımız makinelere aktarılarmayacak ve rakamsal olarak ölçülemeyecek şeyler."

Britanyalı ödüllü yazar ve Pratisyen Hekim Tom Smith, Use your brain to beat Depression konulu MJA News için hazırladığı inceleme yazısında şöyle yazmıştır: "Bu kitap, şu ana kadar depresyon konusunda okuduğum en iyi kitap -...John'un yazım şekli, bilimsel geçmişi olmayan bir okuyucunun, beyin anatomisi ve işlevi, nöroiletkenlerin psikolojik duygu durum değişikliği üzerindeki rolü gibi konuları da kapsayan en karmaşık yönleri daha da basit kılıyor. Ancak, biyoloji veya tıp eğitimi olmayan kişileri de yazım şekliyle göz önünde bulunduruyor. Bu her şekilde bir başarıdır."

1999 yılından beri Londra Westminster Üniversitesi'nde ziyaretçi hocalık yapan John tıp öğrencileri için Avrupa'nın ilk Tıp Gazeteciliği dört yıllık lisans programına öncülük edilmesine yardımcı olmuştur. Aynı zamanda, Cambridge Üniversitesi yüksek lisans öğrencileri için iletişim dersleri vermektedir ve BK Pratisyen Hekimler Kraliyet Koleji, Kraliyet Tıp Topluluğu (Royal Society of Medicine), Britanya Tabipler Odası (British Medical Association) ve Sağlıkta İletişim ve Pazarlama Birliği (Association of Healthcare Communications and Marketing) gibi kurumlarda misafir konuşmacıdır. John'un, hem röportaj yapan hem de röportaj yapılan kişi olarak 300'den fazla yaygın kredisi bulunmaktadır.

Şu anda, en son kitabı olan Handling the Media: communication skills for healthcare professionals bu sene basılması için hazırlıklar yapmaktadır. Konular arasında şunlar yer almaktadır:

Tıp-medya ilişkisi: halkın sağlık-bakım hizmetleri hakkındaki algısını değiştiren 20 kilit gelişme ve tıp ile medya arasında değişen ilişki – talidomit skandalından, 1960'lardaki ilk insandan-insana kalp nakline, 1990'larda internetin ilerlemesine ve 21. yüzyılda sosyal medyanın ortaya çıkışına.

- Haberi haber yapan nedir? Değer olan ile haber değeri olan arasındaki fark.
- Gazeteciler: tıp ve sağlık alanında haber yapanlar kimlerdir? Tıp ve medya birbirinden uzak kültürler olmasına rağmen, gazetecilerin sağlık profesyonelleriyle birçok ortak noktaları vardır.

- Medyanın röportaj talebine yanıt vermek: potansiyel kusurlar ve genel hatalar.
- Medyayla röportaja hazırlık: amaçların tanımlanması, mesajların geliştirilmesi, beklenecek sorular ve röportaj tekniği.
- Medyayla röportaj: telefon görüşmesinden prime time TV'ye kadar.
- Yazı yazmak ve yayıncılık: sağlık profesyonelleri için fırsatlar.
- Hasta vaka hikayeleri: medyayla görüşen hastaların çoğu kendileri veya aileleri üzerinde derin etkiler bırakmış özel sorunlarından bahsederken hazırlıksız konuşurlar.
- Anlatıcı tıp – kelimeleri almaya devam: bu durum, hastalıkları hakkındaki deneyimleri yazan hastaların gördüğü potansiyel tedavi faydalarının altını çizer. Ünlü yazarlar ve gazeteciler, hastalar açısından önemli olan şeyleri betimler.

john@jicmedia.co.uk

Sağlık Haberleri Yapmak Sağlıklı Yaşam Açısından Ne Tür Farklılıklar Getirir?

Birçok sağlık bakım profesyoneli, söyledikleri yanlış haber yapılırlar veya birleyle ters düşme korkusuyla medyadan uzak kalmaktadır. Ancak, Londralı bir psikiyatrist olan Dr. Philip Timms şöyle bir tavsiyede bulunmuştur: "Psikaytristler medyayla konuşmaktan veya yazı yazmaktan çekinmemelidir. Eğer kendi konumumuzu temsil etmezsek, esas o zaman medya tarafından konumumuz yanlış temsil edilir." Bu tüm sağlık bakım çalışanları için iyi bir tavsiyedir – özellikle, halk sağlığı profesyonelleri için. Çeşitli doktorlar şunu gözlemlemiştir: benim gibi bir gazeteci halk sağlığı alanında münferit bir doktordan çok daha fazlasını başarabilir. Bu tartışmaya açık bir konudur. Her iyi medya uygulaması örneği karşısında, bu belki de bir kötü uygulama örneğidir. Hem iyi hem de kötü uygulama örneklerinden bahsetmek; aynı zamanda, neden sağlıklı ilgili haber yapmanın bir fark yaratabileceğini tartışmak istiyorum.

İYİ UYGULAMA: Amerikan Başkanı Ronald Reagan – ABD (Bağırsak Kanseri)

Genellikle, sağlık profesyonelleri gazetecilere şoyale sleyler: “şu veya bu konuda yazmalısınız. Bu önemli bir husus. şeşitli şekillerde haklılar ama “önemli” veya “değer” olan ile “haber değer” olan arasında fark vardır. Kural basit: haber yoksa, hikaye yok. Örneğin, sigara içmenin hayatı tehdit ettiği hala önemli bir halk sağlığı mesajıdır ancak artık, bir haber niteliği yoktur. Bilim adamları ilk kez, sigara içmek ve akciğer kanseri arasındaki bağlantıyı 1950 yılında ortaya çıkardıklarında, bu durumun haber niteliği vardı.

Ben, değer olanı haber değer olanla karıştırdığım için suçluyum. 1980’lerin ortalarında Londra’da the Daily Mail tıp muhabirliği yaparken, okuyucuları bağırsak kanserinin erken uyarıcı semptomları konusunda uyarmak istedim. Haber editörüne bir hikaye fikri sundum ve bana şoyale patladı: “Kahvaltıda, kim bağırsak kanserini okumak ister?” Aslında, burada sorun olan, okuyucuların kahvaltı sırasında bağırsak kanseri hakkında bir şeyler okuyor olmaya duycakları hassasiyet değildi; daha ziyade hikaye fikrimdi. Haber niteliği yoktu. Amerikan Başkanı Ronald Regan’ın bağırsak kanseri olduğu haberi üç hafta sonra çıkınca, herşey değerışti. Dünyanın en talepkar işlerinden birisini yapan en meşhur kişiydi belki de. – on yılın en büyük tıp haberinin de kaynağı oldu.

Durumu, dünya çapında tıp muhabirleri için bağırsak kanseri hakkında temasal bir pencere açmıştı – haber esasen, bugün, dün ve yarınla ilgiliydi.

Halk sağlığı uzmanları için önemli kritik mesaj şudur: bu “pencereler” hızlı bir şekilde açılır ve kapanır– genellikle birkaç gün içerisinde Medya sürekli hareket halindedir. Reagan dosyası, özgün bir duruma sahip olduğundan bir istisnadır. Hastalığı duyurulduktan üç hafta sonra hala takip yazıları yazıyordum.

Peki, medya kapsamı tedavi sonuçları açısından ne gibi bir farklılık yaratmıştır? İzleme şunu göstermiştir ki bağırsak kanserine halk net ancak geçiş şeklinde bir ilgi göstermiştir; bu nedenle, erken teşhis testlerinde eş değer bir artış olmuş ve erken aşama kolo-rektal kanserlerin teşhis oranı yükselmiş, 1986-87 yıllarında hastalığın ilerlemesinde bir düşme olmuş; bu sayede, hayat kurtaran bir tarama etkisi ortaya çıkmıştır. Burada geçen ‘geçiş’ kelimesine dikkatinizi çekmek isterim. Yeni manşetler halkın dikkatini çekmek için yarışırken, medya mesajları ve hikayeleri ortadan kaybolur. Haber kadar çok çabuk çürüyüp ortadan kaybolan meta yok gibidir – özellikle yeni Twitter kültüründe.

İYİ UYGULAMA: Clare Oliver – Avustralya (Melanoma)

İlham veren gazeteci Clare Olive 26 yaşında 2007’de Avustralya’da hayatını kaybetti ve müthiş bir miras bıraktı. Hayatının son aylarında, solaryum üniterlerinin tehlikelerini yazdı ve yüzlerce makale ve yaklaşık 400 yayının yapılmasına vesile oldu, Victoria sağlık bakanı, eyalet başkanı ve federal sağlık

bakanından destek aldı.

ABC-TV'de çıktığı zaman medya çılgınlığı başladı ve Herald-Sun'da şöyle yazdı: "Zamanı geri alabilsem ve 19 yaşındaki kendimle konuşabilsem, o kızı solaryum kullanmamasını söyledim. Bilinçaltımda, UV Ave UVB ışınlarının bilincinde olduğum için, solaryumların kansere neden olduğunu biliyordum ancak 19 yaşında, ucuz bir teklif verdim: 'on seans satın al, yirmi seans gel!'"

Bu konuşmasının sonucunda, Viktorya eyalet yönetimi on yıl boyunca solaryumlar hakkında veri topladı. Viktorya Kanser Konseyi araştırması şunu gösterdi ki solaryum merkezlerinin yarısı 17 yaş altı adolesanların ailelerinin iznini almadan geldiklerini ve %90'ı da solaryuma girince bronzlaşmayan ancak derisi yanan Fitzpatrick's tip 1 yetişkin vakalarına müsaade etmektedir. Bu her iki bulgu da solaryum endüstrisinin kendi etik kurallarının ihlal edildiğini göstermiştir.

BMJ şöyle yazmıştır: "Bu.....hikaye halk sağlığı politikası şekillendirmeye medyanın dahil edilmesinde bir bireyin başarısının güçlü bir örneğidir. Bununla birlikte, örneğin de gösterdiği üzere, ilgili politikanın yürürlükte olduğunu belirlemeye dönük kanıtın bulunması önemlidir. Bunun için, hızlı hükümet eylemiyle sonuçlanan Clare'inki gibi hikayeler paylaşılmalıdır."

Keza, hikayenin konusunun çekiciliği önemlidir. Konunun çekiciliği "haber değeri" olarak da değerlendirilir. Haber değerleri arasında, haberin ham bileşenleri arasında şunlar bulunur:

- Yenilik (ilk kez olması);
- Evrensellik (hepimiz güneşe maruzuz);
- Etki (Oliver vakası önemli duygusal bir etki yarattı)
- Tezat (solaryum endüstrisi kendi etik kurallarını ihlal etmiştir).

İnsanlar, aynı zamanda haberin bütünleyici bir parçasıdır. Bir İngiliz medya önde geleni şöyle demiştir: "İnsan yoksa – haber yok."

İYİ UYGULAMA: Soul City -Güney Afrika (HIV/AIDS)

Hikayeler, çevik bir kanıt temeliyle geleneksel hikaye anlatımını birleştirebiliyorsa, bir farklılık yaratmak zorunda değildir. Birçok halk sağlığı konusunu ele alan Güney Afrika tv dizisi Soul City, BMJ'nin haberine göre önemli bir hayat kurtarıcı etki yaratmıştır. Dinleyici tahmini HIV/AIDS'li olduğu düşünülenlerin

%10'unu yani 34 milyon kişiyi aşmıştır.

Doug Storey, Baltimore Maryland'daki Johns Hopkins İletişim Programları Merkezi Direktör yardımcısı Soul City dizisini dünyanın en iyi eğlendirirken eğiten örneklerinden birisi olarak tanımlamıştır. Şöyle söylemiştir: "başarılı eğitici eğlence programlarının arkasındaki strateji bilim adamları ve sanatçıları bir araya getirmekte yatar; böylece, birbirlerinin lisanını konuşmayı öğrenirler. Hikaye metni gelişirken, bilimden yararlanılmalıdır. Soul City bunu güzel şekilde yapmaktadır."

BİR OLMANIN GÜCÜ

Yukarıdaki örnekler hikaye anlatımının öne çıkan örnekleridir – yani beşeri kültürün bütünleyici bir parçasıdır. Hem tıp eğitimi hem de tıp gazeteciliği ve hikayeleri kendimizi tanımlamamıza ve kendimizi başkalarıyla karşılaştırmamıza yardımcı olur; böylelikle, yapılacak işler programında kendi yerimizle ilgili bizlere bir perspektif hissi kazandırır.

Bir tüketici medya örneği hikayesi hastaların fiziksel ve ruhsal olarak ne beklemeleri gerektiği ve sağlık bakım profesyonellerinin hastaların yerine kendilerini koymalarına, neyin hassas, riskli ve bağımlılık getireceğini anlamalarına yardımcı olabilir. İyi bir vaka hikayesi bilimsel objektif bilgiyi hastanın subjektif tecrübesiyle karıştırmalıdır.

Paradoksal olarak, bir kişi hakkındaki hikaye on bin kişinin hikayesinden daha güçlü olabilir. Bu "birin gücü" olgusu aynı zamanda "Rahibe Teresa Etkisi" olarak bilinmektedir. Dünya liderlerinden herhangi biriyle olsun dilenciler olsun herkesle görüşebilen ve Hindistan'daki çalışmalarıyla meşhur olan rahibenin şöyle söylediği rivayet edilir: "Kitleye bakarsam, asla hareket etmem. Bir kişiye bakarsam, harekete geçerim."

"Birin gücü" yalnızca medya hikayelerini değil aynı zamanda insanların hayır işlerine ne kadar katkıda bulduklarını da etkiler. Biraz sonra anlatacağım yüksek rakamlara bel bağlayan araştırmacı ve klinisyenleri düş kırıklığına uğratabilir– ancak, bir çalışmada, istatistiki olarak daha iyi bilgilendirilmiş potansiyel donörler, daha az para vermektedir. Açlık riski altındaki Afrikalı bir çocuğun duygulara hitap eden kısa hikayesini okuyan insanlar üç milyon Afrikalının tehdit altında olduğunu anlatan ham istatistikleri görenlere göre iki katı katkıda bulunmuştur. İstatistiki verilerin insan gibi bir yüzünün olmaması ve bilimin çevik bir gücünün olması halkla ilişkilerin alçak bir zayıflığı olabilir.

İstatistiki verilerin analitik düşünceyi teşvik ettiği, duyguları körleştirdiği ve insanları kapattığı görülmektedir. Bu nedenle hayır kuruluşları, belirli bir

çocuğa destek olmak için bağışcılarını davet etmekte ve medya, bireysel vaka hikayelerine odaklanmaktadır.

KÖTÜ UYGULAMA

Yukarıdaki örnekler net faydalar gösterirken, hasta hikayeleri için editöryel kriterlerin advers etkileri olabilir. Bunların arasında şunlar yer alabilir:

Trajedi Karşısında Zafer (TKZ)

TKZ formülü sayısız engelin üstesinden gelen süper kahramanları sunar. Örneğin, maraton koşan bir kanser hastası, kanser hastalarını yalnızca yetersiz hissetirmek için "iyi" bir kopya olabilir. Angela Wilkie, Kanserli Olmak ve Kanserle Yaşamak (Having Cancer and How to Live With It) kitabının Britanyalı yazarı şunu vurgulamaktadır: hikayesinin konusu "gerçek mutluluğu bulmak" için kansere karşı "cesurca nasıl mücadele ettiği" ile ilgili değildir. Kanseri, medyanın yaptığı gibi "kahramanlık" veya "zorluk" gibi kelimelerle süslemek durumları hakkında en kötü haberi alıp buna katlanmak zorunda kalan binlerce insanın acısını inkar etmek demektir.

Güzellik

Walt Disney'in şöyle bir gözleminin olduğu söylenir: "Kitle iletişimi icatlarının içinde, sinema hala en evrensel dili konuşmaktadır." Medya gittikçe artan şekilde emsal teşkil eden "güzel" insanlarla daha da görsel hale gelmiştir. Editöryel kalitesine bakmaksızın bir vaka hikayesi görsel hitaba sahip değilse reddedilebilir.

Gençlik

Medya, yaş ayrımcılığı yapar. Bu durum, yalnızca medyaya değil geniş kapsamlı olarak, medyanın hedef kitlesine yansır. Editörler hatta yaşlılar hakkındaki hikayelerde bile genç ve çekici konular denekler tercih eder. "Klinik olarak ölü" ilan edilmiş abdominal anevrizma geçirmiş yaşlı bir adamı haber yaptım. Rüptürü kuvvetli bir şekilde hastanede meydana gelmişti. Olağanüstü bir hikayedir ancak hasta, olduğundan daha yaşlı gösterdiği için, haber basılmamıştır.

Şöhretler

Şöhretli bir kişi "halka çıkıp" alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı, blumia veya HIV/AIDS gibi sosyal açıdan damgalayıcı bir hastalık veya durumla ilgili deneyiminden bahsederse, sıradan insanlara yardımcı olabilir. Birçok ünlü kişi

yaşadıkları hastalıkları araştıran kurumları açık şekilde desteklemektedir veya diğer hastalar ile ailelerine ve dostlarıyla ilgilenmektedir.

Şöhretli kişilerle çalışmak gizlilik sorunları yaratabilir. Örneğin, Amerikan Başkanı Reagan'ın doktorlarından bir tanesinin kendisinin kanser geçmişte kanser olduğu yerine osıralar kanser"olduğu"şeklinde beyanda bulunmasından dolayı üzgün olduğu söylenir. Şöhretler ve aileleri bir hayır kuruluşu için para toplamak veya "hastalığa dair farkındalık" yaratmak amacıyla kamuoyuna çıkma hususunda gereksiz baskı görür. Örneğin, eski bir BK başbakanının ailesi bir Alzheimer hastalığı grubu tarafından kamuoyuna kendini ifşa etmesi için baskı görmüştür. Aile başarılı bir şekilde direnmiştir. Belki de işlerin yatıştığı bir dönemin ardından aydınlatılmış bir ortam istenmelidir kendilerinden.

Alternatif vaka öyküsü modeli

Geleneksel medya merkezli modele web temelli, hasta odaklı modeller tarafından meydan okunmuştur. Tıpkı, rahmetli Pratisyen Hekim ve yazar Dr. Ann McPherson ve The Drugs and Therapeutics Bulletin kurucusu Profesör Andrew Herxheimer ile ortaklaşa kurulmuş www.heathtalkonline, örneğinde olduğu gibi.

McPherson şöyle demiştir: "Bana meme kanseri teşhisi konduğunda, 25 yıllık bir pratisyen hekim olarak korkunç ve insanı aşağı çeken bir izolasyon hissine kapılmışım. Tüm acımasız gerçeklerin elimde olmasına rağmen, bu durumun beni nasıl etkileyeceği hususunda ve aynı şeyi yaşayan başkalarının hikayelerini dinlemek isteyip istemediğim konusunda hiçbir fikrim yoktu. Bir destek grubu denemiştim. Bana göre değildi."

Healthtalkonline ve kardeş sitesi Youthhealthtalk, şu anda 60'tan fazla sağlık konusu ve hastalıkla ilgili videolu, anlatımlı klipli ve yazılı şekillerde 2000'den fazla kişinin tecrübelerini sunmaktadır. Bu tarz hayır kurumlarının web siteleri medyada haber değeri kavramın çerçevesinde kişiler kendilerinden fedakarlık etmeden geniş yelpazedeki hastaların tecrübelerini takip edebilmektedir. Geleneksel medyanın elektronik medyaya göre kapsama alanı hala daha geniş olabilir ancak hastalar için ve hastalar tarafından kurulan web siteleri belki de gittikçe artan bir şekilde daha baskın olacaktır.



JERRIL RECHTER

Jerril Rechter VicHealth CEO'su olup kamu sektöründe ve STK'larda liderlik konusunda kapsamlı bir deneyime sahiptir. VicHealth'e İcra Direktörlüğünü yürüttüğü Leadership Victoria'dan gelmiştir. Öncesinde, (Footscray Toplum Sanat Merkez) CEO'luğu, Stompin Gençlik Dans Grubu CEO/Kuruculuğu ve Melbourne Uluslararası Sanat Festivali'nde Sanat Danışmanlığı yapmıştır.

2004-2010 yılları arasında VicHealth yönetim kurulu üyeliği de dahil olmak üzere çeşitli devlet kurumları ve ulusal kurum ve komitelerde yer almıştır. Bakanlık tarafından Victoria Eyaleti Yeme Bozukluğu Görev Gücü'ne atanmış olup daha öncesinde Victoria'da Avustralya Günü Komitesi üyeliği, Avustralya Sanat Koneysi Dans Kurulu Başkan Yardımcılığı, Tazmanya Sanat Kurulu, Tazmanya Marka Kurulu ve Tazmanya Toplum Liderleri Grubu üyeliği yapmıştır.

Son dönemde, Jerril Dünya Sağlık Örgütü Danışmanlığı yapmış ve Uluslar arası Sağlığı Geliştirme Kuruluşları Ağı'na yönetim kurulu üyesi olarak katılmıştır. Eyalet, Ulusal ve Uluslararası düzeylerdeki seminerler ve etkinliklerde sunumlar yaparak sağlığın geliştirilmesi, liderlik, dijital iletişim ve sosyal med-

yanın potansiyeli alanında tecrübelerini paylaşmıştır.

Jerril 100. Yıl Ödülü almış olup Tazmanya Günü Ödülü, ve Winston Churchill Vakfı, Avustralya Konseyi, Harvard Avustralya Klübü, Avustralya Davos Forumu-Gelecek Zirvesi ve Williamson Toplumsal Liderlik Programı (Leadership Victoria) gibi taraflardan fellowship kazanmıştır.

Jerril RMIT Üniversitesi'nden İş Liderliği Master derecesine sahiptir.

jrechter@vichealth.vic.gov.au

DR. JANET L. COLLINS

Dr. Collins Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bakanlığı bünyesindeki federal bir kurum olan Hastalık Kontrol ve Önleme (Disease Control and Prevention- CDC) Merkezlerinde 20 yıl boyunca çok başarılı bir kariyer geliştirmiştir. Son üç yıldır, Dr. Collins CDC Program Direktör Yardımcısı olarak çalışmaktadır. CDC yönetim liderlik ekibinin bir parçası olarak, stratejik planlama, değerlendirme, kadın sağlığı, azınlık sağlığı ve Sağlıklı İnsanlar 2020 konularındaki CDC programlarına rehberlik yapmaktadır. Aynı zamanda, CDC'nin 80 biriminin öncelik girişimleri ve performans hedefleriyle uyumlu, anlamlı 4 yıllık hedeflerinin olmasını sağlamak için kurumun Çeyrek Dönem Program İncelemesi'ni de yürütmektedir.

Son dönemde, Dr. Collins ilk kez oluşturulmuş Birleşik Devletler Ulusal Önleme Stratejisi'nin geliştirilmesine eş başkanlık etmiştir. Ulusal Önleme Stratejisi ülkeyi, hastalıklı insanların bakımı sisteminden iyilik ve önleme temelinde bir sisteme doğru hareket etmek için tasarlanmıştır. Strateji; önleme yoluyla sağlığı iyileştirmek için devlet, özel sektör, sanayi, hayır kuruluşları, toplum ve inanç temelli kurumlarla tesis edilecek ortaklıkları temel almaktadır. Dr. Collins

aynı zamanda “Kazanılabilir Mücadeleler” denilen programıyla öncelikli sağlık sonuçları konulu bir CDC çalışmasını yönetmektedir. CDC Kazanılabilir Mücadeleler, sağlık üzerinde büyük etkisi olan ve müdahale için etkin stratejileri olduğu bilinen halk sağlığı öncelikleridir. Bu program, kilit stratejileri belirlemeye ve obezite, sigara, trafik kazaları, gıda güvenliği, sağlık bakım hizmetleriyle ilgili enfeksiyonlar, ergen hamileliği, HIV alanlarında sağlık iyileştirmelerini hızlandırmak için kaynakların ve ortaklıkların birleştirilmesine çalışmaktadır.

Mevcut görevinden önce, Dr. Collins CDC Kronik Hastalık Önleme ve Sağlığın Geliştirilmesi Ulusal Merkezi’nde direktörlük yapmıştır. Merkez direktörü olarak sigara, beslenme, fiziki aktivite, üreme sağlığı, kanser, diyabet, kalp hastalıkları, yetişkin ve halk sağlığı gibi konulara bakan on birimin çalışmalarını gözetmiştir. Liderliği sırasında, Merkez Kalp Hastalıkları ve İnme Önleme Birimi kurmuş ve CDC’nin odağını obezite önleme ve halk sağlığına kadar genişletmeye çalışmıştır.

Kariyeri boyunca, Dr. Collins geniş kapsamlı halk sağlığı müdahale programları tasarlamış ve değerlendirmiştir. 2003’te, diyabet, obezite ve astımın yükünü azaltmak için 40 Amerikan topluluğunda kanıt temelli müdahalelerle desteklenen Daha Sağlıklı bir Amerika için ADIMLAR programının başlatılmasına yardımcı olmuştur. STEPS toplum içinde, sağlık tesislerinde, okullarda ve iş yerlerinde yerel toplumun programlar oluşturmasına yardımcı olan kamu-özel ortaklığına odaklandığı için özgün bir girişimdir.

Dr. Collins ülke çapında beslenmeyi iyileştirerek, fiziksel aktiviteyi artırarak, sigara kullanımını ve sigara dumanına maruziyeti azaltarak kalp krizi, kanser, inme ve diyabeti önlemek için 50 kırsal ve kentsel noktayı destekleyen Yerel Topluluklar Önlemeyi Devreye Sokuyor Programı’nı (Communities Putting Prevention to Work) tasarlamıştır. Finansman alan yerel topluluklar, sağlıklı yaşamı daha kolay kılmak için yayalar, bisikletliler ve toplu taşıma transit kullanıcıları için güvenli ulaşımı iyileştirmek; okullarda ve toplumda sağlıklı gıda ve içeceklerin tüketiminin sağlanması; sigara bırakma hizmetlerinin artırılması gibi yöntemlerle çevresel değişiklikler uygulamaktadır. Şu ana kadar, 50 milyondan fazla kişi bu programdan yararlanmıştır.

Kariyerinin başında, Dr. Collins 1991 yılından bu yana ABD’de ve dünyada gençliğinin riskli davranışları hakkındaki öncü bilgi kaynağı olan Gençliğin Riskli Davranış Anketi tasarımı ve uygulaması da dahil olmak üzere büyük oranda adolesan sağlığı alanında çalışmalar yürütmüştür. Aynı zamanda, ülke çapında gençler arasında fiziksel aktiviteyi arttırmak için VERB™ It’s what you do (VERB ne yapıyorsan o’sun) kampanyasını yönetmiştir. VERB™ radyo, televizyon, yazılı basın, internet, okullar, gençlik hizmetleri kurum ve kuruluşları

kanalıyla fiziksel aktivite konusunda tanıtıcı mesajlarla gençleri çevreleyen sosyal pazarlama prensiplerini temel alan bir kitle-medya iletişim kampanyası olmuştur.

Dr. Collins, Standford Üniversitesi eğitim psikolojisi alanında doktora ve San Diego Eyalet Üniversitesi'nde klinik psikoloji alanında Master yapmış bir davranış bilimcisidir. CDC'deki çalışmalarına ek olarak, Dr. Collins ABD YMCA Yöneticileri Ulusal Kurulu üyesidir. Dr. Collins kronik hastalıkların önlenmesi alanında birçok yayın yapmıştır ve sağlığın geliştirilmesi ve hastalık önleme konularında birçok kez davetli konuşmacı olarak konuşmalar, brifingler yapmış ve medyaya röportaj vermiştir. Son dönem yayınları politika değişimiyle çocukluk obezitesinin azaltılması da dahil olmak üzere politika yoluyla müdahaleler ve halk sağlığı politikasını etkilemek için halk sağlığı etki değerlendirmesinin kullanımına odaklanmaktadır.

jlc1@cdc.gov

Sağlıklı İnsanlar, 2020

Sadece klinik bakımın ideal sonuçlar doğurmayacağı uzun yıllardır hem ABD'li sağlık uzmanları hem de dünya çapından diğer sağlık uzmanları tarafından kabul edilmiştir. Aslında aile, mahalle ve yerel toplumlar içerisindeki sosyal ve çevresel etkilerin sağlık üzerinde büyük etkileri olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir. Bu anlayıştan sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla bireysel davranışların, sağlık politikalarının ve sağlık alanındaki bulgu tabanlı bilinçlendirme programlarının rollerine odaklanan hedeflerden oluşan bir sistem olan Sağlıklı İnsanlar ortaya çıkmıştır.

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (SİHB), 1980'den beri her on yılda bir kapsamlı bir set halinde ulusal kamu sağlığı hedefleri yayınlamaktadır. Sağlıklı İnsanlar Girişimi, hedefler koymanın ve bu hedeflere yönelik gelişimi izlemek için ölçütler belirlemenin harekete geçmeyi motive edebileceği, çabaları yönlendireceği ve odaklayacağı prensipleri üzerine kurulmuştur. Başarının anahtarı, yönetim ve siyasi iktidar değişikliklerine dayanabilecek dengeli bir sistem kurmakta yatmaktadır. Sistemin uzun ömürlü olması, 1) sistemin ka-

nunlar veya diğer bağlayıcı hukuki düzenlemeler veya politikalar üzerine kurulması, 2) koordinasyon sorumluluğunun yasama yetkisine sahip bir kurum veya birime verilmesi, 3) üst düzey kamu yöneticilerinin desteğinin sağlanması, 4) girişimin siyasi partilerden bağımsız ve kapsayıcı olmasını içeren bir takım etkenlere bağlıdır.

Sağlıklı İnsanlar girişiminin temelini iki kanun oluşturmaktadır. 1974 tarihli Ulusal Sağlık Planlama ve Kaynak Geliştirme Kanunu Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı'nı (SERB, SİHB'nin önceki hali) ulusal sağlık planlama hedefleri geliştirmekle görevlendirmiştir. 1976 tarihli ve 94-317 sayılı Kamu Kanunu ise Bakanlığın ulusal hedefler koymasını, bu hedeflere ulaşmak için bir strateji oluşturmasını ve süreci koordine etmek üzere SERB altında Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlık Alanında Bilinçlendirme Ofisi (HÖSABO) kurmasını öngörmüştür. Sağlıklı İnsanlar girişimine ilişkin çerçeve resmi olarak ilk defa 1979 yılında yayınlanmıştır. Sonraki yıl, 1990 yılına kadar başarılması amaçlanan resmi hedefler oluşturulmuştur. Bakanlık, alt kurumlarının bütçe isteklerinin gerekçelendirilmesinde 1983 yılından itibaren Sağlıklı İnsanlar girişimi hedeflerinin kullanılmasını zorunlu kılmıştır. Green ve Fielding (2011) "Bu adım, on yıllık hedef koyma sürecinin sürdürülebilir olmasında diğer etkenler kadar önemli olduğunu" ifade etmektedir. <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-031210-101148>

SİHB, süreci yönlendirme üzere bakanlık altında bir Ulusal Sağlık Bilinçlendirme ve Hastalıkların Önlenmesi Hedefleri Danışma Komisyonu (Danışma Komisyonu) kurmuştur. Danışma Komisyonu kamu sağlığı alanında farklı uzmanlıklara sahip ve ulusal çapta tanınmış 13 uzmandan oluşmaktadır. Danışma Komisyonu Sağlıklı İnsanlar girişimini şöyle tanımlamaktadır: "halk sağlığının geliştirilmesi ve sağlık alanında eşitliğin sağlanması amacıyla bir vizyon ve strateji ortaya koyan ulusal bir sağlık gündemidir. Ulus olarak neye ulaşmak istediğimizi ve hem birey olarak hem de toplum olarak oraya nasıl ulaşacağımızı gösteren ulusal seviyede kapsayıcı hedefler ortaya koymalıdır. Sağlıklı İnsanlar girişimi hem ilham verici hem de eylem odaklı olmalı, yerel yönetimlerde de dahil her seviyedeki paydaşlara öncülük, yönlendirme ve hedef vermeli ve dikkatimizi sağlık hizmetlerinden sosyal ve fiziksel çevremiz içerisinde sağlığımızı belirleyen etkenlere yönlendirmelidir." Danışma Komisyonu aşağıdaki vizyon, misyon ve hedefleri ortaya koyan Sağlıklı İnsanlar Çerçevesi 2020'yi oluşturmuştur.

Vizyon : Tüm insanların uzun ve sağlıklı yaşamlar sürdürdüğü bir toplum.

Misyon :

- Ulus çapında kamu sağlığının iyileştirilmesine yönelik önceliklerin

belirlenmesi,

- Sağlıklı yaşam, hastalıklar ve sakatlıklar konularındaki belirleyici etkenler ve gelişim olanakları hakkında kamusal farkındalığın ve anlayışın geliştirilmesi,
- Ulusal seviyede, eyalet seviyesinde ve yerel seviyede uygulanabilir, ölçülebilir amaçlar ve hedefler sunmak,
- Değişik sektörlerin politikalarını güçlendirmek ve uygulamalarını geliştirmek üzere mevcut en iyi bilgi ve verileri temel alan girişimlerde bulunmasının sağlanması,
- Kritik araştırma, değerlendirme ve veri toplama ihtiyaçlarının belirlenmesi.

Kapsayıcı Hedefler :

- Önlenebilir hastalıklardan, sakatlıklardan, yaralanmalardan ve erken ölümlerden arındırılmış yüksek kaliteli ve daha uzun yaşama ulaşılması,
- Sağlık alanında eşitliğin kurulması, ayrımların ortadan kaldırılması ve sağlık alanında tüm gruplar için iyileşme sağlanması,
- Herkese sağlıklı bir yaşam sağlayacak sosyal ve fiziksel çevrenin oluşturulması,
- Yaşamın her evresinde kaliteli yaşam, sağlıklı gelişim ve sağlıklı davranışlar hakkında bilinçlendirme yapılması.

HÖSABO'nun direktifleriyle Federal Kurumlar Arası Çalışma Grubu, Sağlıklı İnsanlar girişiminin geliştirilmesinin ve uygulanmasının yönetimine katkı sağlamaktadır. Federal Kurumlar Arası Çalışma Grubu tüm SİHB kurumları ve birimlerinin yanı sıra Tarım Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı, İskan ve Kentsel Gelişim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Emekli İşleri Bakanlığı ve Çevre Koruma Kurumu'nun temsilcilerinden oluşmaktadır.

Her on yılda bir tütün, obezite ve kanser gibi yeni konu alanları seçilmektedir. Sağlıklı İnsanlar 2020 (Sİ2020) altında halihazırda 42 konu alanı bulunmaktadır (EK-A'ya bakınız). Konu alanlarının seçilmesini takiben her bir alanı takip etmek ve alana dahil edilecek sağlık hedeflerinin belirlenmesi için kamu sağlığı uzmanlarının girdilerini alacak lider Federal Kurumlar atanır.

Bir konunun hedef olarak kabul edilebilmesi için, gelişimin takip edilmesine ve amaç aşamaların tespit edilmesine imkan verecek temel verilerle birlikte etkinliği bilimsel olarak ölçülebilir önlemlerin uygulanabileceğine dair göstergelerin mevcut olması gerekir. Önemli çalışma alanlarının hepsinde gelişimin takip edilmesini sağlayacak nitelikte veri mevcut değildir. Bu alanlar, yakın gelecekte ölçülebilirliklerini sağlayacak veri sistemlerinin kurulabileceği düşüncesi ile “gelişimsel hedefler” olarak tespit edilir. Gelişimsel hedeflerin dahil edilmesi sayesinde, önemli kamu sağlığı çalışma alanlarının veri yetersizliği nedeniyle kapsam dışında kalması önlenir.

Taslak hedeflerin görüşe sunulmaya hazır hale getirilmesini takiben, daha geniş bir kamu girdisinin alınması için bir çalışma başlatılır. Sağlıklı İnsanlar girişimi, başladığı günden itibaren binlerce vatandaş süreçlerin ve kapsamın biçimlendirilmesini girdi sağlamak üzere etkileşime geçilmesini sağlamıştır. Bu gayretler Sağlıklı İnsanlar girişiminin görünürlüğünü artırmak ve hedeflere ulaşma yolunda mümkün olduğu kadar çok sayıda çevrenin katılımını sağlamak üzere şekillendirilmiştir. Halihazırda, Sağlıklı İnsanlar süreci, Sİ2020 amaç ve hedeflerine ulaşılmasına odaklanmış motivasyonu yüksek çeşitli kurum ve kuruluşlardan oluşan bir konsorsiyumu barındırmaktadır. Konsorsiyum üyeleri arasında üniversiteler, özel kuruluşlar, dini kurumlar ve diğer kurumlar yer almaktadır. Sİ2020 destekleyen ilave herhangi bir kurum veya kuruluş konsorsiyuma katılabilir. Amerikan Tıp Birliği, Emekli Kişilerin Gelişimi Birliği, İzci Kızlar ve Ulusal Latin Amerikalılar Sağlık ve Beşeri Hizmetler Birliği Kuruluşları gibi kuruluşlar, tüm Amerikan halkı için sağlık alanında gelişim yönünde ulusal gayretlere katkı sağlamak üzere uzmanlıklarını, temaslarını ve kaynaklarını kullanan Konsorsiyum üyelerine örnek olarak gösterilebilir. Yönetim organizasyonu ulusal seviyesinin ötesine taşımak amacıyla Sağlıklı İnsanlar girişimi, her bir eyalet ve bölge için, SERB Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlık Alanında Bilinçlendirme Ofisi'nin irtibat noktası olarak hizmet eden koordinatörler belirlemiştir.

Kamu görüşlerinin alınması dönemini takiben SERB on yıllık sağlık hedeflerini nihai hale getirir ve yayınlar. Doğal olarak, her bir güncelleme ile konu alanları ve hedeflerin sayısı artmaktadır. Sİ2010'da 467 adet hedef ve 28 adet konu alanı var iken, Sİ2020'de hedef sayısı 600'e (1200 ölçüt ile birlikte), konu alanı sayısı ise 42'ye yükselmiştir. Sistem yüksek oranda beğeni kazanmasına rağmen, sistemin aşırı hantallaştığını ve tekrar düzenlenmesi gerektiğini düşünenler de vardır. Ancak, konu alanları ve hedeflerin savunucuları dolayısıyla bu eleştirinin gereğini yerine getirmek kolay olmamıştır. Bu endişelere yönelik olarak Sİ2020'de önemlerine binaen 12 konu alanı içerisinde 26 adet Ana Sağlık Göstergesi belirlenmiştir (EK-B'ye bakınız).

Süreçte, hedeflerin tespit edilmesine ilave olarak birtakım diğer kritik adımlar vardır. İlk olarak, her bir hedef için en güncel verilerin takip edilmesine ve raporlanmasına imkan sağlayacak bir ölçüm sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Halihazırda bu faaliyet, verilere kolay erişim sağlayan, etkileşimli ve çevrim içi bir “Sağlık Göstergeleri Deposu” (<http://www.healthindicators.gov/>) üzerinden gerçekleştirilmektedir. İlgili kişiler bu depo üzerinden ulusal trend verilerine ve yaş, ırk, etnik köken, cinsiyet, gelir seviyesi ve coğrafi bölgelere göre alt grupların trend verilerine ulaşabilirler. İkinci olarak, Sağlıklı İnsanlar hedeflerine ulaşmak için ihtiyaç duyulan, gerçeklere dayalı müdahalelerin tanımlanması ve paylaşılması önemlidir. Mevcut durumda bu faaliyet, web seminerleri, konferanslar, çeşitli araçlar, kaynaklar ve Sağlıklı İnsanlar web sayfası (<http://www.healthypeople.gov>) üzerinden gerçekleştirilmektedir. Her bir konu alanı altında, bilgi kaynaklarına bağlantılar veren “Müdahaleler ve Kaynaklar” bölümü vardır. Gerçeklere dayalı müdahaleler için ana kaynaklardan birisi Toplum Önleyici Hizmetler Kılavuzu tarafından gerçekleştirilen sistematik gözden geçirme çalışmalarıdır. (<http://www.thecommunityguide.org/index.html>).

Sağlıklı İnsanlar girişimi geniş bir izleyici ve amaç yelpazesine hizmet etmektedir. Sağlıklı İnsanlar girişimi kurumların ve yerel toplumların önceliklerinin ve bütçelerinin belirlenmesinde, program planlamada ve yerel hedeflerin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Sağlıklı İnsanlar girişimi aynı zamanda hibe ve mali kaynak başvurularının desteklenmesine yönelik veri kaynağı olarak ve kamu sağlığı eğitiminde çerçeve olarak kullanılmaktadır. Diğer kullanıcılar Sağlıklı İnsanlar girişiminin, ortaklıklar ve iletişim ağları yoluyla kaynakların etkinliğinin artırılmasının ve şehir planlama, tarım ve ulaşım gibi sektörlerdeki geleneksel olmayan paydaşlarla işbirliklerinin kurulmasının kolaylaştırılmasındaki rolünden söz etmektedir. Diğer amaçlar şunları içermektedir:

- Toplumun genel sağlık durumuna ilişkin temel bir değerlendirme sunmak,
- Toplum sağlığındaki değişikliklerin izlenmesini sağlayan bir takip sistemi kurmak,
- Sağlık alanında iyileştirmeye yönelik faaliyetlerin etkisinin değerlendirilmesini sağlamak,
- Sağlık alanında iyileştirmeye yönelik faaliyetlerin kapsamını ve yoğunluğunu (iddialı hedefler seçme yoluyla) artırmak,
- Belirlenen hedeflere ilişkin öncelik stratejileri tanımlayarak sağlık alanında iyileştirmeye yönelik faaliyetlerin verimliliğini ve etkinliğini geliştirmek,

- Amaç birliği, kurumsal katılım ve ortaklık ve işbirliği ruhu oluşturmak (hedef ve stratejilerin görüş birliği içerisinde tanımlanması yoluyla),
- Sağlık programları hakkında politika kurucular ve toplum bazında farkındalık oluşturulmasına ve bu programlara destek sağlanmasına yardımcı olmak,
- Mali kaynakların dağıtılmasına ilişkin kararları yönlendirmek.

Geride kalan yıllar boyunca Sağlıklı İnsanlar girişimi dramatik bir değişim göstermiştir: önde gelen ölüm sebeplerine odaklanan bir anlayıştan, yaşam kalitesine aynı derecede önem veren bir anlayışa; toplumun tamamına bir bütün olarak odaklanan bir anlayıştan, toplumun alt grupları arasındaki sağlık farklılıklarına odaklanan bir anlayışa ve bireysel davranışların değiştirilmesine odaklanan bir anlayıştan sosyal ve çevresel etmenlerin sağlık üzerine etkilerini vurgulayan bir anlayışa geçiş yapılmıştır. Bu değişiklikler, özellikle de son olarak sıralanan, kamu sağlığı alanının sağlığı etkileyen sosyal etmenler, tüm politika alanlarında sağlığın yeri ve kamu sağlığı/sağlık hizmetleri sektörlerinin dışındaki sektörlerin sağlığa etkilerinin önemi konularına olan ilgisinin artması sonucunda meydana gelmiştir. Bu gelişen öncelikler, ilk defa geçtiğimiz dönemde yayınlanan Ulusal Önleyici Strateji'nin yayınlanması ile güçlendirilmiştir (<http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/report.pdf>).

Sağlıklı İnsanlar sürecinin uygulanması ve yönetimi önemli miktarda zaman ve kaynak yatırımı gerektirmektedir. Bu gayretlerin sağlık alanındaki pozitif çıktıları açısından yeterli bir katma değer sağlayıp sağlamadığı sorgulanmaktadır. On yıllık dönem içerisinde, Sağlıklı İnsanlar süreci paralelinde gerçekleşen ve toplum sağlığını etkileyen birçok etmen mevcut olduğu için bu cevaplanması zor bir sorudur. Si2010 çıktılarının nihai değerlendirmesi, tanımlanan 733 hedefin %23'ünün karşılandığını ve %48'inin de 2010 hedeflerine uygun olarak ilerlediğini, toplamda belirlenen hedeflerin %78'inin doğru yönde ilerlediğini göstermektedir (http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hpdata2010_final_review.pdf). Her bir on yıllık dönemde ulaşılan diğer kazanımlar, veri kaynakları, izleme ve bilgi teknolojilerindeki gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Sağlık alanındaki önemli çıktılar ile ilgili veri toplamanın yanı sıra, hedeflerin ve verilerin ulus seviyesi, eyalet seviyesi ve yerel seviyelerdeki kuruluşların ve yöneticilerin kullanımına daha uygun hale getirilmesine de önem verilmiştir. Genel olarak olumlu sonuçlar alınsa da, bazı alanlarda çok sınırlı bir gelişme izlenmiş, son on yılda artış gösteren obezite oranı örneğinde olduğu gibi bazı alanlarda gerileme yaşanmıştır. Ayrıca, söz konusu nihai değerlendirme sonuçlarına göre sağlık alanında alt gruplar arası farklılıkların giderilmesin-

de yeterli gelişme olmadığını da göstermiştir. Son on yılda, farklılıkların giderilmesine yönelik hedeflerin %13'ünde farklılıklar artarken yaklaşık %80'inde herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.

Sağlıklı İnsanlar girişimine yönelik yüksek destek devam etmektedir. Sistemin muhtemelen en güçlü yanı, farklı paydaşların belirli hedefleri sahiplenmesi ve ülke çapında çok farklı kurumlar, kuruluşlar ve yerel toplumlar arasında liderlik görevini üstlenmesidir. Önleyici gayretler yoluyla daha sağlıklı bir toplum oluşturmak bizim elimizde olan bir potansiyeldir.

EK-A: Sağlıklı İnsanlar 2020 Konu Alanları

Sağlık Hizmetlerine Erişim

1. Ergen Sağlığı
2. Kireçlenme, Kemik Erimesi ve Kronik Sırt Ağrısı
3. Kan Bozuklukları ve Kan Güvenliği
4. Kanser
5. Kronik Böbrek Hastalıkları
6. Alzheimer Hastalığı Dahil Bunama Rahatsızlıkları
7. Diyabet
8. Engellilik ve Sağlık
9. Erken ve Orta Dönem Çocukluk
10. Eğitim ve Yerel Toplum Tabanlı Programlar
11. Çevre Sağlığı
12. Aile Planlama
13. Gıda Güvenliği
14. Genomik
15. Küresel Sağlık

16. Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Enfeksiyonlar
17. Sağlık İletişimi ve Sağlık Bilgi Teknolojileri
18. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Refah
19. İşitme ve Diğer Duyusal veya İletişim Bozuklukları
20. Kalp Rahatsızlıkları ve Kalp Krizi
21. AIDS
22. Bağışıklık ve Bulaşıcı Hastalıklar
23. Yaralanmaların ve Şiddetin Önlenmesi
24. Eşcinsel, Biseksüel ve Cinsiyet Değiştirenlerin Sağlığı
25. Anne, Bebek ve Çocuk Sağlığı
26. Tıbbi Ürün Güvenliği
27. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluklar
28. Beslenme ve Vücut Ağırlığı Durumu
29. İş Sağlığı
30. Yaşlı Yetişkinler
31. Ağız Sağlığı
32. Fiziksel Aktivite
33. Hazırlık Olma
34. Kamu Sağlığı Altyapısı
35. Solunum Rahatsızlıkları
36. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
37. Uyku Sağlığı
38. Sağlığa Etki Eden Sosyal Etmenler

39. Madde Kullanımı
40. Tütün Kullanımı
41. Görüş

EK-B: Sağlıklı İnsanlar 2020 Ana Sağlık Göstergeleri

Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık sigortasına sahip kişiler (AHS-1.1)

Genel birincil hizmet sağlayıcısına tabi kişiler (AHS-3)

Önleyici Tıbbi Hizmetler

En güncel yönergelere uygun olarak kolorektal kanser taramasından geçen yetişkinler (C-16)

Kan basıncı kontrol altında tutulan hipertansiyon hastası yetişkinler (HDS-12)

A1c değeri yüzde 9'un üzerinde olan yetişkin diyabet hastaları (D-5.1)

Tavsiye edilen dozda DTaP, polyo, MMR, Hib, hepatit B, su çiçeği ve PCV aşısı olan 19 ila 35 ay arası çocuklar (IID-8)

Çevre Kalitesi

100 değerini aşan Hava Kalite Endeksi (EH-1)

Pasif tütün içiciliğine maruz kalan 3 ila 11 yaş arası çocuklar (TU-11.1)

Yaralanma ve Şiddet

Ölümcül Yaralanmalar (IVP-1.1)

Cinayetler (IVP-29)

Anne, Bebek ve Çocuk Sağlığı

Bebek ölümleri (MICH-1.3)

Erken doğumlar (MICH-9.1)

Ruh Sağlığı

İntiharlar (MHMD-1)

Büyük depresif tecrübe yaşıyan yetişkinler (MDE) (MHMD-4.1)

Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Obezite

Aerobik fiziksel aktiviteleri ve kas geliştirme aktivitelerine yönelik mevcut Federal fiziksel aktivite yönergelerine uygun yetişkinler (PA-2.4)

Obez yetişkinler (NWS-9)

Obez sayılan çocuk ve ergenler (NWS-10.4)

2 yaş ve üzeri kişilerin toplam sebze tüketimi (NWS-15.1)

Ağız sağlığı

Son 12 ay içerisinde ağız sağlığı sistemini kullanan 2 yaş ve üzeri kişiler (OH-7)

Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık

Son 12 ay içerisinde üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanan cinsel açıdan aktif 15 ila 44 yaş arası kadınlar (FP-7.1)

Sero-statüsünü bilen AIDS hastası kişiler (HIV-13)

Sosyal Etmeler

9'uncu sınıfa başlamasından itibaren 4 yıl içerisinde normal diploma ile mezun olan öğrenciler (AH-5.1)

Madde Kullanımı

Son 30 gün içerisinde alkol ya da yasal olmayan madde kullanan ergenler (SA-13.1)

Son 30 gün içerisinde aşırı alkol kullanan yetişkinler (SA-14.3)

Tütün

Sigara kullanan yetişkinler (TU-1.1)

DOÇ. DR. SEMA YILDIRIM BECERİKLİ

1973 yılında Ankara'da doğdu. Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi'nden 1995 yılında mezun oldu. Çeşitli kadın, çocuk ve reklam dergilerinde editörlük ve metin yazarlığı yaptı. 1999 yılında "Örgüt Kültürü Oluşumunda Örgüt İçi İletişimin Rolü Departmanlı Mağazacılık Sektöründe Halkla İlişkiler Açısından Bir Değerlendirme: Beğendik A.Ş. Örneği" konulu teziyle Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı'nda yüksek lisans derecesini aldı. 2003 yılında ise aynı anabilim dalında "Halkla İlişkilerde Eleştirel Bir Yaklaşım; Örgüt İçi Halkla İlişkilerde Sosyodrama Kullanımı ve İş Doyum Düzeyi Arasındaki İlişki: İlkokul Öğretmenleri Üzerinde Bir Araştırma" başlıklı doktora teziyle doktor ünvanını aldı. 1998-2004 yılları arasında Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalıştı. 2004 yılından bu yana Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde görev yapmaktadır. Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı başkanlığını, A.Ü. İletişim Fakültesi Yönetim Kurulu Üyeliğini ve Kariyer Merkezi temsilciliğini (KARMER) yürütmek-

tedir. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Reklam Analizi, Halkla İlişkilerde Eleştirel Yaklaşımlar, Sosyal Psikoloji gibi lisans derslerinin yanı sıra İletişim Araştırma Metodları I-II, Reklam Analizi Yaklaşımları, Reklamın Eleştirel Çözümlemeleri, Halkla İlişkilerde Eleştirel Yaklaşımlar, Uluslararası Halkla İlişkiler gibi yüksek lisans ve doktora derslerini vermektedir. Akademik çalışma alanları ve yayınları içinde; örgüt sosyolojisi, kadın çalışmaları, çocuk hakları, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler konuları yer almaktadır. Pazarlama ve İletişim Stratejileri (2004), Halkla İlişkilerde Seçme Yazılar: Alana İlişkin Bir Derleme (Hanife Güz'le birlikte) (2004); Uluslararası Halkla İlişkiler (2005); ...ve Halkla İlişkiler Şeytanın Avukatlığından Arabuluculuğa; Bir Disiplinin Eleştirel Analizi (2008), Kadın Odaklı Sivil Toplum Kuruluşları ve Medya: Olanaklar, Sorunlar, Çözümler (2008); Halkla İlişkiler ve Reklamın Anatomisi (2011) adlarında kitapları bulunmaktadır. Ayrıca özel sektöre yönelik olarak örgüt kültürü, toplumsal cinsiyet, kurum kimliği, halkla ilişkiler, liderlik, toplantı, zaman ve stres yönetimi konularında dersler vermektedir. Ankara Halkla İlişkiler Derneği yönetim kurulu ve Tüketici Hakları Derneği üyesidir. Çeşitli bilimsel dergilere hakemlik yapmakta, ulusal ve uluslararası projeler yürütmektedir.

semabecerikli@gmail.com

SAğLIK İLETİŞİMİNİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER VE SAğLIK ENFORMASYONUNUN MANİPÜLASYONU

Günümüzde sağlık iletişimi alanı ülkemizde gerek ilgili kamu kurumlarının gerekse akademinin sorunsallaştırdığı ve çözüm odaklı stratejilere yöneldiği bir alan haline gelmiştir. İletişim alanındaki araştırmaları genel bir çerçevede üretim, temsil ve alımlama süreçleri üzerine yapılan çalışmalar olarak ifade ettiğimizde, aynı momentlerin sağlık iletişimi alanı için de geçerli olduğunu söylememiz mümkündür. Sağlık iletişimi bilgisinin de ekonomi-politik bir yönü, metinler üzerinden dolaşıma giren bir temsil yönü ve sağlık iletişimi mesajlarının alıcılara olan kişilerin bu mesajları alımlama süreçleri söz konusudur. Bu nedenle konu oldukça girift pek çok unsurun farklı bağlantılarda, farklı kültürlerde ve tarihsel olan bilgisiyle örülmesinde müteşekkil hale gelmektedir. Tüm bu unsurların yanı sıra sağlık iletişiminin gerçekteleğiği iki temel iletişimsel düzlemde kişilerarası iletişim ve medya düzlemi olarak ayrabiliriz.

Çınarlı'nın da ifade ettiği gibi (2008: 39-40); sağlık iletişimi, sağlık sorunlarıyla mücadeleyi hedefleyen çalışmalar kapsamında ve sağlığın geliştirilmesiyle ilgili alanlarda, sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkiler yöntemlerini kullanarak önemli katkılar sağlamaktadır. İletişim alanı, sağlık kuruluşlarına kamu eğitimi kampanyaları sırasında etkili enformasyon sağlamada rol oynayan birincil mekanizmalardandır. Ayrıca sağlık iletişimi, sosyal sorumluluk çalışmalarına konu olan önemli bir uygulama alanıdır. Bu alanda yapılacak sosyal sorumluluk kampanyaları, toplum sağlığını korumaya, iyileştirmeye ve geliştirmeye yönelik çabalar içerebilmekte; hem günümüz toplumunun hem de gelecek kuşakların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Toplum sağlığıyla ilgili çalışmaları geliştirmek meselesi kimi kamu kurumlarının varolma nedenidir. Türkiye'de çok sayıda faaliyet gösteren STK'ların da büyük bir bölümü önemli ölçüde sağlık meselesinin etrafında örgütlenmektedirler. Ancak bu ikisinden yapı ve amaç olarak çok farklı bir yerde değerlendireceğimiz özel kuruluşlar da toplum sağlığı meselesini, kurumsal sosyal sorumlulukla ilgili çalışmalarının merkezine koymaktadırlar. Tüm bu kurum ve kuruluşlar çoğu zaman ortak çalışmalara imza atarak, mesajlarını ve alıcılar üzerindeki etkilerini artırmayı hedeflemektedirler.

Sağlık iletişiminin ilgi alanı; toplum içinde bireylerin sağlığından ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinden, ulusal ve evrensel sağlık programlarının hazırlanmasına, sağlık programlarının hazırlanmasına, sağlık programlarının düzenlenmesine kadar oldukça kapsamlıdır. Hem kitle iletişimi düzeyinde hem de kişilerarası iletişim düzeyinde ele alabileceğimiz sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerinin tanınması, sağlıkla ilgili doğru bilgilerin yayılması, sağlık davranışlarının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili tutumların değiştirilmesi gibi hedefleri içermektedir. Toplumsal çevreyi sağlıkla ilgili davranışa yöneltmeyi, farkındalık yaratmayı, tutumları değiştirmeyi ve bireyleri tavsiye edilen davranışlara uymaya motive etmeyi amaçlayan kamu eğitim kampanyaları ile sağlık mesajlarının yayılması da yine sağlık iletişimi dahilinde bir alt alandır (Çınarlı, 2008: 45).

Sağlık iletişimiyle ilgili en temel düzlemlerin kişilerarası iletişim ve medya aracılığıyla gerçekleştiğini belirtmiştik. Dolayısıyla sağlık iletişiminin önündeki engelleri de bu düzlemler üzerinden analiz etmemiz gereklidir. Ülkemizde çok sayıda yapılan çalışma, sağlık iletişiminin bilgisini kişilerarası düzlemde ileten kişilere yani doktorlar, hemşireler vs. gibi sağlık personelinin mesajları kodlama biçimi üzerinedir. Bu alana katkı hem sağlık bilimlerinden hem sosyal bilimlerden gelmektedir. Bu çalışmalar hastalar üzerinde de yapıldığında sağlık personelinin kullandığı iletişim biçimi ve dilinin anlaşılabilirliği üzerine odaklanılmaktadır. İletişimi teknik bir bilgi birikimine indirgeyen bu tür bir çalışma mantalitesi ise; gerçekçi çözümler üretmekten uzak, ideal bir mesaj iletim for-

matına indirgenerek yapılandırılmaktadır. Sağlık iletişimi konusunun ideolojik bir yanı olduğu ve belli üretim koşullarının ürünü olarak biçimlendiği meselesi çoğunlukla ihmal edilmektedir. Sağlık iletişimi üzerine yapılan çalışmaların en büyük handikapı ve karşılaştığı en büyük engel; bilginin ideolojik yönüne ilişkin geliştirdiği körlük halidir.

Sağlık iletişiminin gerek kişilerarası iletişim düzleminde gerekse medya üzerinden gelişen içeriğine dair sorunların büyük bölümüne ilişkin geliştirilebilecek çözüm önerilerinden en önemlisi; izleyicilere/okuyuculara/sağlık enformasyonunun alıcılarına yönelik alımlama analizi çalışmalarının geliştirilmesidir. Sağlık iletişimi alanı kaynak ve mesajın kodlanması meselesine üzerine etki çalışmalarının egemenliğinde bir çizgiyle çalışmalarını sürdürmektedir. Oysa bu bilginin hangi ortamlarda, kimlerle birlikte, nasıl, hangi bağlamda tüketildiği üzerine yapılacak araştırmaların yolu, izlerkitleden geçmektedir. Sağlık iletişimi alanından üretilen bilginin alımlanmasında cinsiyetlerin, eğitim düzeyinin, yaşın, etnik ve kültürel arkaplanın, sınıfsal pozisyonun rolünün belirlenmesi ve kişinin sosyal aidiyet bağlamları içinde yorumlanmasının biçimleri üzerine düşünülmesinin önünü açmak bu bildirinin temel amacını oluşturmaktadır. Bu nedenle bilim iletişimi üst başlığı içinde sağlık haberleri üzerine gerçekleştirilen odak grup çalışmalarının sonuçları paylaşılacaktır.

DOÇ. DR. KASISOMAJULA VISWANATH

K. "Vish" Viswanath Harvard Halk Sağlığı Okulu (HSPH) Toplum, Beşeri Kalkınma ve Sağlık Bölümü'nde ve Dana-Farber Kanseri Enstitüsü'nde (DFCI) Nüfus Bilimleri Birimi'nde Doçent'tir. Öncelikli araştırma alanı iletişim eşitsizlikleri, yoksulluk ve sağlıkta orantısızlık arasındaki ilişkiyi belgelemektir. İletişimde eşitsizlikler, sağlık hizmetleri tedarikinde orantısızlık, bilgi aktarımı, halk sağlığı iletişim kampanyaları, e-sağlık ve dijital ayrımı, halk sağlığında hazırlıklılık, dezavantajlı gruplara sağlık iletişimi müdahalelerinin sunulması konulu 120'den fazla yazısı ve çok sayıda kitap bölümü yayımlanmıştır. Şu üç kitabın da eş-editörlüğünü yapmıştır: Mass Media, Social Control and Social Change (Kitle İletişimi, Sosyal Kontrol ve Sosyal Değişim) (Iowa Eyalet Üniversitesi Press, 1999), Health Behavior and Health Education: Theory, Research & Practice (Sağlık Davranışı ve Sağlık Eğitimi: Teori, Araştırma ve Uygulama) (Jossey Bass, 2008), ve The Role of Media in Promoting and Reducing Tobacco Use (Sigara Kullanımının Teşviki ve Azaltımında Medyanın Rolü) (Ulusal Kanseri Enstitüsü, 2008). Aynı zamanda, International Encyclopedia of Communicati-

on (Uluslararası İletişim Ansiklopedisi) (Blackwell Publishing, 2008) Sosyal ve Davranışsal Araştırma konulu 12. Cildin editörüdür. Akademik ve profesyonel kazanımlarının karşılığında, Dr. Viswanath çeşitli ödüller almıştır: Uluslararası İletişim Birliği ve Ulusal İletişim Derneği tarafından ortaklaşa verilen Başarılı Sağlık İletişimi Akademisyeni Ödülü (2010) ve sağlık eğitimi araştırması ve teorisi alanına yaptığı katkı nedeniyle Amerikan Halk Sağlığı Derneği (APHA)) tarafından 2009'da the Mayhew Derryberry Ödülü. 2009 yılında, Utah Üniversitesi'nde 23. Yıllık Aubrey Fisher Konuşması yapmıştır. Uluslararası İletişim Birliği (2011), Davranışsal Tıp Topluluğu (2008) ve Orta-Batı Kamuoyu Araştırma Derneği'ne (2006) fellow olarak seçilmiştir. Aynı zamanda, 2007 ve 2010 yılları arasında, Atlanta'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) Ulusal Sağlık Pazarlama Merkezi Bilimsel Danışmalar Kurulu Başkanlığı yapmıştır. Son dönemde, Birleşik Devletler Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bakanlığı Ulusal Aşı İstişa-re Komitesi (NVAC) üyesi olarak atanmıştır.

Vis_viswanath@dfci.harvard.edu

İletişim Devrimi ve 21nci Yüzyılın Bilgi Boşlukları

İnternet ve sayısal haberleşme gibi yeni iletişim teknolojilerinde yaşanan göz alıcı ilerlemeler ve biyomedikal bilimlerdeki aynı derecede devrim niteliği taşıyan gelişmeler, geçmişte insan iletişimini sınırlayan zaman ve konum engellerini aşma potansiyelini sunmaktadır. Bugünün iletişim ortamı birçok farklı platform ve iletişim kanalı üzerinden hızla genişlemekte ve herhangi bir konu hakkında erişime açık olan bilgi miktarı çok hızlı büyümektedir. Bazen "Büyük Veri" olarak adlandırılan bu veri seli, web tabanlı bilgiler, kitle iletişim araçları ve diğer elektronik kanalları da içeren birçok kaynaktan gelen bilgi patlamasını kapsamaktadır. Bu iletişim devrimi ve sonucunda ortaya çıkan siber altyapı iki ana boyuttan oluşmaktadır: 1) coğrafya ve uzayın sınırları boyunca bilgi üretme, birleştirme, türetme ve dağıtmaya yönelik muazzam kapasite, 2) kütüphaneler, veri arşivleri, bilimsel gruplar ve insanlar üzerine yapılan araştırmalar gibi değişik dijital alanların entegre olması.

Bu bilgi devriminin etkileri çok derin ve geniştir. Araştırmacıların büyük soruları incelemesine, sağlık çalışanlarının bulgular ve kanıtlar üzerine karar vermesine, politika koyucuların veriler üzerinden politika belirlemesine ve insanların sağlıkla ilgili kararları alma veya almama yetisini kazanmasına olanak sağlayacak bilgilerin sunulmasında benzeri görülmemiş fırsatlar sunmaktadır. Örnek olarak, bu bilgi akışının, sağlık sürecinin hastalıkları önleme çalışmalarından ömür sonuna kadar her noktasında bilgiye erişim imkanının sağlanmasına katkısı vardır. Örneğin, kanseri önleme, tedavi etme ve bilimsel gelişmeler konularındaki çok büyük miktardaki mevcut bilgi, sadece insanların kanser hakkında ne bildiklerini etkilemekle kalmayıp, hastaların doktorları, aile üyeleri, diğer kanser hastaları, bakıcıları ve arkadaşları ile olan etkileşimlerini de etkilemede önemli bir potansiyele sahiptir.

Bu veri akışının doğurduğu sonuçlar, bilginin sunulma ve alınma şekillerindeki değişikliklerden de anlaşılabilir. Geçmişte bir noktada, bilginin üretilmesi uzmanlık ve coğrafya ile sınırlandırılmış durumda iken, değişen bilgi ortamı çevrimiçi bilgi platformunu komuta ve kontrol yaklaşımına bir ortamdan bilginin ortaklaşa üretildiği ve paylaşıldığı bir modele dönüştürmüştür. Kullanıcıların web içeriği üzerinde etkileşime geçtikleri ve işbirliğine gidebildikleri Web 2.0 teknolojilerinin gelişmesi, bilgi dünyasına bir zamanlar hakim olan tek yönlü bilgi kaynaklarından, hedef kitlenin blog, forum, sosyal ağ sayfaları ve diğer benzeri kaynaklarda yer alan içeriğe katkı sağlayabildikleri ve yeni içerik geliştirebildikleri bir ortama geçişi resmetmektedir. Bilginin bu genişlemesine katkı sağlayan ise Twitter, Facebook ve diğer siteler gibi sosyal dayanışma ve bilgi paylaşımına imkan veren ortamlar üreten sosyal ağ platformlarının artmasıdır. İletişimi mümkün kılan ve düşük maliyetle gerçek zamanlı platformlara daha fazla erişim sağlayan bu yeni içerik formları, hastalar ve sağlık personeli açısından daha cazip ortamlar sunma potansiyeline sahiptir.

Söz konusu yeni iletişim fırsatlarının geliştiğini gösteren bu büyük resim, ilk bakışta çok ümit verici gözükmemektedir. İnternet, toplumun büyük kesimi için bilgi, eğlence ve haber toplama açısından ana kaynak olarak yükselmeye devam etmektedir. Akıllı telefonlar ve tablet bilgisayarlar gibi yeni elektronik cihaz tiplerinin ortaya çıkması, geleneksel manada internet erişimine ihtiyaç duymadan, birçok değişik durum ve ortamda Web'in kullanılmasına imkan sağlamaktadır. Bu cihazların düşük maliyetli ve taşınabilir olması, düşük gelirli bireylerin daha önce mümkün olmayan şekillerde Web'e erişimine izin veren olanaklar sunmaktadır.

Hızla gelişen siber altyapının toplumun ve bireylerin sağlığını geliştireceği savı basit bir iddiadan ibaret değildir. Belirsizliği koruyan konu ise, değişik sosyal gruplar arasındaki sağlık seviyesini ve iletişimi karakterize eden mevcut

eşitsizliklerin doğru şekilde ele alınmaması durumunda, siber altyapının hangi noktaya kadar gelişim gösterebileceğidir. İletişimdeki teknolojik gelişmelerin önünde iki önemli problem yatmaktadır: iletişim kaynaklarının adaletsiz dağılımı ve bundan kaynaklan dezavantajlar, bilginin niteliği ve niceliğinin ayırt edilmesindeki zorluklar.

Kimlerin iletişim devrimine tam olarak katılım sağlayabilecek kaynaklara sahip olup olmadığını belirlemek için sosyal determinant çerçevesinden konuya bakılabilir. İlk olarak, yaşam koşulları, ırk/etnik köken, sosyoekonomik statü, cinsiyet ve göçmen statüsü gibi sosyal determinantların sağlık çıktıları üzerindeki etkilerini dokümanete eden verinin miktarı artmaya devam etmektedir. Bu verinin çizdiği resim genellikler ürkütücüdür. Toplumun daha düşük gelirli ve düşük eğitilmiş kesimlerinde yer alan bireyler, daha yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip karışıklarına nispeten, daha kötü sağlık koşullarına sahip, daha fazla sigara içen ve daha erken ölen bireyler olmaktadır. Sosyal determinantların geleneksel algısında, bu sosyoekonomik değişkenlerin birçok sağlık çıktısını etkilediği görülebilir.

Söz konusu sosyal determinantlar ile sağlık arasındaki ilişkiyi tam olarak izah etmek için, bu ilişkiyi etkileyen diğer ara etkenlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Yapısal Etki İletişim Modelinde, sağlık çıktılarının ve sağlık eşitsizliklerinin, sosyoekonomik statü, diğer belirleyici mekanizmalar ve sağlık iletişimi faktörleri gibi insanlara değişik çıktılar sunan yapısal determinantların iyi anlaşılması yoluyla açıklanabileceği belirtilmektedir. Sosyoekonomik statü gibi yapısal antesedanlar, belirli bilgi tiplerine ve dolayısıyla bilgi ortamlarına, tüketim kaynaklarına ve bilgi işlemedeki farklılıklara maruz kalma seviyesini etkilemektedir. Bu sağlık iletişimi değişkenleri "sosyal sınıflar arasında bilginin üretilmesi, geliştirilmesi ve dağıtımında grup seviyesinde farklılıklar ve bilgiye erişim ve bilgiden faydalanma imkanlarında bireysel seviyede farklılıklar" olarak da ifade edilen iletişim eşitsizlikleri nosyonunu vurgulamaktadır.

İletişim eşitsizlikleri, kullanım, erişim ve sunum, itina, bilgi talep etme, bilgiyi işleme ve iletişim boyutlarını da içeren birçok boyutta ortaya çıkmaktadır. Doğru içeriği satın alamayan veya takip edemeyenlere bilginin kısıtlanması gibi kullanım ve erişim engelleri, sağlık bilgi seviyesi gibi farklı çıktılarının oluşmasına sebep olabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, yüksek gelir seviyesindekilerin yüksek hızlı internete erişim oranı, yılda 25.000 ABD Dolarından az kazanan hanelere nispeten 2.6 kat daha fazladır ve ırk, sosyal sınıf ve kırsal kesimde olma gibi konular yüksek hızlı internet erişiminin determinantlarını oluşturmaktadır. Yüksek hızlı internet kullanımının az olmasının altında yeterli ekipmanın olmaması, ilginin olmaması ve maliyet gibi sebepler yatmaktadır. Bu eşitsizlikler, zengin ve fakir ülkeler arasındaki

telekomünikasyon kullanımına yönelik eşitsizliğe de aksetmektedir. Küresel olarak, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde cep telefonu kullanımını istikrarlı olarak artsa da, anılan iki sınıftaki ülkeler arasında nüfusa düşen cep telefonu sayısında kapatılması gereken önemli bir fark bulunmaktadır.

Ancak, tek başına bilgiye erişim veya bilgin sunulması yeterli değildir. Bireylerin, aynı zamanda sağlık bilgisine ilgi göstermesi ve bu bilgiyi işleme gerekmektedir. İlgi gösterilen ana kaynakların, belirli demografik etkenlere bağlı olarak değişkenlik göstermesi de önemlidir. Hem sosyoekonomik statü hem de ırk/etnik köken değişik medya kaynaklarını takip etme durumu, ayrılan zaman ve tercihler ile ilişkilendirilmiştir; örneğin, hem beyaz ırka mensup hem de yüksek eğitim görmüş insanların, bazı istisnalar saklı olmakla birlikte, gazetelere ve kablo TV veya uydu yayınına abone olma ihtimali daha yüksektir. Eğitim ve okur yazarlık seviyesi, özellikle kompleks risk istatistikleri veya tıp terminolojisi gibi bilgileri işleme yeteneği üzerinde dramatik etkileri olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde daha fazla katılımı öngören bir modelde, bilginin erişilebilir olması, doğru kanallar üzerinden aktarılması ve hedef kitlenin algılama seviyesinde sunulması etkin iletişimin anahtarını teşkil etmektedir.

Sağlık bilgisinin toplanmasında aktif bir katılımcı olmak konusundaki beklentiler ve artan eğilim, kilit bir araştırma alanı olmakta ve ilgi çekmektedir. Kısaca, kendi tedavilerinde aktif birer tüketici olabilmeleri ve klinik kararlara katılım sağlayabilmeleri için hastaların genellikle rahatsızlıkları hakkında bilgi toplamaları, bulguları dikkatlice değerlendirmeleri ve bu bulguları kişisel tercihleri ve değerleri ile dengelemeleri beklenmektedir. Bu seviyede bir katılım, kişilerin belirli bir konu üzerine bilinçli bir şekilde sağlık bilgisi aramalarını içeren aktif bir bilgi talebini gerektirmektedir. Maalesef, kimlerin bilgi aramasının muhtemel olduğu konusunda da farklılıklar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, bilgi arama davranışının da sosyoekonomik çizgi ile paralellik gösterdiğini ortaya koymakta, daha yüksek gelire ve eğitime sahip bireyler, daha düşük sosyoekonomik seviyedeki karşılıklarına nazaran daha fazla bilgi aramaktadırlar. Ancak, bilgi arama nosyonu sağlık bilgisinin ötesine geçmeye başlamaktadır. Yapılan küçük bir çalışma sonucunda, daha yüksek gelire ve eğitime sahip kişilerin kanser teşhisi sonrasında tedavi ve kendi kendine bakma konularında kansere yönelik eğitimler almaya yönelirken, ekonomik durumu kötü olan ve yüksek borcu olan kişilerin iş ve kredi bilgilerine yöneldiği görülmüştür. Bu sonuç, farklı gruplar arasında sadece bilgi arama isteğinin değişkenlik göstermediği, bilginin içeriğinin de alıcının ihtiyaçları ve sosyal sınıf altyapısı tabanında değişkenlik gösterdiği anlamına da gelebilir.

Bilginin ne şekilde talep edildiği, nasıl erişildiği, işlendiği ve bu bilginin

nasıl kullanıldığı konularında eşitsizlikler bulunsa da, iletişim etkenleri sosyo-demografik özelliklere göre daha kolay değiştirilebilecek müdahale alanları sunmaktadır. İletişim ortamının özelliklerini değiştirmeye odaklanan ve katılımcıların içinde bulunduğu durumu dikkate alarak gerçekleştirilecek müdahalelerin gerçekleştirilmesi, sağlık davranış biçimlerini değiştirmede etkin bir strateji olabilir.

Viswanath laboratuvarında, iletişim ortamının farklı yönlerini birden fazla etki seviyesinde ele almak üzere çalışmalar yapmaktayız. Farklı alanlar altında eşitsizlikleri incelemek üzere bireysel seviyeden toplumsal seviyeye kadar değişik projeler üzerinde çalışıyoruz. Laboratuvarın ana odağında, toplum içerisinde sağlık davranış değişimini başarılı olarak gerçekleştirmek üzere geliştirilen ve toplumsal ortaklarımızın katılımını ve yakın yönlendirmesini içeren bir program olan Toplum Tabanlı Katılımcı Araştırma (TTKA) yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Massachusetts eyaletinde yer alan üç şehirdeki (Lawrence, Worcester, and Boston) ortaklarımız yoluyla, yerel kuruluşlar ile bağlantılar kurarak, müdahale geliştirmek ve toplumda sürdürülebilir değişimler oluşturmak için gerekli ortamı kurmuş bulunuyoruz. Bu çalışmalar, farklı yöntemler ve stratejiler içerse de, çalışmaların altında iletişim eşitsizliklerini ele almak yatmaktadır.

Tıkla ve Bağlan (TvB) çalışmamız, yetersiz hizmet almış bireyler arasında internet okur yazarlığını artırmayı amaçlayan ve bireysel kapasitenin geliştirilmesine odaklanan bir çalışmadır. ABD'deki internet kullanım örneğini tespit etmek amacıyla birçok ulusal araştırma yapılmış olsa da, bu çalışmaların birçoğu yüksek sosyoekonomik statüye sahip örnekleri içermiştir. Tıkla ve Bağlan çalışması, sadece düşük gelir seviyesine sahip bireylerin araştırma çalışmasına katılımını sağlamayı değil, aynı zamanda söz konusu bireylerin internetteki davranışları konusunda bugüne kadar oluşturulan en detaylı veri setlerinden birini de üretmeyi hedefleyen yenilikçi bir yaklaşım kullanmıştır. Tıkla ve Bağlan katılımcılarının büyük kısmı, internet kullanımını içeren diğer ulusal veri setlerinde yer alan katılımcılara nispeten çok daha düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip katılımcılardan oluşmuştur. Bu nedenle, Tıkla ve Bağlan tarafından toplanan bilgiler, düşük sosyoekonomik statülü yetişkinlerin interneti nasıl kullandığı hakkındaki bilgi eksikliğini gidermede büyük öneme sahiptir.

Çalışmanın temel amacı, okur yazarlığı ve sosyoekonomik statüsü düşük olan bireylerin hem internete erişiminin hem de interneti kullanma yeteneklerinin geliştirilmesinin, bu bireylerin internet kullanımı ve sağlık bilgisi arama davranışlarını değiştirip değiştirmeyeceğini belirlemektir. Müdahale grubuna katılanlara ücretsiz bilgisayar ve internet hizmeti sağlanmıştır. Katılımcılara temel bilgisayar ve internet kullanımı hakkında dersler verilmiş, katılımcıların

çalışma boyunca çalışanlardan teknik destek alabilmeleri sağlanmıştır. Katılımcıların internet kullanımının eksiksiz olarak resmedilebilmesi için birçok kaynaktan veri toplanmıştır. Çalışma öncesi ve sonrası anketlere ilave olarak, müdahale çalışmasına katılanların çevrimiçi aktiviteleri çalışma boyunca web takip yazılımlar ile kaydedilmiş, ziyaret ettikleri her web sitesi ve sitelerde harcadıkları zaman hakkında detaylı veriler toplanmıştır. Katılımcıların teknik destek ekibi personelinden aldıkları yardımları açıklayan, donanım ve yazılım sorunlarını kaydeden, bağlantı sorunlarını, sınıfa ve çevrimiçi faaliyetlere katılımı etkileyen günlük olayları tespit eden süreç verileri de toplanmıştır.

Hepsi bir arada değerlendirildiğinde, toplanan veri düşük sosyoekonomik statüye sahip yetişkinlerin internet kullanımı hakkında detaylı bir resim ortaya koymuş, internete erişim sorunu ortadan kalktığına söz konusu nüfusun Web'i nasıl kullandığı bilgisine ulaşılmıştır. Bununla birlikte, topladığımız detaylı süreç verisi, anılan bilgi arama davranışlarını etkileyebilecek engellerin ve zorlukların üstesinden gelmemize yardım edecektir. Ön sonuçlar, katılımcıların ziyaret ettikleri web sayfalarında, ırk/etnik köken ve cinsiyet bazında farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. İlave analizler, farklı gurupların nerelerde sağlık bilgisi aradıklarını ve ilgilerini çeken diğer sitelerin ve konuların neler olduğunu belirlemek üzer, bu farklılıkları daha derinlemesine incelememize imkan sağlayacaktır.

Toplum seviyesindeki çalışmalarımıza en iyi örnek MassCONNECT projesidir, projede değişik sektörler çapında hareket ederek toplumdaki eşitsizlikleri gidermek amaçlanmış ve çalışma ortağımız olan üç toplumun kaynaklarından istifade edilmiştir. Toplum tabanlı kurumlara, sağlık eşitsizlikleri konusunda stratejik seviyede nasıl iletişime geçeceklerini ve toplum tabanlı katılımcı araştırmanın nasıl yapılacağını öğreten çalıştaylar ve eğitimler düzenlenmiştir. Çalışma kanser eğitimi ve bu konuda bireylere erişim alanlarına da odaklanmış, sağlık fuarları ve bir seyyar mamografi istasyonu vasıtasıyla Lawrence şehrinde mamografi hizmetinin artırılması sağlanmıştır. MassCONNECT çerçevesinde, her bir şehrin toplum yönetimleri sürecin her aşamasına tam anlamıyla dahil olmuş ve bu ağın oluşturulmasına ve güçlendirilmesine katkı sağlayan girdilerde bulunmuşlardır. MassCONNECT topluluklarının sosyal ağ analizi, müdahale çalışmasının ağ üyeleri arasındaki bağları dramatik olarak artırdığını ve söz konusu alanlar içerisinde kurumsal bir ağ oluşturduğunu göstermiştir.

MassCONNECT fonları, IMPACT Projesi gibi eşitsizlikleri birden fazla seviyede ele almayı hedefleyen diğer toplum tabanlı projelerde de kullanılmıştır. IMPACT Projesi'nin amacı, sağlık ve tütün kullanımı konularındaki eşitsizlikleri kamunun gündemine getirmek üzere toplumu harekete geçirecek kapasiteyi oluşturmaktır. Yerel gazetelerin içerik analizleri, kilit kişiler ile görüşmeler ve

Lawrence sakinlerine sorulan anketler gibi değişik veri toplama yöntemleri kullanılmış, gazetelerin sağlık haberlerini nasıl sundukları ve vatandaşların sağlık hususlarını nasıl önceliklendirdikleri tespit edilmiştir. Bu veriden çıkarılan sonuçlar, sağlık sorumluluğunun bireysel olduğu inancının hakim olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın bir sonraki aşamasında, toplum tabanlı kuruluşları sağlığın sosyal determinantlar boyutu hakkında eğitmek ve ilginin ve odağın bireysel özelliklerden sağlığı etkileyebilecek diğer farklı yapısal etkenlere kaydırmak için çalıştaylar düzenlenecektir. Bu çalıştaylar yoluyla kuruluşlar, sigara bırakma kaynaklarına erişimin iyileştirilmesini, tütün kontrol politikalarının geliştirilmesini ve tedavideki eksikliklerin giderilmesini içeren tütün konulu örneklere odaklanarak, sağlık eşitsizliklerini toplum tarafından ele alınabilecek bir şekilde tanımlamayla öğreneceklerdir.

İletişimi devrimi daha yeni başlamaktadır. Teknolojiler geliştikçe ve yaygınlaştıkça, sağlık hizmetleri dünyasını benzeri görülmemiş bir şekilde değiştirme potansiyelleri artacaktır. Bilim, teknoloji ve politika çevrelerinin irdelemesi gereken bir soru; sağlık ve iletişimdeki yaygın ve süregelen eşitsizlikler göz önüne alındığında, bu gelişmelerden istifade edecek kapasite ve kabiliyete kimin sahip olacağıdır. Kamu sağlığındaki iletişim eşitsizliklerinin geleceğine baktığımızda, iletişim eşitsizlikleri ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki nedensel ilişkileri tamamiyle anlamak için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. İnternet iletişim teknolojilerinin gelişmesine paralel olarak eşitsizliklerde muhtemelen artacaktır, bu durumda geliştirilecek müdahale stratejilerinin farklı seviyelerdeki son kullanıcıları dikkate alarak tasarlanması çok önemlidir. Eşitsizlik sorununun üstesinden gelebilmek için iletişim eşitsizlikleri konusundaki geçmiş tecrübelerimizden ders almalıyız. Muhtemel stratejiler arasında şunlar yer alabilir:

1. Siber altyapıdan istifade ederek dezavantajlı toplumlar, gruplar ve milletlerde kapasite geliştirilmesine yatırım yapmak,
2. Verilerin daha kullanılabilir ve erişilebilir olmasını sağlamak,
3. Son kullanıcıların sistemlerin tasarımında ve geliştirilmesinde yer almasını sağlamak,
4. Bilgiyi üretenler ve tüketenler arasındaki sınırları daha geçirgen hale getirmek. İletişim araştırmasının bu yeni seviyelerinde çalışırken, en öncelikli prensibimiz eşitsizliklerin daha da artırılmayacağına emin olmaktır.

PROF. DR. KEVIN WRIGHT

Kevin B. Wright (Ph.D. Oklahoma Üniversitesi) Saint Louis Üniversitesi İletişim Bölümü Başkanı ve Profesörüdür. Hocalık ve araştırma ilgi alanları arasında sağlıkta iletişim, yeni teknolojiler ve sağlık kampanyaları, sağlık iletişiminde kişiler arası hususlar yer almaktadır. Dr. Wright'ın hem yüz yüze hem de bilgisayar yardımlı ortamlarda sosyal destek süreçleri ve sağlık sonuçlarına özel bir ilgisi bulunmaktadır. Health Communication in the 21st Century (21. Yüzyılda Sağlıkta İletişim) ve Kişiler Arası İlişkilerde Bilgisayar Destekli İletişim dahil olmak üzere toplam beş kitap yazmıştır. 60'dan fazla makale ve kitap bölümü yazmış olup araştırmaları Communication Monographs, Journal of Computer-Mediated Communication, Journal of Communication, Health Communication, Journal of Health Communication, Journal of Applied Communication Research, Journal of Personal and Social Relationships, Communication Quarterly, Communication Studies, gibi çok sayıda akademik dergide yayımlanmıştır ve daha birçok yayını bulunmaktadır. Dr. Wright Uluslararası İletişim Birliği'nin yayımladığı Journal of Computer-Mediated Communication 'da 2007-2010 yılları arasında editörlük yapmıştır. Çeşitli iletişim dergilerinin

editörlük kurullarında yer almaktadır ve bölgesel, ulusal ve uluslararası iletişim konferanslarında sık sık sunum yapmaktadır.

1990'ların sonunda, Dr. Wright internetin yaşadığı ilerlemeyi ve worldwidedeweb'in sosyal destek ve sağlık hakkın da bilgi edinmek isteyen ve sağlık konusunda endişeleri olan bireyleri nasıl etkilediğini fark etmiştir. 1995'te başlayarak, yaşı ileri yetişkinler, kanserli insanlar, kanserlilere bakım hizmetleri sunanlar, diğer sağlık sorunlarıyla karşılaşan bireyler (madde bağımlılığı, yeme bozukluğu ve HIV/AIDS) için destek grupları dahil olmak üzere bilgisayar ortamındaki çok sayıda destek grubu üzerinde araştırma yapmaya başlamıştır. Bu ilgisi, bir doktora tez çalışmasına sebebiyet vermiştir (Journal of Communication'da yayımlanmıştır) ve Communication Monographs, Journal of Applied Communication Research, Health Communication, Communication Quarterly, the Journal of Social and Personal Relationships, the Journal of Health Psychology, Journal of Health Communication gibi çok sayıda hakemli dergide yayımlanmış olan çalışmaları da dahil olmak üzere bilgisayar ortamındaki destek gruplarıyla ilgili çok sayıda çalışma yapmıştır. Ayrıca editörlü yayınlarda bilgisayar ortamındaki destek grupları, kanser destek grupları, palyatif bakım ve diğer sağlıkla ilgili konularda çok sayıda kitap bölümü yazmıştır.

Araştırma kariyerinin başında, Dr. Wright özellikle grup katılımı ve çeşitli sağlık sorunları arasında bağlantılar olmak üzere bilgisayar ortamındaki destek gruplarının etkililiğine odaklanmıştır. Örneğin, ilk dönem çalışmaları; algılanan stres düzeyleri, depresyon düzeyleri ve katılımcılarla başa çıkabilme becerileri gibi bilgisayar ortamındaki destek grupları ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkilere odaklanmıştır. Bu çalışmaların çoğu kanser hastaları veya kanserli kişilere bakım hizmeti sunan kişileri kapsamıştır.

Daha sonra, araştırmaları bilgisayar ortamındaki destek grupları içerisindeki öz algı ve diğer katılımcıları algılama çalışmasına ve bu algıların, iletişim örgülerini nasıl etkilediğine kaymıştır. Örneğin, bu araştırma çizgisi katılımcı benzerliği, güvenilirliği, iletişim yetkinliği ve bilgisayar ortamındaki destek gruplarının bireysel gerekçelerinin algılanmasına odaklanmıştır. Ayrıca, Dr. Wright'ın araştırmaları kanser ve diğer sağlık sorunlarıyla karşılaşanlar arasında bu destek gruplarının daha geleneksel olan sosyal destek grupları (yani, arkadaş ve aile üyeleri gibi) karşısındaki avantaj ve dezavantajlarını ele almıştır.

Gerekçeler ve algılanan avantaj/dezavantajlara odaklanma, bilgisayar ortamındaki destek grubu üyelerinin gerekçeleri/ihtiyaçlarını görmek ve bu grupların gerekçelerini/ihtiyaçlarını nasıl karşıladıklarını anlamak için, teorik bir çerçeve olarak, Mark Granovetter'in zayıf bağ destek ağları teorisini adapte etme ve değiştirme yönünde bir ilgiye neden olmuştur.

Bu çalışmanın en ilginç yönü ise şu olmuştur. Bilgisayar ortamındaki destek grubu katılımcılarının gerekçesi, yüz yüze destek gruplarınınkinden daha farklı gibi görüldüğü keşfedilmiştir. Özellikle, katılımcılara arasında büyük heterojenlik, daha çeşitli bilgi, daha az rol zorunluluğu, daha az risk /yargılama durumunun olması ve daha fazla objektiflik gibi zayıf bağ ağlarının çeşitli yönleri, bilgisayar ortamındaki grupların kullanımını tahmin edebilmekte gibidir. Ayrıca, sağlıkla ilgili damgalanma yaşayan bireyler geleneksel yakın bağlardan yola çıkan yüz yüze destekten ziyade bilgisayar ortamındaki destek gruplarını tercih etme eğilimindedir.

Dr. Wright'ın sağlık iletişim araştırmasıyla ilgili diğer odak alanı ise özellikle kanser hastaları arasında kişiler arası/kişiler içi konularla ilgilidir. Örneğin, iletişim örgüleri ve hasta davranışlarını etkilediği için tıp öğrencileri arasında iletişim becerileri eğitimi algısı, hastaların sağlık konusunda iletişim için ne kadar istekli olduğu ve sağlık ortamı algılarını inceleyen araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar Communication Studies, Medical Education Online ve Health Communication'da basılmıştır.

Bu araştırma külliyyatının en ilginç bulgularından bir tanesi, sağlık-bakım ortamı algıları (hizmet sağlayıcıların algıları da dahil olmak üzere) ve hasta iletişim örgüleri/davranışları arasındaki ilişki olmuştur. Buna göre, (hizmet sağlayanın söze dökülmeyen iletişimi, sağlık bakım ortamının fiziki yönleri, tedavi seçeneklerinin algılanan kullanılışlığı dahil olmak üzere) sağlık bakım ortamındaki birçok çevresel özellik algısı bir hastanın bilgi arama örgülerini ve hasta memnuniyet düzeyini etkileme eğilimindedir.

Son yıllarda, Dr. Wright on-line sosyal destek müdahaleleri, web temelli bilgi müdahaleleri ve kanserden kurtulmak ve semptom yönetimi için akıllı telefon uygulaması müdahaleleri geliştirimi ve testiyle ilgilenmiştir. Dr. Wright, şu aralar Saint Louis Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü'yle işbirliği içerisinde St. Louis Büyükşehir alanında, sağlıkla ilgili farklılıklar yaşayan popülasyonlarda bu müdahalelerin test edilmesi için harici fon arayışındadır. Bu müdahalelerin gelişmesi Dr. Wright'ın sağlık kampanyası tasarımı ve uygulaması alanına olan ilgisini daha da arttırmıştır. Özellikle, Dr. Wright süreç ve sonuç değerlendirmesi için yeni teknolojilerin kullanımına dönük bir ilgi geliştirmiştir. Üstelik, araştırma odağı sağlık mesajlarının kampanya hedef kitlesi üyelerine göre ayarlanması için, hatırlatıcı özel mesajlar ve sağlık davranış değişimini sonunda etkileyecek ve sağlıklı davranışların muhafaza edilmesini sağlayacak yaşam tarzı değişiklikleri alanında yeni teknolojilerin kullanımına kaymıştır.

Dr. Wright Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute), Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health) ve Hastalık Kontrol ve Önleme Mer-

kezleri (Centers for Disease Control and Prevention) gibi yapılardaki birçok bilimsel inceleme komitesinde yer almış ve yeni teknolojiler ve sağlık müdahaleleri alanında çok sayıda (özellikle kanser önleme ve kanserden kurtulma alanlarında) hibe başvurusu incelemiştir.

kwrigh28@slu.edu

Sağlık İletişimi Kampanyalarında Bilinçlendirme Stratejileri

Bilinçlendirme stratejileri sağlık iletişimi kampanyalarının çok önemli birleşenleridir ve söz konusu kampanyaları hazırlayan tasarımcıların bu stratejileri kampanyanın araştırma, uygulama, süreç değerlendirme ve sonuç değerlendirme gibi kampanya sürecinin çeşitli aşamalarında belirlemeleri gereklidir. Çoğu başarılı kampanya bilinç oluşturmayı hedefleyen mesajlar sunmaktadır. Bu mesajlar konunun tanınması ve hatırlanması veya davranış değişikliğine neden olması amacıyla tasarlanmıştır. Ayrıca bu mesajlar uygun dinleyici kitlesini bilişsel ve davranışçı açıdan uyarmalı ve konuya ilişkin daha fazla bilgi edinmeye teşvik etmelidir. Sağlığa ilişkin tutum ve davranışları değiştirmeyi hedefleyen halk sağlığı kampanyaları alanında uzun süren araştırmalara rağmen, kampanyalar çoğunlukla başarısız veya hedef kitlenin düşünce veya davranışlarını etkilemede yetersiz kalmaktadır. (Dillard & Shen, 2005; Hornik, 2002; Snyder, 2001). Dolayısıyla hedef kitlede bilinçlendirmeyi artırabilecek, sağlık konusunda bilgiyi, risk ve hassasiyet algılarını, sağlıkla ilgili davranışların değişiminde olumlu tutumları ve neticede olumlu fiziksel ve zihinsel sağlık

sonuçlarına neden olacak davranış değişikliklerini sağlayacak sağlık kampanyalarının niteliklerini göz önünde bulundurmak önem teşkil etmektedir.

Bu sunumda , sağlık kampanyaları tasarımcılarının göz önünde bulundurması gereken birçok bilinçlendirme stratejisini tartışacağım. Kampanya sürecinin çeşitli aşamalarında bilinçlendirme stratejilerinin nasıl oluşturulabileceği söz konusu tartışma konularından olacaktır. Özellikle kampanya tasarımcılarının/ araştırmacılarının bilinçlendirme konusunda göz önünde bulundurmaları gereken faktörlere odaklanacağım. Bu faktörlere örnek olarak hedef kitlede önemli olan unsurlar, kampanya aşamalarındaki araştırmalar, teorik kaygılar ve mesaj tasarım özellikleri sıralanabilir. Bunlara ek olarak, kampanyaların uygulama aşamasında yürütülecek farkındalık değerlendirmelerine ilişkin stratejilere ve süreç ile sonuçların tartışılmasının önemine odaklanacağım.

Çoğu sağlık kampanyasının başarısız olduğu veya sınırlı etkide bulunduğu hareketle, bireysel ve toplumsal seviyelerde bilinç artırıcı kampanya mesajları, tasarımcıların odak noktası olmalıdır. Bilinçlendirme mesajlarının birincil görevi, kampanyanın ana mesaj veya mesajlarına ilgiyi artırmasıdır. Bilinçlendirme mesajları kişileri daha fazla bilgi edinme davranışına yönlendirmelidir. Söz konusu bilgiler kampanya içeriğinde, web sayfalarında, kitaplarda ve diğer yazılı basında veya toplumun kanaat önderleri, tıbbi hizmetleri veya danışmanlıkları gibi kaynaklarından edinilebilir.

Kampanyanın biçimlendirilmesi aşamasına ilişkin araştırma açısından dileyici analizi bilinçlendirme mesajlarının oluşturulmasında çok önemli bir rol oynamaktadır. Örnek olarak, hedef kitlenin temsilci üyelerinden oluşan odak grupları kampanya tasarımcılarına kampanyayı başarıyla ulaştırmada kullanılacak en uygun dil ve görsel uyaran hakkında bilgi verebilir. Genellikle odak gruplar, anket ve hedef kitleye ait mevcut bilgiler gibi diğer araştırma yöntemleri, kampanya tasarımcılarına hedef kitlenin sosyal ve fiziksel çevresinin sistematik bir biçimde değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. Bunlar; sağlık konusundaki mevcut bilgilerin belirlenmesi, yardım almada sosyal destek kaynakları, beklenen davranışların sosyal normları, sağlık konusunda yardım almada fiziksel engeller, sağlık davranışıyla ilişkilendirilen utanç duygusu, hizmetlerin mevcudiyeti ve bunlara erişilebilirlik, sağlık çalışanları tarafından sağlanan tedavilerin kalitesi konularını içermektedir. Bunlara ilaveten, kampanyada desteklenen sağlık konusundaki davranış değişimi için harekete geçme motivasyonuna ilişkin sağlık konuları, tutumlar, inanç ve değerler ve algılanan ihtiyaç ve yeterliliklerin belirlenmesinde, odak gruplar, anketler ve mevcut veriler kampanya tasarımcılarına yardımcı olabilir.

Ayrıca, söz konusu yöntemlerden elde edilen veriler kampanya tasarımcıla-

rına dinleyici bölümlene sürecinde veya demografik değişkenlere, tutumlara, inançlara ve sağlık davranışını değiştirmeye hazır olmaya dayalı olarak hedef kitlenin küçük gruplandırılmaları aşamasında yardımcı olabilir. Örnek olarak, son yıllarda sağlık iletişimi araştırmacıları (örnek: Palmgreen & Donahue, 2003) duyu-arama özelliğini başarılı bir biçimde dinleyici bölümlene değişkeni olarak kullanmıştır. Araştırmalar göstermiştir ki yüksek oranda duyu-arayıcıları olan kişiler daha canlı, renkli ve hızlı ilerleyen kampanya mesajları tercih etmektedirler. İlaveten, toplumun katmanlarında bu özelliği sergileyenlere yönelik hazırlanan mesajların, konuya ilgiyi artırdığını, sağlık konularında bilinçlendirme sağladığını ve mesajların hatırlandığını ortaya koymaktadır. Genel anlamda bu yöntem, uyuşturucu kullanımı, riskli cinsel birliktelikler ve olumsuz sağlık sonuçları doğuran diğer yüksek riskli davranışlar gibi konularda yoğunlaşan kampanyalarda hatırlanan ve etki oluşturan mesajların tasarlanmasında başarılı olmuştur. Buna paralel olarak, Teoriler arası Model (Prochaska & DiClemente, 1984) veya Davranış Değişiminde Çok-Aşamalı Model (Lippke & Ziegelmann, 2006) gibi modellerin kullanımı, kampanya tasarımcıları tarafından öne sürülen sağlık alanındaki davranış değişiminin farklı bilinç seviyesindeki hedef kitle bölümlerinin belirlenmesinde kullanılacak çerçeve için oldukça faydalıdır. Örneğin, söz konusu modeller sağlık konularında bilinçsiz kişilerin oluşturduğu veya konu üzerine düşünmüş ancak davranışını değiştirmemiş veya davranışını değiştirmiş (ancak tekrar sağlığını tehlikeye atacak riskli davranışa geri dönebilecek) kişilerin oluşturduğu bölümleri belirlemede araştırmacılara yardımcı olabilir. Dinleyicileri bu şekilde bölümlere ayırarak, kampanya mesajları bölümlere göre düzenlenebilir. Bölüme uygun düzenleme yapılan bu yaklaşım genel dinleyici kitlesine ulaşan genel mesajlardan daha etkili olacaktır (Kreuter et al., 2000).

Kampanyanın biçimlendirilmesi aşamasına ilişkin araştırma hedef kitlenin tercihlerini belirlemede de önemli rol oynamaktadır. Hedef kitleye bağlı olarak etkili mesaj yayma yöntemi farklı olabilir. Bazı dinleyiciler toplumsal iletişim kanallarını veya geleneksel medyayı (televizyon, radyo, gazeteler, dergi reklamları, panolar vs.) tercih ederken, diğerleri (ya da diğer dinleyici alt-grupları) sosyal ağ sayfaları, twitter, e-posta veya akıllı telefon uygulamaları gibi yeni medyayı tercih edebilir. Son yıllarda, mesajların hedef kitlenin belli bölümlerine daha kolay ve hızlı ulaştırılması açısından etkileşimli medya kullanımının daha etkili olduğu araştırmacılar tarafından ortaya konulmuştur (Kreuter et al., 2008). Bu şekilde hazırlanan mesajlar genel anlamda sağlık konusunda bilinçlendirmeyi daha da artırmaktan ziyade düşünce ve davranış değişiminde oldukça etkili olduğu tespit edilmiştir (Kreuter et al., 2006). Bunlara ek olarak, yeni etkileşimli iletişim teknolojileri kullanımına sahip kitle için tasarlanacak mesajlar, genel muayene ve rutin taramaların hatırlatılması gibi kitle üyelerinin kendi sağlıklarını proaktif bir biçimde yönetmelerine imkan verecek şe-

kilde hazırlanabilir (Avtgis et al., 2011). Bu gibi teknolojik hatırlatmalar hedef kitle üyelerinin olumlu sağlık davranışlarını zaman içerisinde geliştirmelerinde ayrıca önem taşımaktadır. Bunların değerlendirilmesi ve diğer bireysel, sosyal ve çevresel değişkenler, hedef kitle kaynaklarının ve koşullarının belirlenmesi ve sağlık kampanyasının başarıya ulaşması için önem teşkil etmektedir.

Hedef kitlenin günlük yaşantısındaki çevresinin değerlendirilmesi, sağlık kampanyası mesajlarını tamamlayacak nitelikteki etkilerin veya hedef kitle üyesinin dikkatini kampanyadan aksi istikamete çekebilecek mevcut etkilerin bulunması açısından bir fırsat olabilir. Atkin & Freimuth (2001)'a göre, hedef kitle birçok yeni hikayelere, toplumsal etkileşimlere, reklamlara, eğlence tasvirlerine ve çevresinde diğer bilgilere maruz kalabilir, ancak bunları önemsemeyebilir. Bunlara benzer mesajların değerlendirilmesi, kampanya tasarımcılarına tutarlı mesajlar hazırlama konusunda yol gösterecektir. Ayrıca, kampanya mesajına yönelik bilinç artırma açısından diğer yollar da bilinmektedir. Örneğin Atkin & Freimuth (2001), erişim, kod çözülebilirliği, içeri girilebilirlik, kişiselleştirme ve maliyet hesapları gibi bazı özel kanal özelliklerinin değerlendirilmesi gereğini ileri sürmüştür. Kampanyanın biçimlendirilmesi aşamasına ilişkin araştırma sürecinde ideal bir kanal veya birkaç kanal kombinasyonu belirledikten sonra, araştırmacıların medya patronlarından (yayın kuruluşları, gazete editörleri vs.) veya kanaat liderlerinden destek almaları mesajların yeterli olarak dağıtılmasının sağlanması açısından büyük önem teşkil etmektedir. Sıklıkla tekrarlanan mesajların bilinçlendirmeyi artırdığı, motivasyonu güçlendirdiği ve mesajı hatırlanabilir kıldığı bilinen bir gerçektir (Hornik, 2002).

Kampanyanın biçimlendirilmesi aşamasına ilişkin araştırma ayrıca hedef kitle üyelerinin çevre özelliklerini belirlemede toplumsal kanalların kullanılması açısından büyük öneme sahiptir. Örnek olarak, kampanya tasarımcıları, toplum liderleri, kilit kuruluşlar (iş dernekleri, kiliseler, camiler), iş arkadaşları ve diğer sosyal ağ üyeleri arasında kurulacak işbirliği hedef kitle üyeleri arasında güven gelişimi sağlayarak mesajların doğru iletilmesine katkı sağlayacaktır.

Bilgilendirme ve bilinçlendirme mesajlarına ek olarak, kampanyalar hedef kitleyi zararlı davranışlardan uzaklaştırmak adına ikna edici sebepler sunmalıdır. Kampanya tasarımcıları, kampanyanın biçimlendirilmesi aşamasında hedef kitle üyelerinin riskli sağlık davranışlarının olumsuz neticelerini ve algılanan hassasiyetleri belirleme yollarını bulmalıdır. Kampanya mesajına olumlu bakan dinleyiciler için kampanya tasarımcılarının işi olumlu davranışları güçlendirme bakımından nispeten daha kolaydır. Mesajların hedef kitle açısından çekici, canlı, kolay hatırlanan ve sevilen mesajlar olmaları araştırmanın ilk aşamalarında test edilmelidir. Kampanya mesajına olumsuz bakan dinleyiciler

için ise kampanya tasarımcıları, sağlam biçimde oluşturulmuş olan sosyal etki teorilerinden yola çıkarak kampanya mesajlarına çerçeve hazırlamalılardır.

Sağlık İnancı Modeli, Gereçeli Eylem Teorisi, Ek Paralel Süreç Modeli, Aşılanma Teorisi, ve Psikolojik Reaktans Teorisi gibi popüler sosyal etki çerçeveleri kampanya tasarımcılarına davranış değişikliği konularında ışık tutabilir, güvenilir kaynaklardan gelen ikna edici argümanları rahatlıkla sunmaya yardımcı olabilir ve eylem, davranış niyetleri, tutum değişikliği ve dikkat aşamalarında dinleyici kitlesini motive etmek amacıyla destekleyici bilgi sunabilir.

Örnek olarak geçtiğimiz yıllarda, sağlık iletişimi araştırmacıları, hedef kitle üyelerinden gelebilecek direnç ve reaktansa yol açan ikna edici mesajları belirlemede Psikolojik Reaksiyon Teorisi (Dillard & Shen, 2005; Miller, Lane, Deatrick, Young, & Potts, 2007; Rains & Mitchell Turner, 2007; Quick & Considine, 2008) kullanmışlardır. Önceki araştırmalar, bazı kampanya mesaj özelliklerinin (uygun olmayan korku, utanç ve suçluluk öğeleri) dinleyicide reaktans ve bumerang etkisi oluşturduğunu ortaya koymuştur. Benzer biçimde, Ek Paralel Süreç Modeli (Wiite, 1992) kullanan kampanya araştırmacıları orta seviyede kullanılan korku öğelerinin sağlıkla ilgili kampanyalarda duyarlılığı artırdığını ortaya koymuştur. Ancak, fazlasıyla tehditkar mesajlar (korku öğeleri) hedef kitle üyeleri içinde defansif tavırlara neden olmakta ve mesajların reddedilmesine ve bumerang etkisine yol açmaktadır. Örneğin, insanlar korkularıyla daha fazla riskli davranışta bulunarak baş etmeye çalışırlar (madde kullanımını artırarak veya yanlış başa çıkma stratejileri kullanarak) Kampanya mesajlarının belirlenmesi aşamasında yapılacak etkili bir dinleyici analizi, mesajın karşısında olabilecek engelleri belirlemede ve mesajların uzun vadede işlenmesine yardımcı olacaktır.

Sağlık kampanyasının hayata geçirilmesi aşamasında, kampanya tasarımcıları kampanyanın başlamasını takiben, dikkatli bir süreç değerlendirme çalışması yoluyla kampanya mesajlarına ilişkin bilinçlendirmeyi arttırabilirler. Süreç değerlendirme, uygulama aşaması dahil kampanya sürecinin çeşitli aşamalarında gerçekleştirilecek sistematik araştırmaları içerir. Örneğin, hedef kitleye yönelik odak grubu çalışmaları ve anketler, hedef kitle üyelerinin kampanya mesajları hakkında ne derece bilgi sahibi olduklarının, insanların kampanya mesajlarına ne kadar ilgi gösterdiğinin ve mesaj işlemenin diğer yönlerinin değerlendirilmesinde kampanya araştırmacılarına yardımcı olacaktır. Diğer mesaj izleme prosedürleri ile birlikte, kampanya mesajlarının televizyon ya da radyoda ne sıklıkla yayınlandığının takip edilmesi, hedef kitlenin kampanya mesajlarına yeterli seviyede maruz kalmasının sağlanmasında önem taşımaktadır. Bununla birlikte süreç değerlendirme çalışmaları, sağlık kampanyasının promosyon çalışmalarının etkinliğinin belirlenmesinde ve araştırmacıların ge-

lecekte gerçekleştirilecek benzer kampanyaların geliştirilmesine katkı sağlanmasında kullanılabilir. Örneğin, bir süreç değerlendirme çalışması sosyal etki değişkenlerinin belirli bir teorik çerçeve ile uyumlu olduğunu ortaya çıkarmışsa, kampanya sürecinin başarılı veya başarısız çıktılarının elde edilmesine neden olan mekanizmalarının tespit edilmesine yönelik kanıtlar sağlanabilir (bu mekanizmaların tespiti gelecekte yapılacak kampanyaların tasarımı açısından heuristik değere sahiptir).

Son olarak, bir kampanyanın farkındalık oluşturmaktaki etkinliğine ilişkin en iyi gösterge, kampanya mesajlarının istenen sağlık çıktılarına ne derece etkileyebildiğidir. Süreç değerlendirmesine benzer bir şekilde, çıktı değerlendirmesi de kampanya araştırmalarının önemli bir bileşenidir. Pozitif sağlık çıktılarının alınması durumunda, hangi mesaj kaynaklarının, mesaj karakteristiklerinin, kanalların ve kampanyanın hangi yönlerinin farkındalığın artırılması ve davranışların motive edilmesi açısından daha öne çıktığını ve etkin olduğunu değerlendirmek için araştırmacılar hedef kitle üyelerine yönelik odak grubu çalışması veya anket çalışması yapmalıdırlar (Valente, 2002). Bilişsel veya davranışsal değişimlerin görülmediği (veya bumerang etkisinin görüldüğü) kampanyalarda, hangi mesaj kaynaklarının, mesaj karakteristiklerinin, kanalların ve diğer değişkenlerin etkisiz olduğuna yönelik sorular (ve hedef kitlenin, kampanyanın geliştirilmesine yönelik önerileri) da gelecekte gerçekleştirilecek kampanyalar açısından faydalı olacaktır.

Sonuç olarak, farkındalığın artırılması sağlık kampanyalarının kritik bir ögesidir. Benim umudum, bu önerilerin geliştirme, uygulama ve değerlendirme aşamalarında kampanyaların değerlendirilmesine daha sistematik bir yaklaşım sergilenmesinin gerekliliği hakkında insanları düşünmeye sevk etmesidir. Bu yaklaşım, sadece kampanya tasarlayan kişileri üzerinde çalıştıkları sağlık kampanyalarının güçlü ve eksik yanları hakkında bilgilendirecek, aynı zamanda (günümüzde ve gelecekte) benzer kampanyalar tasarlayan diğer akademisyenlerin bilgilendirilmesi açısından da değer taşıyacaktır.



TIM CHURCH

Tim Church ABD Washington Eyaleti Sağlık Bakanlığı İletişim direktörüdür. Aynı zamanda, yerel, eyalet ve ulusal halk sağlığı profesyonellerinin bir araya geldiği bilinen bir yapı olan Ulusal Halk Sağlığı Bilgi Koalisyonu (National Public Health Information Coalition (NPHIC)) yönetim kurulu üyesi ve kısa süre önceki başkanıdır.

Tim medyayla ilişkiler, risk iletişimi, çalışanlarla iletişim, yayın, web içeriği ve sosyal medya dahil olmak üzere Washington Eyaleti Sağlık Bakanlığı adına her türlü iletişim konusunu gözetmektedir.

Sağlık Bakanlığı'ndaki 14 senesi boyunca, çeşitli önemli halk sağlığı konuları ve olaylarına yanıt olarak iletişim ve medya ilişkilerini yönetmiştir. Buna 2012 boğmaca salgını, 2009 domuz gribi (H1N1) salgını, deli dana hastalığı, Japonya tsunami afeti yanıtı, ve yetişkin ve gençlerde sigara kullanım oranlarını anlamlı oranda düşüren çok yıllık bir tütün önleme kampanyası dahildir.

Tim kapsamlı bir iletişim geçmişine sahiptir. Washington Eyalet Üniversitesi Edward R. Murrow İletişim Okulu'ndan yayıncılık gazeteciliği derecesiyle me-

zun oldu ve yaklaşık 15 sene televizyon haber programlarında çalıştır. Haber yazmış, canlı yayın muhabirliği, yapımcılık ve yönetici editörlük yapmıştır. Aynı zamanda, Washington Eyalet Senatosu'nda basın sözcülüğü yapmıştır.

Tim yönettiği veya gözettiği çeşitli halk sağlığı farkındalık kampanyaları nedeniyle çok sayıda ulusal ödül kazanmıştır. Her türlü iletişimin açık, anlaşılması kolay, kısaltmalardan ve devlet dilinden uzak olması gerektiğine inanmaktadır. YMCA gönüllüsü olup eşi ve iki çocuğu ile Washington Puget Sound'da yaşamaktadır.

Timothy.church@doh.wa.gov

Başarılı Halk Sağlığı Mesajı için Stratejiler

İletişim halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinin esas kısmını oluşturur. Sahada çalışan bizler bunun büyük bir sorumluluk olduğunu biliyoruz. Eğer işimizi iyi yaparsak, toplumlarımızda yaşayan insanların hayatları ve sağlığı için gerçekten bir fark yaratabiliriz. İnsanlar, “mesajı alınca” ve aşılınca, ellerini yıkadıklarında, daha fazla egzersiz yapınca ve sağlıklı gıdalar tercih ettikçe, hem bireysel sağlıkları hem de toplum daha sağlıklı olur. Eğer başarılı olamaz, sigara içmeye devam eder, kötü beslenir veya aşı olunmazsa, sonuçları kötü ve hatta ölümcül olabilir.

Elbette, halk sağlığı mesajları genellikle karmaşık olur ve aynı şekilde, insanların verdığımız bilgileri duyması ve harekete geçmesi kolay olmaz. Washington Eyaleti Sağlık Bakanlığı, hedef dinleyici kitlelerimiz hakkında daha fazla bir şeyler öğrenebilmek ve sigara önleme, bağışıklama, boğmaca ve H1N1 (domuz gribi) gibi konuların mesajlarını test etmek için yıllar içerisinde çok sayıda odak grup toplantısı yapmıştır. Son yıllarda, tek ortak tema “bilgi yüklemesi” endişesi olmuştur. Her gün kendilerine neyin iyi neyin kötü olduğunu veya daha sağlıklı olmak için ne tür eylemlerde bulunmaları gerektiğini söyleyecek

birçok bilgiden insanların akli karışmakta ve yorulmaktadır. Sosyal medya sitelerinin artması ve 24 saatlik haber içeriğiyle, bu durum daha iyiye gideceğine daha kötüye gitmektedir.

İşimiz insanların duyduğu mesajlar kümesini incelemek, onları fark etmek ve kendi mesajlarımıza dikkat etmektir. Yapmamız gerekeni en iyi şekilde yapmak için, ulaşmaya çalıştığımız dinleyici kitlesini belirleyebiliriz. Herkese ulaşmak zaman alan, pahalı ve imkansız olduğundan spesifik olmanız gerekir. Örneğin, genellikle genç annelere odaklanıyoruz çünkü bu anneler tipik bir şekilde evde alınan sağlık kararlarını etkiler. Hedef kitlenizin kim olduğunu bilerseniz, ona göre dikkatlerini yakalarsınız ve bunu da bilgi edinme şekillerinden, hangi mesajları dinleyeceklerinden ve kimlere güvendiklerini anlayarak yaparsınız.

İnsanlara sık sık duymaları ve görmeleri gereken mesajları iletmek için, mesajları anlamaları ve inanmaları gerekir. Bu upuzun bir sıralamadır! Herhangi bir hastalığa veya rahatsızlığa yakalanmış kişiler hakkında kişisel hikayelerini kullanarak birçok başarı elde ettik. Son dönemde gerçekleştirdiğimiz boğmaca kampanyasında çocuklarının nasıl hastalandığını, nasıl bir şey yaşadıklarını ve durumun aileleri için ne kadar zor olduğunu anlatan gerçek annelerin radyo spotları yer aldı. Spotları test ettiğimizde, anneler anlatılan hikayelerin dikkatlerini çektiği için dinlediklerini ve mesajları hatırladıklarını bize söylediler.

Jargon ve teknik kelimeler insanların mesajlarımızı anlamalarına engel olabiliyor ve halk sağlığı ve sağlık-bakım alanında da bu tür kelimeler bol miktarda vardır. İnsanlar mikrobun ne olduğunu anlar; o nedenle insanlara ellerinizi yıkarsanız ve yayılan gripten sakınmak için öksürürken ağızınızı kapatınız derken, mikroba “patojen” dememeliyiz.

Nasıl dediğinizin yanında, mesajı veren kişi de büyük bir fark yaratır. Birleşik Devletler’de insanlar genellikle hükümete güvenmez ve seçilmiş kişilerin maksatları konusunda genelde şüphecidir. Ancak, yıllık rutin Gallup Anketleri şunu gösteriyor ki hemşireler, doktorlar ve eczacılar “en dürüst ve en etik meslek” grupları olarak görülüyor. Bu da onları halk sağlığı mesajları açısından son derece güvenilir kılıyor. Sağlık Bakanlığı odak grupları da bu görüşü doğruluyor. İnsanlar halk sağlığı kurumlarından ne duyarlarsa veya doktorları tarafından kendilerine ne hatırlatılırsa veya teşvik edilirse, o zaman büyük olasılıkla aşılarını yaptırıyor, sigara içmeyi bırakıyor veya sağlığını koruması için ne gerekiyorsa onu yapıyor. Aynı zamanda, yatak başı davranışı da gerçekten önemli. Yüksek düzeyde endişeye neden olan ortamlarda, insanlar dinleyen, ilgi gösteren ve empati kuran kişilerden gelen mesajlara güveniyorlar.

Bilgi kampanyası bütçelerimiz her zaman araştırma ve değerlendirme için

mutlaka bir miktar para öngörür. Yerinde harcanan bu para sayesinde hep bir şeyler öğreniriz. Son dönemde, boğmaca mesajlarımızı duyup anlayıp anlamadıklarını görmek için bir dizi odak grup çalışması yaptık. Çok şey öğrendik. Genel bilgi düzeyi çok iyiydi. Neredeyse odak gruptaki herkes epidemiden haberdardı. ABD'de ana haberler hala insanları bilgilendirmenin ana yöntemidir. İnsanlar ana haberleri dinliyor ve güveniyor. Bireysel hikayeler insanların dikkatini çekiyor ve odak grup üyelerinin çoğu, harekete geçmeden önce, hastalığın kendilerini veya ailelerini şahsen tehdit ettiğini hissetmeleri gerektiğini söylemiştir.

Halk sağlığı kampanyaları araştırma, çaba, zaman ve para gerektirir ancak bunları doğru yaparsanız, o zaman her şeye değer. Başarılı olduğunda da toplumlarımızın sağlığını etkiler ve hayat kurtarır.

PROF. DR. JAY BERNHARDT

Jay M. Bernhardt, PhD, MPH Florida Üniversitesi (UF) Sağlık ve İnsan Performansı Koleji Sağlık Eğitimi ve Davranışı Profesörü ve Bölüm Başkanıdır. Bölümün misyonu araştırma, eğitim, inovasyon, liderlik ve işbirliği kanalıyla bireylerin ve toplumların sağlık davranışlarını ve sağlık statüsünü iyileştirmektir. Dr. Bernhardt aynı zamanda UF Halk Sağlığı ve Sağlık Meslekleri Koleji'nde Davranış Bilimleri ve Toplum Sağlığı Bölümü'nde çalışmaktadır.

Dr. Bernhardt Dijital Sağlık ve Zindelik Merkezi Kurucu Direktörü'dür. Merkezin misyonu Amerika'da ve dünyada inovatif araştırma, eğitim ve sağlık için uygulamalı bilgi ve iletişim teknolojileriyle insanların hayatını kurtarmak, hastalıkları kontrol etmek ve zindeliği teşvik etmektir. Merkez, Orlanda, Florida'da "Dijital Sağlık İletişimi Fantazisi" Konferansı'nın düzenlenmesinde sponsorluk yapmaktadır (bakınız <http://dhcx.org>). Ayrıca, Dr. Bernhardt bilim temelli sağlık iletişimi ve yaygın bilgi teknolojilerinin kesişimine odaklanan Dijital Sağlık Etkisi Inc. denen bir uzman danışmanlık girişiminin kurucusu ve başkanıdır. Birçok ortamdaki çeşitli çalışmalarıyla Dr. Bernhardt genellikle iletişim, pazarlama, yeni medya, halk sağlığı, sağlık-bakım ve tıp alanlarında vizyoner bir li-

der, inovatif bir hoca ve dinamik bir konuşmacı olarak tanınmaktadır.

2005-2010 yılları arasında, Dr. Bernhardt Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme (CDC) Merkezlerindeki Ulusal Sağlık Pazarlama Merkezi Direktörlüğü yapmıştır. FY09 NCHM'de 500'den fazla personelle ve \$100 milyon dolardan fazla bir bütçeyle çalışmaktadır. Dr. Bernhardt'ın vizyonunu takiben, CDC, federal hükümete sosyal medya, web 2.0 ve mobil uygulamaları uygulamasına liderlik etmiş ve bu sayede, CDC en kullanıcı merkezli ve ödüllü federal sitelerinden birisi haline gelmiştir. Kendisinin liderliğinde, NCHM programlarını Doğu Asya, Orta Amerika ve Doğu Afrika'ya yaymıştır.



CDC'deki görevinden önce, Dr. Bernhardt Emory Üniversitesi Rollins Halk Sağlığı Okulu Davranış Bilimleri ve Sağlık Eğitimi Doçenti ve Emory Halk Sağlığı İletişimi Merkezi Kurucu Direktörü'yü. Daha önce, Dr. Bernhardt Georgia Üniversitesi'nde Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlık Davranışı alanında Yardımcı Doçentlik yapmıştır.

Dr. Bernhardt Sağlık Davranışı ve Sağlık Eğitimi alanındaki PhD'sini University of North Carolina at Chapel Hill Gillings Genel Halk Sağlığı Okulu'ndan almıştır. MPH derecesini, günümüzdeki adı UMDNJ olan Halk Sağlığı Okulu'ndan ve New Jersey Eyalet Üniversitesi Rutgers Edward J Bloustein Planlama ve Kamu Politikası Okulu'ndan almıştır. Lisans ana dalı Rutgers Üniversitesi'nden sosyoloji ve yan dalı Bilgisayar Bilimleri alanındandır.

Dr. Bernhardt Health Education and Behavior Dergisi yardımcı editörü olup üç Yayın Kurulu üyesidir, altı onursal topluluktan birinin üyesidir ve çok sayıda prestijli ödül almıştır. 2001'de, Amerikan Halk Sağlığı Derneği Yönetim Kurulu'na seçilmiş en genç üye olmuştur. Görevi sırasında, akranı meslektaşları tarafından Başkan Yardımcısı olarak seçilmiştir.

Esasen New Jersey'li olan Dr. Bernhardt Gainesville, Florida'da İş Sağlığı ve Güvenliği Terapisti (bu alanda masterlı) eşi Sheryl Ball Bernhardt, çocukları Lila ve Nathan'la yaşamaktadır.

jaybernhardt@ufl.edu

Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Teşviki için Yeni Medya

“Sağlık Eğitimi ve İnternet: Devrimin Başlangıcı” başlıklı 2001 yılında yayınlanmış bir makalede, birlikte çalıştığımız yazardan biri ve ben, İnternetin sağlık eğitimi araştırmaları ve uygulamaları alanında “...insanlarda ve toplumlarda sağlık bilgisini biraraya getirme, kolaylaştırma, geliştirme, paketleme ve dağıtım” yollarını tamamen değiştirdiği için bir devrim niteliğinde olduğunu kaydetmiştik. (Bernhardt & Huble, 2001, sayfa 643). 2013 yılında, İnternet, kanıta dayalı davranış değişim stratejilerini geçmişte yapabildiğimizden daha etkili bir biçimde uygulamamızı sağlayarak yeni medyanın sağlık eğitimini tamamen değiştirme potansiyeline sahip olmasını sağlamaktadır. Örnek olarak, yeni medya şunları yapmada kullanılabilir: geniş sayıda hedef alınmış bireylerin ve toplumun belli bir zaman diliminde ilgisini çekme kabiliyetini güçlendirme; sağlık eğitim programlarının planlanması için sağlık ihtiyaçlarını ve önceliklerini tespit etmek amacıyla katılımcılardan ve işbirliği yapanlardan elde edilen sağlık ile ilgili kapsamlı veri ve geribildirim analizlerini kolaylaştırmak ve gerçek zamanlı taleplerden haberdar olmak; en uygun ve etkili zamanlarda en ikna kabiliyeti yüksek ve erişilebilir kanallar vasıtasıyla gönderilen ilgili ve kişiselleştirilmiş sağlık eğitimi mesajlarının tasarımı ve yayılması; katılımcılardan gelen verilere ilişkin depolama süreci ve elektronik kopyalamayı sağ-

layarak programların etkinliğinin değerlendirilmesi. Dolayısıyla, yeni medya, sağlık eğitimi planlaması, programların geliştirilmesi ve değerlendirme süreçlerinin bütün aşamalarında ilerleme sağlayabilmektedir.

2001 yılında, dünya genelinde tahmin edilen yaklaşık 500 milyon İnternet kullanıcısı vardı (Bernhardt & Hubley, 2001) ve 20.000'den fazla sağlıkla ilgili web sayfası mevcuttu (İng, 2001). Uluslararası Telekomünikasyon Birliği (2013) şu anda 2,3 milyardan fazla küresel İnternet kullacı olduğunu ve Google sayfasından "sağlık" adına yapılan aramalarda neredeyse 3,5 milyar sonuç elde edileceğini tahmin ediyor. 2001'de, yaygın olarak kullanılan internete bağlı web ve e-posta kullanımı haricinde haber grupları, sohbet odaları, anında mesajlaşma ve dosya paylaşım ortamları mevcut bulunmaktaydı (Bernhardt & Hubley, 2001). Günümüzde ise Facebook, YouTube ve Twitter gibi sosyal medya ve bilgi paylaşım siteleri İnternette en çok erişilen siteler arasındadır ve sırasıyla bu web siteleri 1 milyar, 800 milyon ve 500 milyon kullanıcıya sahiptir (Facebook, 2013; Lawler, 2012; Lunden, 2012).

İnternet ve yeni medya kullanımı Türkiye'de ve Avrupa'da hızla büyümüştür. Avrupa Seyahat Komisyonu'na göre (2012), 2012 yılında Türkiye'de 35 milyon İnternet kullanıcısı mevcuttu ve bu rakam nüfusun %44.4'ünü temsil etmekteydi. Geniş bant erişim oranları şehirlerde kırsal kesime göre çok daha yüksektir. Türk İnternet kullanıcıları Avrupa'daki kullanıcılara paralel olarak ortalama 33 saat çevrimiçi zaman geçirmektedir. Ağustos 2011'de Facebook web sitesi 13 milyar dakikadan fazla bir zaman ile Türk İnternet kullanıcıları tarafından en fazla kullanılan web sitesi olmuştur. Bu siteyi takiben Microsoft web siteleri ve Google en çok kullanılan sayfalar olmuştur. Şubat 2011'de Türk çevrimiçi kullanıcılarının %90'ından daha fazlası canlı videolar izlemiştir ve aynı ay kişi başına ortalama 144 video izlenmiştir ve bunun için 15 saatten fazla zaman harcanmıştır. Mart 2011'de 15 yaşın üzerindeki Türk İnternet kullanıcılarının neredeyse %17'si Twitter kullanımında Türkiye'yi dünyada 8. sıraya yerleştirmiştir.

Teknoloji devrimi yeni medya kanallarının, araçlarının, aletlerinin hızlı büyümesine neden olmuştur ve İnternet erişimi sayesinde geniş alanda bilgi edinmeye olanak sağlamıştır. Pew İnternet & Amerikan Yaşam Projesi (2013) verileri göstermektedir ki, Amerika Birleşik Devletleri'nde diz üstü bilgisayar kullanımı masa üstü bilgisayar kullanımını geçmiştir ve müzik çalıcıları, video oyun konsolları, elektronik kitap ve tablet bilgisayarların kullanımı artmıştır. Yine de en büyük büyüme SMS alıp gönderme ve sesli arama özelliği olan cep telefonlarının kullanımında olmuştur. Yeni milenyumun başlarında dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisinin telefona sahip olmadığı ve telefon çağrısı yapma yeteneğine haiz olmadığı tahmin ediliyordu (Wang, 2000). 2011 sonla-

rında ise toplam cep telefonu aboneliği yaklaşık 6 milyara ulaşmıştır. Bu rakam küresel bakımdan %86'yı temsil etmektedir (Uluslararası Telekomünikasyon Birliği, 2013). Akıllı telefonlar sesli çağrılara ve mesaj gönderip almaya olanak tanımanın haricinde web erişimi sağlayarak, e-posta gönderme ve alma ve "apps" adı verilen indirilebilir programları çalıştırma özelliklerine sahip olarak oldukça hızlı büyüme yakalamıştır ve Nielson'a göre akıllı telefonlar mevcut durumda ABD'de yaklaşık olarak cep telefonlarının yarısını ve yeni satın alınan telefonların üçte ikisini oluşturmaktadır (Pollicino, 2012). Bunlara ek olarak, 2011 yılı sonuna kadar küresel bazda 1 milyar genişbant aboneliği mevcuttu (Uluslararası Telekomünikasyon Birliği, 2013). Türkiye'de cep telefonu kullanım oranı veya ülke nüfusundaki mobil işlemler aboneliği oranının 2014 yılı sonu itibarı ile %108'i geçmesi beklenmektedir. Bu oran 2010 yılı sonunda %85'ti (Ersoy, 2011).

Sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi konularında araştırma yapanlar, sağlık çalışmalarının etkinliğini artırmak amacıyla İnternet ve diğer çeşitli iletişim araçlarının kullanılmasında yenilikçi yöntemleri incelemektedir. Yeni iletişim ortamları ve sağlık eğitimi çalışmalarının sayısı her geçen gün artmakta ve toplanan veri miktarı da aynı şekilde büyümektedir.

İnternet tabanlı sağlık eğitimi konusunda en eski tekniklerden birisi web sitelerinin sağlık mesajları yoluyla tüketicilere ulaşması ve onları eğitmesidir. Web kullanıcıları bireylerin çevrimiçi sağlık bilgisini bulmakta kullandığı en yaygın yol Google veya Netbul gibi arama motorlarının kullanılmasıdır. Bu nedenle, güvenilir sağlık bilgisi sunan kurumların "arama motoru optimizasyonu" (SEO) stratejileri kullanarak web sitelerinin arama motoru sonuçları sıralamasındaki yerlerini yükseltmeleri, tüketicilerinin güvenilir web sitelerine ulaşmasını kolaylaştırmak açısından çok önemlidir. Sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi açısından diğer bir önemli web tabanlı yöntem ise çevrimiçi videoların kullanımınıdır. Youtube gibi kanallar, çevrimiçi videoların oluşturulmasını ve paylaşılmasını yaygınlaştırmıştır, literatür en ikna edici videoların yüksek derece duygusal içerik içeren anlatım tarzı videolar olduğunu göstermektedir.

Sağlık bilgisinin kullanıcılara web üzerinden sunumuna yönelik diğer bir etkili yöntem ise mesajın her bir kullanıcıya göre "kişiselleştirilmesi"dir. Kişiselleştirme, her bir mesajın alıcının karakteristiklerine, tercihlerine ve inançlarına göre özelleştirilmesidir. Birçok çalışma, sağlık eğitimi ve sağlık bilinçlendirmesi konusunda kişiselleştirilmiş mesajların, kişiselleştirilmemiş mesajlara göre etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, Amman ve meslektaşları (2013) tarafından yapılan yeni bir çalışma yaşlı yetişkinlere yönelik geliştirilen ve bilgisayar tarafından kişiselleştirilen web tabanlı bir çalışmayı değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda, en yaşlı yaş grubunun fiziksel aktivite davranışlarını diğer

iki yaş grubuna göre daha fazla geliştirdiğini göstermiştir. Bununla birlikte, yaşlı grup diğer daha genç iki yaş gurubu ile karşılaştırıldıklarında algılanan İnternet özgüven puanları daha düşük olmasına rağmen web sitesinde en çok zaman harcayan grubu oluşturmuştur.

İnsanların web’de veya İnternet aracılığıyla gerçekleştirdiği en popüler aktivitelerden biri kişisel bilgilerin paylaşılması ve ortak ilgi alanlarının Facebook ve Twitter gibi sosyal ağlar ve sosyal medya üzerinden takip edilmesidir. Sosyal medyanın sağlık bilinçlendirmesinde kullanım potansiyeline yönelik çok az sayıda araştırma yapılmıştır, ancak bu kanallar ağ etkilerinin değerlendirilmesi ve ortak sağlık kararları verme çalışmalarında kullanım için büyük bir potansiyele sahiptir. Sosyal medyanın daha derinlemesine incelenen alanlarından biri ise, trend ve duygusal analiz çalışmalarında kullanılmak üzere, büyük miktarlarda sosyal medya verisinin toplanması ve analiz edilmesidir. Bunun örnekleri arasında Google Nezle Trendleri ve nezle ve aşı hakkındaki “tweet” çalışmaları yer almaktadır.

Muhtemelen, sağlık eğitim ortamı açısından en ilgi çekici ve en önemli gelişme cep telefonu kullanımının dünya çapında inanılmaz derecede yaygınlaşmasıdır. Telefon görüşmelerinden sonra cep telefonlarında kullanılan en popüler araç Kısa Mesaj Servisidir (SMS). Bu fonksiyonlar akıllı telefon olup olmamasına bakılmaksızın cep telefonlarının çoğunda mevcuttur. SMS’in sağlık hizmetlerinin desteklenmesindeki potansiyeli çok yüksektir ve bugüne kadar yapılan yüzlerce çalışma SMS mesajlarının, insanlara randevularını veya tedavilerini hatırlatmak, insanları diyabet, astım veya AIDS gibi kronik hastalıklarıyla başa çıkmak ve bunları kontrol altına almak üzere teşvik etmek ve sigarayı bırakmak ya da daha sağlıklı beslenmek gibi davranış değişiklikleri gerçekleştirmeleri gibi konularda yardımcı olmak gibi yollarla sağlık alanına destek sağladığını göstermiştir.

SMS’in sağlık eğitimi alanındaki olumlu faydalarını gösteren birçok yayınlanmış çalışma vardır. Örnek olarak, Bock ve meslektaşları (2013) tarafından yayınlanan güncel bir makale, genç yetişkin sigara içicilerine sigarayı bırakma konusundaki bir programın kullanıcıya ulaştırılmasına yönelik ihtiyaçları ve tercihleri anlatmaktadır. Yazarlar, yaptıkları niteliksel araştırma sonucunda genç yetişkinlerin SMS tabanlı sigara bırakma programının kullanımına büyük oranda destek verdiklerini görmüşlerdir. Bununla birlikte, katılımcılar kullanıcı ve sistem arasındaki etkileşimi geliştirecek, web siteleri, sosyal ağlar, çevrimiçi profil ve kısa mesaj özelliklerinin kullanılmasını önermiştir.

“Akıllı” telefonların kullanımı yaygınlaştıkça, bu telefonlar üzerinde çalışan uygulamaların veya indirilebilir yazılımların sayısı da çok büyük bir artış ve po-

p larite göstermektedir. Artık, en popüler akıllı telefon platformlarına (iPhone, Android telefonlar ve Windows Telefonlar gibi) uygun yüz binlerce uygulama vardır ve bu uygulamalar kullanıcılar tarafından milyarlarca kere indirilmiştir. Bu uygulamaların on binlercesi sağlık, form ve zindellekle ilgilidir. Sağlık bilinçlendirmesi uygulamalarının potansiyel etkinliği konusunda sadece çok sınırlı sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen bu araştırma alanı gelişmeye başlamıştır.

 rnek olarak, Cowan ve meslektaşları (2013) tarafından yayınlanan “elik Uygulamalar: Egzersiz Uygulamaları Kullanıcılara Gerçekçi Beklentiler Sunuyorlar Mı? Egzersiz Uygulamalarının Davranış Değişimi Teorisinin Kullanımı Alanında Bir İçerik Analizi” başlıklı güncel bir makale, fiziksel aktiviteleri hedef alan iPhone uygulamalarında sağlık davranış teorisinin mevcudiyetini incelemektedir. İçerik analizi, web sitelerinin geliştirilmesinde teoritik yapıların kullanımını değerlendirmek üzere geliştirilen bir yazılım aracının uyarlanarak kullanılması yöntemiyle gerçekleştirilmiş ve uygulama örnekleri iTunes Uygulama Mağazasının Sağlık ve Form kategorisi altındaki uygulamalardan seçilmiştir. Yazarlar örneklerin genellikle teoritik içerikten yoksun olduğu sonucuna varmış ve bu sonucun uygulama geliştiricilerinin, daha gelişmiş sağlık ıktıları sağlamak üzere teorisinin yazılım uygulamalarına ithal edilmesi için sağlık davranışları değişimi uzmanları ile ortak çalışmalarına olan ihtiyaın ve buradaki fırsatların önemini gösterdiğini ifade etmiştir.

Benzer şekilde, “Fiziksel Aktivite Seviyelerini İzleme ve Kaydetmeye Yönelik Bir Akıllı Telefon Uygulamasının Tasarımı, Geliştirilmesi ve Biçimlendirici Değerlendirmesi: ‘iStepLog’ 10.000 Adım” başlıklı makalede Kirwan ve meslektaşları (2013), fiziksel aktivite seviyelerinin takip edilmesinde adım sayan pedometrelerin kullanımını içeren fiziksel aktiviteleri hedef alan bir yazılımın geliştirilmesinde ve değerlendirilmesinde yeni medyanın kullanımına odaklanmışlardır. Yazarlar, 10.000 Adım evrimii fiziksel aktivite programı katılımcılarının fiziksel aktivite seviyelerini takip etmek için adım sayan pedometreleri kullanmasını, fiziksel aktivite seviyelerini iStepLog uygulaması üzerinden kayıt altına almalarını ve izlemelerini öngören özel bir akıllı telefon uygulaması geliştirmişlerdir. Yazarlar alışma sonunda, kullanılabilirlik testi prosedürleri sonuçlarına göre, iStepLog uygulamasının yüksek oranda kullanılabilir olduğunu ve bunun sadece kullanımı artırmakla kalmayıp fiziksel aktivite programının sağlık davranışı çıktılarını da artıracadığı sonucuna varmıştır.

Son yıllarda popülerlik kazanan bir diğer dijital araç ise oyunlardır ve bilgisayar oyunları sağlık eğitimi ve bilinendirme konusunda büyük bir potansiyel ortaya koymuşlardır. Oyunlar, bilgisayarlar, web siteleri, Sony Playstation veya Microsoft Xbox gibi oyun sistemleri, ya da, giderek artan bir şekilde,

cep telefonları gibi birçok değişik platformda oynanabilir. Örneğin, Peng ve meslektaşları tarafından yakın zamanda gerçekleştirilen bir sistematik literatür taraması bilgisayar oyunlarının fiziksel aktivite hakkında bilinçlendirme amacıyla kullanımını araştırmıştır. Yazarların vardığı sonuçlara göre, yayınlanmış laboratuvar çalışmalarının aktif bilgisayar oyunlarının düşük ila orta seviye yoğunlukta fiziksel aktivite sağlama kapasitesine sahip olduğunu göstermiştir; ancak sadece 3 aktif bilgisayar oyunu denemesi fiziksel aktiviteyi önemli ölçüde artıracak etkin bir aracın kullanımını desteklemiştir. Yazarlar, fiziksel aktivite seviyesinin geliştirilmesinde aktif bilgisayar oyunlarının kullanımının etkinliğinin ve gerçek potansiyelinin belirlenmesi için ilave araştırmalar yapılmasının gerekliliğine katılmışlardır.

Yukarıda ele alınan, web tabanlı ve kişiselleştirilmiş programlar, çevrimiçi videolar, cep telefonu tabanlı sağlık programları gibi sağlık eğitimi ve sağlık bilinçlendirmesine yönelik yeni medya uygulama alanları, mevcut sağlık eğitimi araştırmalarının yeni medyanın kullanımını ele alan bir kesitini temsil etmektedir. Sistematik literatür incelemeleri, bilgisayar tabanlı sağlık teşvik programlarının (Baker et al., 2010), SMS-tabanlı programların (Cole-Lewis & Kershaw, 2010) ve sağlıkla ilgili video oyunlarının (Hall et al., 2012) etkili olduğunu göstermiş olsa da, sağlığın teşviki alanında akıllı telefon uygulamalarının etkinliği ile ilgili yayınlanmış çalışmalar mevcut durumda yetersizdir. Sürdürülebilir ve ölçülebilen sağlık davranışı değişimi için mobil uygulamaların potansiyel etkinliği ile ilgili sonuçlara varabilmek açısından özellikle tasarımlarla ilgili daha çok araştırma ve değerlendirme gereklidir. İlaveten, yeni medya programlarını bilgilendirmek için davranış değişimi teorilerine, kullanıcı merkezli araştırma stratejilerine ve yeni medya uygulamalarının son kullacılarına ulaşmak için ürün geliştiricilerle yakın işbirliğine ihtiyaç vardır.

İnternet devriminin üçüncü on yıllık dilimine girerken, sağlık eğitimi alanında yeni medya üzerine yapılmış önceki araştırmaların faydalarını görmeye başlamış bulunuyoruz. Yeni medya platformları ve kanalları kullanıldıkça elektronik iletişim yaygınlaşmaya ve büyümeye devam ediyor. Dolayısıyla etkili sağlık eğitimi programlarının araçları da çoğalıyor. Özellikle mobil araçlar sağlık eğitimi için büyük bir devrim niteliğinde olup insanların hayatlarında ve çevrelerinde büyük yer teşkil etmektedir. Gelecekte sağlık eğitimini etkileyecek diğer potansiyel devrimler, insanların sağlık konusunda okuma engellerini kaldırmaya yardım eden mobil etkileşimli ses yanıt sistemlerden ve bireylerin hastlıklarla başedebilmelerini sağlayan ve sağlıklı yaşamı teşvik eden kişisel sağlık verilerinin izlenebildiği mobil uzaktan izleme aletlerinden oluşmaktadır. Bütün insanlara daha sağlıklı yaşam sağlama potansiyelleri açısından sağlık eğitimine yönelik yeni medyada meydana gelecek yenilikleri dört gözle beklerken, geleceğin heyecan verici olduğunu söylemek gereklidir.



DOÇ. DR. SUZANNE SUGGS

L. Suzanne Suggs, Sosyal Pazarlama Yardımcı Doçenti olup in Halkla İletişim Enstitüsü, İletişim Bilimleri Fakültesi Università della Svizzera italiana (USI) Üniversitesi Lugano, İsviçre'deki BeCHANGE Araştırma Grubu'nun Direktörü'dür. Araştırmaları sosyal pazarlama, iletişim teknolojileri, yeni medya ve sağlık davranışı ve sosyal değişim için mesaj verme stratejilerini kapsamaktadır. Avrupa Sosyal Pazarlama Birliği'nin (European Social Marketing Association (ESMA)) eş kurucularından olup Journal of Health Communication hakem kurulunda yer almaktadır. Aynı zamanda, Journal of Communication Technology for Human Behavior'in genel yayın sorumlusudur.

Suzanne.suggs@usi.ch

Yeni Medya'nın Toplum Sağlığı İyileştirmedeki Rolü

şu andaki sağlık ve ekonomiyle ilgili zorluklar bireylerin sağlığını ve sağlıklı ilgili davranışlarını daha fazla oranda kendi kendilerine yönetmelerini ve daha verimli ve maliyet etkin bir şekilde sağlık hizmetlerine erişmelerini gerektirmektedir. Bilgi ve İletifim Teknolojileri'ndeki (BİT) ilerlemeler ve yeni medya Avrupa'da ve dünya çapında halk sağlığını ilerletmek için fırsatlar sunmaktadır.

Yeni medya, günümüzde toplumda çeşitli sağlık geliştirme bağlamalarında kullanılmaktadır. Vatandaşlar birbirleriyle konuşuyor ve sağlıkla ilgili bilgileri araştırıyor, sağlık kuruluşları hizmetlerini ve misyonlarını dinleyici kitlelerine iletmek için bunları kullanıyor, sağlık profesyonelleri yeni medya kanallarını kullanarak hastalar ve tüketiciler arasında beceri ve bilgi geliştirmeyi kolaylaştırıyor. Örneğin, "PatientsLikeMe" (BenimGibiHastalar- ABD) benzeri bir durum, hastalık veya semptom deneyimleyen insanların birbirlerini bulmaları için bir platform sağlamakta ve bu kişiler birbirleriyle konuşmakta, birbirlerinden tavsiye ve destek almakta, yaşadıkları rahatsızlıkla ilgili okur yazarlığı arttırmakta ve sağlık-bakım hizmetleri sağlayanların da etkin yollarla çalışmasına katkıda bulunmaktadır. "FAN Ticino" (İsviçre) ise ebeveynlere ve küçük çocuk-

lara sağlık-kilo sorunları, diyet ve fiziki aktiviteyi arttırma yöntemleri hakkında bir iletişim platformu sunmakta olup kullanıcılar birbirleriyle fotoğraf, video, reçete ve aktivite seçeneklerini paylaşmaktadır. DSÖ “Sağlıklı Kentler, Sağlıklı Hayatlar” inisiyatifi dünya çapındaki insanların şehir planlama faaliyetlerinde sağlığın kolaylaştırılması için yerel yönetimlerini teşvik etmelerine dönük bir sosyal medya platformu sağlamaktadır.

Yeni medya, sağlığın arttırılması ve desteklenmesi için birçok fırsat barındırmaktadır. Bu sunumda, sağlık araştırmacıları, uygulayıcılar ve politika yapıcılarının geleceği için değerli dersler sunan halk sağlığının ilerlemesine dönük yeni medya proje örnekleri sunulacaktır. Avrupa’daki güncel araştırma, uygulama ve politikaya dair arka plan bilgisi ve öne çıkan yönler ele alınacaktır.

DR. CRAIG LEFEBVRE

R. Craig Lefebvre, halk sağlığı ve sosyal değişim programları mimarı ve tasarımcısıdır. Sarasota, Florida’daki socialShift, social|design pazarlama ve medya danışmanlığında engin bilgilere sahip deneyimli bir kişidir. Ampirik araştırmaların yanı sıra, belirli amaçlar doğrultusunda yürütölen pazarlama programlarının tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesine insanların hayal gücü ve tutkularını katmaları için tüketici tecrübelerini ele almaktadır. Son dönemdeki projeleri arasında şunlar yer almaktadır: Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezleri için Sağlık Bildirilerinin Çevirisi Bilimsel İstışare Kurulu’ndaki hizmetleri; Madde İstismar ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi için hibe kazananlara dönük teknik yardım programlarının yeniden yaratılması için bir hizmet tasarımı modeli geliştirilmesi; Tel Aviv Üniversitesi ve İsrail Sağlık Bakanlığı’na ulusal sağlığın geliştirilmesi planı ve toplum temelli sosyal pazarlama demo projeleri strateji danışmanlığı; Kanada Halk Sağlığı Kurumu Kanada Sağlık Ağı (CHN) için sağlık alanında bilgilendirici kurumsal web sayfalarına ve ulusal bağlantılı programa, sosyal pazarlama ve sosyal medya stratejilerini dahil etmek amacıyla strateji geliştirme ve planlama danışmanlığı.

Dr. Lefebvre aynı zamanda RTI International’da Liderlik Değişim Tasarımcısı

olarak çalışmakta olup sorumlulukları arasında Dijital Medya Strateji Geliştirme grubu kıdemli danışmanlığı, Sağlık Bilgi Teknolojisi İlerlemeleri RTI Merkezi danışmanlığı; Mobil Teknoloji İnsiyatifi için kurumsal araştırma gündemi geliştirme liderliği; CDC-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, FDA-Gıda ve İlaç İdaresi, Sağlık Bakım Kalite ve Araştırma Kurumu projelerinde sağlık iletişimi ve sosyal pazarlama strateji kıdemli danışmanlığı; yaşlanan popülasyonların genel ihtiyaçlarını karşılamak için ürün, hizmet ve politika inovasyonuna dönük temel sağlayan toplum temelli bir kuluçka merkezi olan Sarasota Yaşlılık Enstitüsü ile proje geliştirme yer almaktadır. Aynı zamanda, South Florida Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda Araştırma Profesörlüğü yapmakta olup ileri sosyal pazarlama konulu online ders vermektedir. Obezite önleme politikası, sosyal pazarlama eğitimi ve halk sağlığı okullarınca sunulan eğitim deneyimleri, eyaletlerin sağlık bakanlıklarında uygulanan sağlık geliştirme ve hastalık önleme programlarında sosyal pazarlamanın kullanımı konularına dönük toplum temelli pazarlama yaklaşımlarını inceleyen Florida Önleme Araştırma Merkezi'nde araştırma projelerine katılmaktadır.

Bu konumlardan önce, şu anki adı PSI olan Uluslararası Nüfus Hizmetleri'nde Baş Teknik Görevli olarak 320 milyon dolardan fazla bütçeli bir NGO olan PSI'nin 60 ülkedeki sağlık projelerinin teknik kalitesi ve etkisinde sorumlu olmuştur. Teknik raporları şu konular üzerinedir: Araştırma ve Değerlendirme Grubu, Ana Çocuk Sağlığı Teknik Direktörleri, Temiz Su, HIV, Sıtma; sosyal pazarlama, dağıtım ve teşvikli metaların teşvikini içeren (kondom, aile planlama ürünleri, kalıcı böcek ilacı sürülmüş ağlar) Üreme Sağlığı programları, sağlık bildirimleri ve sağlığa dönük toplam piyasa yaklaşımları; genel personel kapasitesi arttırıcı bir birim; ülke programlarının sosyal pazarlama faaliyetleri için kalite güvence inisiyatifleri.

Uluslararası Kalkınma Ajansı, Burroughs-Wellcome, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, Ulusal Kanser Enstitüsü, Pfizer, DHHS Hastalık Önleme ve Sağlığın Geliştirilmesi Ofisi, Birleşik Devletler Tarım Bakanlığı, birçok eyalet sağlık bakanlıkları gibi kamu, özel sektör ve STK segmentlerinden müşterilerin, çok sayıdaki kendi programlarını desteklemesi için yaratıcı hizmetler, pazarlama, araştırma, değerlendirme personeli hizmetlerini yönettiği Amerikan Araştırma Enstitüsü Sağlık İletişimi ve Sosyal Pazarlama Programları Yönetici Direktörü sıfatıyla ve Prospect Associates'ta Baş Teknik Görevli olarak çalışmıştır. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için kurulmuş dünyanın ilk toplum temelli araştırma programlarından birisi olan Pawtucket Kalp Sağlığı Programı'nın Müdahale Direktörü olarak kariyerine başlamıştır.

Craig halk sağlığının geliştirilmesi, sosyal pazarlama, sosyal ve mobil medya, halk sağlığı alanlarında 125'ten fazla yayının yazarlığını yapmış olup mesleki

toplantılarda 300'den fazla sunum yapmış ve dünya çapında birçok yere davet edilmiştir. Son dönemdeki kitapları arasında şunlar yer almaktadır: Social marketing and social change: Strategies and tools for improving health, well-being and the environment [San Francisco: Jossey-Bass, 2013] ve SAGE Pazarlama Kütüphanesi için altı ciltlik Social Marketing seri yayımlamıştır [Londra: Sage Yayınları, 2013]. Profesyonel hizmetleri arasında şunlar bulunmaktadır: Uluslararası Sosyal Pazarlama Birliği Yönetim Kurulu Kurucu Üyesi; Kanser Bildirileri Araştırması Mükemmeliyet Merkezi bünyesindeki iki adet Özel İnceleme Kurulu katılımı; Sosyal Pazarlama Enstitüsü İstişare Kurulu; Social Marketing Quarterly and Journal of Social Marketing editörler kurulu üyesi; Dijital Sağlık İletişimi Fantezisi ve Ulusal Sağlık İletişimi, Pazarlama ve Medya Konferansı program istişare komiteleri. Ayrıca Brown Üniversitesi, George Washington Üniversitesi, Johns Hopkins Üniversitesi ve Virginia Üniversitesi'nde hocalık yapmıştır.

Yeni İletişim Araştırma Topluluğu Kıdemli Fellow'u olup 2003'te Amerikan Sağlık Davranışı Akademisi üyesi seçilmiş, 1988'de Amerikan Kalp Derneği'nin Epidemiyoloji ve Önleyici Kardiyoloji Konseyi Fellow'u olmuştur. Çalışmaları, özellikle NCI Günde 5 Kez medya kampanyası ona Sosyal Pazarlama İnovasyonları William D. Novelli Ödülü ve USDA Ekibi Beslenme Programı için Amerika Halkla İlişkiler Derneği Gümüş Örs ödülü kazandırmıştır. Doktorasını Kuzey Texas Eyalet Üniversitesi'nden Klinik Psikoloji dalında almış olup doktora sonrası fellowship derecelerini University of Virginia ve University of Pittsburgh Davranış Tıbbı alanında tamamlamıştır. Aynı zamanda, Sosyal Pazarlama ve Sosyal Değişim isimli blogun yapımcısı ve yazarıdır [<http://socialmarketing.blogs.com>].

Son Dönemdeki Yayınlarından Bazıları:

- Lefebvre, R.C. & Bornkessel, A. (baskıda, 2013). Digital social networks and health. *Circulation*.
- Lefebvre, R.C. & Kotler, P. (2011). Design thinking, demarketing and behavioural economics: Fostering interdisciplinary growth in social marketing. In G. Hastings, K. Angus, & C. Bryant (Eds.), *The SAGE handbook of social marketing* (pp. 80-94). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- ✉ Lefebvre, R.C. (2011). An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*, 1, 54–72.
- Pechmann, C., Moore, E.S., Andreasen, A.R., Connell, P.M., Freeman, D., Gardner, M.P., Heisley, D., Lefebvre, R.C., et al. (2011). Navigating the central tensions in research on at-risk consumers: Challenges and opportunities.

- Lefebvre, R.C. (2010). The new technology: The consumer as participant rather than target audience. *Social Marketing Quarterly*, 13, 31–42.
- Lefebvre, R.C., Tada, Y., Hilfiker, S.W. & Baur, C. (2010). The assessment of user engagement with eHealth content: The eHealth Engagement Scale. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 15, 666–681.
- Lefebvre, R. C. (2009). Integrating cell phones and mobile technologies into public health practice: A social marketing perspective. *Health Promotion Practice*, 39, 490–494.
- Lefebvre, R.C. (2009). The change we need: New ways of thinking about social issues. *Social Marketing Quarterly*, 15:142-144.

craig.lefebvre@verizon.net

Halk Sağlığı Hedeflerine Yönelik Sosyal Medya Uygulamaları ve Mobil Uygulamalar

Sosyal Medya ve Mobil Teknolojiler Davranış Değişikliği, Sağlık Alanında İletişim, Sağlık Bilinçlendirme ve Sosyal Pazarlama Konularında Yeni Düşünce Biçimleri Sunmaktadır

“Yeni iletişim teknolojileri ve “Web 2.0” olarak adlandırılan ortamın ortaya çıkması sağlığın geliştirilmesi sektöründe çalışanların, bundan sadece birkaç yıl önce bile hayal edilemeyen yeni yöntemler yoluyla hastaları, müşterileri ve hedef kitleleri ile temasa geçme imkanı sunmaktadır. Güncel uygulamalar arasında: ergen gençler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıkların azaltılmasını amaçlayan eğitici kısa mesaj ve mobil telefon uygulamaları; VERB ve Whyville gibi etkileşimli ve eğlenceli sağlık web siteleri; tıbbi durumları olan kişilerin diğer hastalardan veya sağlık kurumlarından/kişilerinden tavsiye alabileceği, tavsiyelerde bulunabileceği ve durumu hakkında bilgi toplayabileceği siteler (Organized Wisdom); ve sağlık çalışanları, ticari kurumlar, hastalar ve yardımcıları veya sağlık kurumlarının yöneticileri tarafından yazılan her türlü blog sayfası gibi uygulamalar yer almaktadır. Ancak, bu yenilikler söz konusu tek-

nolojilerin sahip olduğu potansiyelin sadece küçük bir kısmını yansıtmaktadır.

Bu yeni teknolojiler ile yeni yeni çalışmaya başlayan birçok sosyal pazarlacının yanlış algıladığı nokta ise bu teknolojilerin eski yöntemlerin aynen uygulanacağı yeni bir ortamdan ibaret olmadığıdır. Söz konusu yeni medya ortamları, hedef kitlemiz ile iletişime geçme şeklimiz konusundaki düşüncelerimizi değiştirmemizi gerektirmektedir. Daha önemli olan konu ise, ticari veya sosyal birçok medya pazarlacısı bu yeni teknolojilerin içerdiği paylaşımcı ve dinamik iletişim modellerini benimsemek yerine kaynak-mesaj-kanal-alıcı paradigması olarak adlandırılan miti söz konusu yeni medya ortamında da sürdürmeye çalışmaktadır. Gerçek değişmemiş olsa da, aslında bu yeni teknolojiler artık çevrim içi bir dünyada yaşadığımızı; öncelikli hedef kitle, paydaşlar, ortaklar, bağışçılar veya diğer gruplar için “mesajlar” tasarladığımız bir dünya değil, alıcıların bizimle, hatta aynı derece önemli olarak kendi aralarında konuştuğu bir dünyada yaşadığımızı göstermektedir.

Sosyal medya diğerleri arasında işbirliği ve etkileşim sağlamaktadır. En basit haliyle, bu medya ortamları kişiler arası iletişim kanallarının (ağızdan ağza sözün yayılması ve ticari sektördeki viral pazarlama) dijital ortama taşınması ve yayın tipi iletişimin daralması (‘silvercasting’-kişisel video) olarak düşünülebilir. Ancak, bu yeni medya ortamlarını basitçe yeni birer iletişim kanalı olarak algılamak, yeni devrimin temelinde aslında neyin yattığını kaçırmaktadır: yeni medyayı kullanmak değil, medyayı yeni yöntemlerle kullanmak. Bu yeni teknolojilerin, pazarladığımız ürün, hizmet ve davranışları; odaklandığımız maliyet ve gelirleri; sunduğumuz fırsatları; ve hedef kitlemiz ile etkileşime geçtiğimiz ve yeni şeyleri denemelerini sağladığımız ortamları algılayışımızda önemli etkileri olacaktır.” [pp. 31-32]

Tüm Medya Ortamları Sosyaldir: Clutrain Manifestosu

“1998 yılında Cluetrain Manifestosu’nun yazılması internetin dinleyici odaklı bir kuvvet olarak ortaya çıkmasına ve bu şekilde tanımlanmasına yol açmıştır. Gelişiminin ilk yıllarında internetin demokratik bir dijital dünya oluşturulması hedeflenmiş olsa da, birçok açıdan pratikte internet teknolojik yetkinliğin, yukarıdan aşağıya planlamanın, kapalı sistemlerin ve paranın (hem web sitelerinin geliştirilmesi, hem de internete ulaşım açısından) baskın unsurlar olduğu bir dünya haline gelmiştir. 95 tezi içeren bir setten oluşan Manifesto, bu mevcut statükoyu hedef almış, doğrudan veya dolaylı olarak web ortamının bugünkü sosyal araç haline gelmesindeki arayışı ve geliştirme çabalarını ateşlemiştir. Ayrıca, kontrolün internet kullanıcılarında olduğunu da açıkça ifade etmiştir. Kullanıcının içeriği oluşturduğu hareketi destekleyen manifesto ifadelerinden sadece bir kısmı aşağıda sıralanmıştır:

- Pazar karşılıklı iletişimden ibarettir.
- İnternet, kitle iletişim çağından mümkün olmayan insanlar arası iletişimi sağlamaktadır.
- Bu çevrimiçi iletişim yeni ve güçlü sosyal organizasyon ve bilgi paylaşımı biçimlerinin doğmasını sağlamaktadır.
- Önümüzdeki birkaç yıl içerisinde misyon ifadeleri ve broşürler, kulağa 18nci yüzyıl Fransız mahkemelerinde kullanılan dil kadar uydurma ve yapay gelmeye başlayacaktır.
- Bu yeni iletişim ve görüşme şekli, en kötü haliyle bile, birçok ticari programdan daha ilgi çekici, herhangi bir durumsal komedi TV dizisinden daha eğlendirici, ve uzun zamandır gördüğümüz şirket web sitelerinden kesinlikle daha gerçekçidir.” [p. 34]

“Web 2.0 Zen’ini kabul ettiğinizde, eğer tam olarak ustalaşmamışsanız, önünüzdeki en büyük sorun: daha önce hedef kitle olarak bilinen insanlardır. Bu ifade, pazarlama ve iletişim alanında çalışanların tümünün çözmeye çalıştığı, genel yaklaşımdaki değişimi ortaya koymaktadır – internet kullanıcıları neyi okuyacaklarına veya dinleyeceklerine kendileri karar verirler, eğer sizin sunduklarınızı beğenmezler ise ya kendi içeriklerini kendileri üretirler ya da başkasının hazırladıklarını bulurlar.” [p. 38]

Sağlığın Geliştirilmesi Çalışmalarına Etkileri

“Bu yeni dünyaya ayak uydurmak ve etkin olarak içerisinde yer almak konusunda benim tavsiyelerim şunlardır:

Her Yerde Olun. Çoklu medya ortamı fikri, yani programlarımızda birçok teknolojiyi ve iletişim kanalını kullanma, çok önemlidir. Birbiri ile bağlantılı ve çevrim içinde olan dünyada, bir kısım hedef kitle için cep telefonları televizyondan daha önemli, podcast’ler radyodan daha az anlamlı olabilir, ya da RSS okuyucuları için basılı dergiler bir şey ifade etmeyebilir. Ancak, ticari pazarın yöneldiği yol “sihirli kurşun”u aramak değildir. Bunun yerine yeni ayrıcalık, aynı anda her yerde olabilmektir.

Etkileşim ve AGC. Hedef kitemizi oluşturan insanların şahıs, ortak ve yönetici olmalarına imkan veren fırsatların mümkün olduğunca çok sunulması konusu program geliştirme felsefemizin ve uygulamalarımızın bir parçası olmalıdır. Bu, koalisyon toplantıları ve odak grubu çalışmalarının ötesine geçip insanları fikir üreticileri, stratejistler ve yönetmenler olarak kabul etmemiz anlamına

gelmektedir. Edelman Güven Ölçümü Çalışmalarının sonuçlarından birisi, insanların bilim adamları, yöneticiler veya ünlülerden değil kendileri gibi olan insanlardan gelen bilgilere güvendiklerini – hatta mesaj aktarmadaki elitist yaklaşımın tamamıyla bırakılması gerektiğini ortaya koymaktadır. İnsanlar ister ayakkabı, elektronik ürünler veya kitaplar için alışveriş yapsın, ister hastane veya sağlık sorunlarına çözümler arasın, kendileri gibi olan insanların bilgisine başvurmaktadır – bizim gibi “uzmanların” bilgisine değil.

İşbirliği ve Paylaşım. Bu yeni felsefe, sadece, daha önce hedef kitle olarak bilinen insanlar hakkında ne düşündüğümüz üzerinde değil, iş arkadaşlarımız, ortaklarımız ve rakiplerimiz ile nasıl bir işbirliğine gittiğimiz konusunda da önemli etkilere sahip olacaktır. Halk sağlığı pazarlamacıları ve sosyal pazarlamacılar sosyal pazarlama wiki'leri gibi yöntemler kullanarak ortak bilgi ve tecrübemizi kullanmayı ve hayata geçirmeyi öğrendiğinde, yeteneklerimizi çalıştırabilir, bilgi ve tecrübemizi kullanabilir ve karşı karşıya kaldığımız sağlık sorunları ve sosyal konularda program kaynaklarımızı daha etkin olarak yönetebiliriz.

Sosyal Ağlar ve Sosyal Sermaye. Bu yeni teknolojiler, sosyal ağlar ve sosyal sermaye konularındaki çalışmaları daha iyi anlamamıza da sebep olmaktadır. Artık, her günün her anında internet üzerinde yeni soyut fikirler ortaya çıkmaktadır. Bunları daha fazla görmezden gelemeyiz. Sosyal pazarlamacılar olarak önümüzdeki on yıl içerisinde etkinliğimizi geliştirmemiz ve geçerliliğimizi korumamız yolundaki en büyük çabalardan birinin bu iki konsepti yaptığımız işin merkezine oturtmak yolunda harcanması gerektiğine inanıyorum. Sosyal medya bu konseptleri işlevsel hale getirmemize ve bunları doğrudan etkileyecek girişimlerde bulunmamıza imkan vermektedir. Girdiler ve çıktılar artık gözlemlenebilir, somut olaylar haline gelmiş, geçmişte baş etmek zorunda kaldığımız kişiler arası iletişimin fısıltıları veya grup dinamiklerinin önyargıları olmaktan çıkmıştır.

Çokluk veya Çekim Merkezi. “Uzun Kuyruk” konsepti (Anderson 2006), büyük rakamların birkaç yerde – Amazon, mySpace ve Yahoo! gibi çekim merkezleri – toplanacak olmasına rağmen, birçok farklı grubun kendine yer bulacağı niş alanların veya ‘kuyruk bölgelerinin’ çok büyük ve her zamankinden daha erişilebilir olduğunu öne sürerek, internetin ticari etkisini vurgulamaktadır.

Bu gözlem paralelinde yapılabileceklerden biri, sağlığın ve sosyal gelişiminin uzun kuyruğunda “kendi” yerlerimizi belirlemeye çalışmaktır. Diğer bir strateji ise, diğerleri tarafından sahiplenilmiş bölgeleri belirlemektir. Benim burada açıkladığım fikirleri benimsediğinizde, doğru seçim aşıkardır.

Eğitim, Angajman, Eğlence, Geliştirme ve Yol Gösterici Yapma. Son olarak,

bu yeni dünyada çalışırken, çalışmalarımızda “eski” teknolojileri kullansak da, yenilerini kullansak da, dikkate almamız gereken beş kavramı öne sürmek istiyorum. Tekrar etmek gerekirse, değişmesi gereken programlarımızda kullandığımız teknolojiler değil, dünyayı ve yaptığımız işi nasıl algıladığımızdır. Etkin bir şekilde davranış değişikliğine yol açacak girişimler tasarlarırken, kendimize şunları sormalıyız:

1. İnsanları, onlar ile ilgili (kendimizle ilgili değil) konular ve problem konusunda eğitime yeteneğine sahip miyiz;
2. Yaptıklarımız insanlara olumlu ve anlamlı bir şekilde ulaşıyor mu;
3. Sunduğumuz şeylerin eğlendirici bir yönü var mı;
4. İnsanların programlarımız (ürünlerimiz ve hizmetlerimiz) ile olan tecrübeleri, onların daha gelişmiş hissetmelerini sağlıyor mu;
5. Müşterilerimizin ve tüketicilerimizin bizim yol göstericilerimiz olmaları yolunda her türlü fırsatı değerlendirebiliyor muyuz? Tüm bu beş hususu da yerine getiremiyorsak, hem kendimizi hem de onları başarısız kılıyoruz demektir. Ve bizim işimizde başarısızlık bir seçenek değildir.” [p. 41-42]

Davranış değişikliği sağlamak için mobil uygulamaların, pazarlamanın dört P’sininin (‘products and services, price, place, and promotion’) – ürün ve hizmetler, bedel, konum ve bilinçlendirme – ele alınışında nasıl kullanıldığı.

Ürün ve Hizmetler

Cep telefonları hızlı bir şekilde, davranış değişikliği ürün ve hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası veya önemli bir özelliği olmaya başlamıştır: genelde cep telefonu uygulamaları, davranış takibinin, sosyal destek ağlarının ve geri beslemenin desteklenmesi amacıyla web siteleri ile beraber kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin etkinliğine ilişkin deneysel kanıtlar yeni yeni bulunmaktadır. Hurling ve arkadaşları (2007) internet ve mobil bileşenler içeren dokuz haftalık bir fiziksel aktivite programını değerlendirmiştir... Hurling ve arkadaşları (2007) çalışma sonuçlarını değerlendirdiklerinde, internet ve cep telefonu tabanlı programın fiziksel aktivitenin artırılmasında etkili olduğunu, bununla birlikte, katılımcıların en az üçte biri tarafından internet ve mobil sistemin tüm bileşenlerinin kullanıldığını tespit etmişlerdir. Hurling ve arkadaşları, davranış değişikliğini sağlamak için her bireyin kendine özgü idyosenkraz destek araçları kullandığını, tek bir aracın herkes için geçerli ve en etkili araç olarak belirlenemeyeceğini ortaya koymuşlardır. Mobil teknolojiler, muhtemel program ürünleri ve hizmetlerine bir katkı sağlamaktadır, her zaman diğer ürün ve

hizmetlerin yerini almamaktadırlar.

Bedel

Özellikle, gizliliğin ve utangaçlığın birçok insanın bilgi ve hizmet sağlayıcılarından uzak durmasına neden olduğu, cinsel davranış ve cinsel yollarla bulaşan hastalıklar alanında cep telefonu uygulamaları oldukça yaygındır.

... SEXINFO isimli San Francisco projesinin tasarımcıları, öncelikli hedef kitleleri olan 15-19 yaş arası Afrika Kökenli Amerikalı gençler arasındaki cep telefonu kullanım oranlarının yüksekliğine dikkat etmişlerdir. Temel cinsel sağlık, ilişki konuları ve gençlere yönelik hizmetler hakkında bilgi sağlamak üzere oluşturulan ve kayıt olunarak kullanılan bir kısa mesaj hizmeti geliştirmişlerdir. Hizmetin kullanılmaya başlandığı ilk 25 hafta içerisinde SMS yoluyla yaklaşık 4500 soru sorulmuş ve bu soruların 2500'ünü daha fazla bilgi ve kaynak talebi takip etmiştir (Levine, McCright, Dobkin, Woodruff, & Klausner, 2008). Yazarlar bu çalışma sonucunda, cep telefonu ve kısa mesaj hizmetlerinin, risk altındaki gençlere cinsel sağlık bilgisi ve ilgili hizmetlere yönlendirme sağlamak konusunda hem uygulanabilir hem de kültürel açıdan kabul gören yöntemler oldukları yargısına varmışlardır.

Cep telefonlarının halk sağlığı konusunda sunduğu heyecan verici fırsatlardan biri, bu teknolojinin insanların yeni davranışlara yönelmesindeki psikolojik ve sosyal engellerin (maliyetler) üstesinden gelmesinde kullanılması, mobil ortamlar üzerinden sağlanacak teşvik edici hizmetlerin geliştirilmesi ve davranış değişikliği göstermek isteyen insanlara sosyal destek sunmaya yönelik yeni yolların belirlenmesidir.

Konum

Mobil teknolojinin en güçlü yanlarından biri, birçok değişik görevi değişik bölgelere yayması ve küresel konumlama sistemi (GPS) hizmetini kullanarak konuma bağlı uygulamalar sunabilmesidir. Konuma bağlı ilk uygulamalardan birinde, bir cep telefonu hizmeti, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde 2007 yılından itibaren HIV testi istasyonlarının konumunu SMS yoluyla kullanıcılarına ulaştırmaya başlamıştır. Güney Afrikalılar, HIV terimini ve buldukları şehrin adını veya buldukları posta kodunu SMS yoluyla göndererek kendilerine en yakın iki gezici HIV testi biriminin yerlerini öğrenebilmektedirler (Ramey, 2007).

Konum-taşıma, SMS ve diğer mobil teknolojilerin kullanımı yoluyla, klinik et-

kileşimi sağlık hizmeti sağlayan kurumlar ve kliniklerden insanların doğal çevrelerine taşımaktadır. Konum taşımaya örnek olarak SEXINFO projesi, cinsel yollarla bulaşan hastalıklar konusunda soru sorma imkanını, klinikten ihtiyacın olduğu yere taşımıştır. BeWell Mobile (www.bewellmobile.com), sağlık çalışanlarına ve hastalara, astım ve diyabet gibi sağlık sorunları ile ilgili uzaktan hasta takibi sağlayan ve cep telefonları üzerinden kişisel izleme yöntemleri kullanan teknoloji platformları sunmaktadır.

Bilinçlendirme

Birçok insan cep telefonlarını düşündüğünde, iletişim ve bilinçlendirme akıllarına gelmektedir. Evet, cep telefonları gerçekten de, insanları ev telefonları ve kablolardan kurtararak bire bir iletişim imkanı sunmaktadır (kablosuz internet erişimi artıka ve insanlar web sitelerine cep telefonları üzerinden daha fazla ulaştıkça bu imkan daha da gelişecektir). Bu devrimin şimdiden hayata geçtiği alanlardan biri istendiği anda sağlık bilgisi sunmaya imkan veren hizmetlerdir.” [pp. 492-493]

Sağlığın Geliştirilmesindeki Müteakip Adımlar

“Cep telefonlarının kullanımı halk sağlığı çalışanlarına diğerleriyle (ki bunlar hastalar, hedef kitle, kullanıcılar, öğeler, ortaklar ya da iş arkadaşları olabilir) ilişkilerine geliştirme ve genişletme fırsatı sunmaktadır. Mobil teknolojiler, kıyaslanamaz bir ölçüde, insanlara hem büyük bir çapta hem de kişisel olarak ulaşma imkanını, insanların aynı zamanda iletişime ve davranış değişikliğine en açık oldukları zamanlarda ve yerlerde sunmaktadır. Cep telefonları bir iletişim aracının ötesindedir – insanların cep telefonlarını nasıl kullandıkları kapsamında stratejik olarak ele alındıklarında cep telefonları, pazarlamanın tüm unsurlarını gözeten pazarlama araçları haline gelmektedirler. Cep telefonları her zaman açık olan, iki yönlü haberleşme kanalları, harekete geçmek için bir işaret veya belirti, sağlık bilgisine anında ulaşım sağlayan bir kaynak, bir sosyal destek ve sosyal sermaye geliştirme aracı, bir üretim aracı, hedef kitleye erişim yolu, veri toplama ve geri besleme alma araçlarıdır.

Alan Moore (2008) gelecekte mobil teknolojilerin insanlar için hayatı etkinleştirme, hayatı basit hale getirme ve hayatı yönlendirme rollerini üstleneceğini ifade etmektedir. Bu dünyada, arama, konumsal yakınlık, tavsiye, linkler, keşif ve bilginin güncelliği kavramları eşitlik, vatandaşa erişim, açıklık, sağlık ve halk sağlığının ve refahının geliştirilmesi yolunda müşterek akıl ve tecrübemizin kullanılması konularında yeni yaklaşımların temellerini oluşturmaktadır.” [p. 493-494]

İnsanlar Neden Sosyal Ağ Sitelerini Kullanırlar?

“Eğer ABD’de yaşayan yetişkinlerin yaklaşık yarısı Facebook, Twitter, MySpace ve LinkedIn gibi Sosyal Ağ Sitelerini kullanıyor ise, bu insanların ilgisini çeken veya cezbeden nedir? Sosyal Ağ Sitesi kullanıcılarının kabaca üçte ikisi bu siteleri kullanmalarının ana nedeni olarak mevcut arkadaşları ve aile üyeleri ile iletişim içerisinde kalmayı göstermekte iken, yarısı bu teknolojileri kullanmalarının arkasında yatan ana sebebin iletişimi kaybettikleri eski arkadaşları ile tekrar temasa geçmek olduğunu söylemiştir. 24 Diğer etkenler çok daha küçük rol oynamaktadır – kullanıcıların %14’ü Sosyal Ağ Sitelerini kullanmalarının ana sebebinin ortak bir hobi veya ilgi alanı etrafında iletişime geçmek olduğunu söylemekte ve %9’u yeni arkadaşlıklar kurmanın aynı derecede önemli olduğunu belirtmektedir. Sosyal Ağ Sitesi kullanıcılarının sadece %5’i kamuya mal olmuş kişilerin yorumlarını okuduklarını ve yalnız %3’ü de potansiyel romantik ilişkiler aradıklarını söylemiştir.

Ancak, sağlık ve tıbbi konulara gelindiğinde Sosyal Ağ Sitelerinin cazibesi çok farklı boyuttadır; internet üzerinden sağlık bilgisi arayanların sadece %6’sı Sosyal Ağ Sitelerine başvurmakta, %11’i internet üzerindeki hasta forumlarını ziyaret ettiğini belirtmekte ve %48’i WebMD gibi tıbbi web sitelerine başvurduklarını söylemektedirler. 26 Sosyal medyayı iş ile ilişkili olarak kullanan sağlık çalışanları sağlık hizmeti ile ilgili eğitime erişim (%54), iş arkadaşları ile araştırma ve makaleleri paylaşma (%33) ve çalışanlar ile iletişim (%18) amaçlarıyla bu siteleri kullanmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının sadece %8’i sosyal medyayı hastalarına ulaşmak için kullandıklarını söylemiştir. 23 Bu veriler, Sosyal Ağ Sitelerini, öncelikli olarak bu siteler tarafından sunulabilecek sağlık bilgileri ve tıbbi bilgiler için kullanılmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Bunun yerine, sosyal medya diğer insanları bulmak, onlarla iletişime geçmek ve benzer şartlar içinde bulunan insanlar ile ilişki kurmak ve bu ilişkiyi sürdürmek için bir araç olarak kullanılmaktadır. Sağlık çalışanları arasında sosyal medyanın hastalar ile olan ilişkileri geliştirmek ve arttırmak amaçlı kullanımı asgari seviyededir.” [p. xx]

İnsanlar Sosyal Medya ile Ne Yaparlar?

Makalenin başında belirttiğimiz gibi, sosyal medya Sosyal Ağ Sitelerinden daha öte bir kavramdır. Son bölümde de açıkça gördüğümüz gibi, Sosyal Ağ Siteleri öncelikli olarak sağlık bilgilerini ve tıbbi bilgileri bulmak veya paylaşmak amacıyla kullanılmamaktadır. Ancak, tıbbi bilgi ve sağlık bilgisi ilgi alanının göz önünde bulundurulması önem taşıyan diğer sosyal yönleri de vardır. Örneğin, sosyal medyayı sağlıkla ilgili konularda nasıl kullandıkları sorulduğunda:

- Katılımcıların %42’si sosyal medyayı tedavi yöntemleri veya doktorlar

hakkında tüketici görüşlerini incelemek için kullandıklarını söylemiş;

- %30'u sosyal medya üzerinden sağlık sorunlarının çözümüne yönelik girişimlere destek verdiklerini belirtmiş;
- %25'i sosyal medya web siteleri üzerinden kendi sağlık tecrübelerini paylaştıklarını söylemiş;
- %20'si bir sağlık forumuna veya internet üzerindeki bir sağlık topluluğuna katıldıklarını belirtmiştir. 22

Sosyal medyanın insanların sağlıklıla ilgili kararlarını etkileme potansiyeli olduğu görülmüştür:

- Katılımcıların %45'i sosyal medya siteleri üzerinden edindikleri sağlık bilgilerinin ikinci bir görüş alma gereğini doğurduğunu söylemiş;
- %41'i sosyal medya sitelerinin doktor, hastane veya tıbbi kurumlar hakkındaki seçimlerini etkilediğini belirtmiş;
- %40'ından fazlası sosyal medya sitelerindeki sağlık bilgilerinin kronik bir rahatsızlığı nasıl ele aldıklarını veya diyet ve egzersiz alışkanlıklarını etkilediğini söylemiş;
- %34'ü sosyal medya sitelerinin bir takım ilaçları kullanma hakkındaki kararlarını etkilediğini belirtmiştir. 22 [p. xx]

Sosyal Ağ Sitelerinin Sağlığın Geliştirilmesindeki Etkinliğine Dair Kanıtlar

Araştırmalar, sosyal çevrenin değişik özelliklerinin (örneğin, kişinin sosyal ağlarının çeşitliliği, bu ağların yapısal özellikleri, insanlar arasında ayrımın derecesi, yakın sosyal ilişki içerisinde buldukları insanların sayısı, sosyal destek alma durumu, sosyal etki, kaynaklara erişim, sosyal izolasyonun azaltılması) hem psikolojik sağlık, hem fiziki sağlık, hem de yüksek risk içeren davranış gösterme ile kuvvetli bir şekilde ilintili olduğunu göstermektedir. 28-32 Bu tespitler birçok araştırmacı tarafından sosyal medya ve Sosyal Ağ Sitelerinin hastalıkları önleme, tespit etme ve tedavi etmede kullanımını gerektelendirme için kullanılmaktadır. Gerçekten de, internet üzerindeki forum benzeri topluluk siteleri, sosyal medya sitelerinin bahse konu görevini yerine getirdiğine tanıklık edecek hikayeler ile doludur.

Sosyal ağlar ile sağlık arasındaki çevrimiçi veya gerçek hayatta var olan ne-

densel ilişkiyi dokümanite eden sadece birkaç deneysel çalışma bulunmaktadır. 28 Bu da, kişinin sosyal çevresinin özelliklerinin değişmesinin daha iyi davranışsal sonuçlar veya sağlık sonuçları doğuracağı önermesine temel teşkil edecek deneysel kanıtın çok az olduğu anlamına gelmektedir. Özellikle, sağlığın geliştirilmesinde çevrimiçi sosyal ağların kullanımı araştırmacıların ilgisini sınırlı miktarda çekebilmiştir. 3 [pp. xx]

Gelecek Çalışmalar için Araştırma Alanları

Araştırmalar, insanların interneti ve özellikle de Sosyal Ağ Sitelerini sağlık bilgisine erişim ve sağlık girişimleri için kullanması fenomeninin geçici bir sevda olmadığını göstermektedir. Diğer taraftan, Sosyal Ağ Sitelerinin sağlık bilgisi seviyesi, davranışlar ve sağlık durumunu geliştirmedeki etkinlikleri hakkında geçerli sonuçlar çıkarılmasına imkan verecek kontrollü çalışmaların sayısı oldukça azdır. 34 Literatürde de, Sosyal Ağ Sitelerinin değişik işlevlerinin ve özelliklerinin göreceli faydalarının ve bunların sosyal ağ tipolojisi ve dinamikleri üzerindeki etkilerinin sistematik olarak incelenmesine imkan verecek deneme çalışmalarına da rastlanılmamaktadır. 33,55 Mevcut birçok sosyal medya sitesinin kalitesini ve etkinliğini geliştirebilecek birçok önemli soru hala araştırmacılar tarafından ele alınmış değildir.

Bennet ve Glasgow³³ bu alanda yapılacak çalışmalarda irdelenebilecek bir takım sorular tespit etmişlerdir:

- Sosyal ağ bazı sonuçların (örneğin, kilo verme, fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, sigarayı bırakma) elde edilmesinde diğerlerine göre (örneğin, çocukların altlarını ıslatmaları, HIV/STD'nin önlenmesi) daha mı faydalıdır?
- Profesyonel olarak yönetilen sosyal ağların, yönetilmeyen sosyal ağlara göre göreceli faydaları nelerdir?
- Müdahalenin etkinliği, bireyin sosyal ağa kendi isteğiyle katılım sağlamasına bağlı olarak (belirli bir sosyal ağa yönlendirilmesine nispeten) değişiklik göstermekte midir?
- Belirli sosyal ağ tasarımları (örneğin, bilginin toplanması ve bütünleştirilmesi, forumlar, blog tarzı yorum sistemleri, ortaklaşa oluşturulan içerik stratejileri) web sitelerinin farklı amaçlarla kullanımı ile ilişkili midir?

Çevrimiçi sosyal ağlar ve sigarayı bırakma konusunda araştırma başlıklarını ele alan bir çalışmada, çevrimiçi ağların temel mekanizmalarını anlama, bilgi ve davranışların çevrimiçi ağlarda yayılma şekli, çevrimiçi sosyal ağlar ve mobil teknolojilerden faydalanan müdahale sistemlerinin nasıl tasarlanacağı, sosyal

ağ yapısının ve dinamiklerinin müdahale sonuçları ile ilişkisini ortaya koyan sigara bırakırma denemelerinin değerlendirmeleri konularını içeren kapsamlı bir soru listesi geliştirilmiştir. 55 Biz de, ileriki çalışmalara konu olabilecek ilave sorular teklif ediyoruz:

- Ne tür insanlar (hangi sağlık durumlarına ve ne tür tıbbi rahatsızlıklara sahip olan insanlar) gönüllü olarak çevrimiçi dijital destek ağlarına başvurmaya, bu ağlarda yer almaya, sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmek ve/veya sağlık durumlarını veya tıbbi rahatsızlıklarını yönetmekte bu ağları devamlı olarak kullanmaya daha yatkındırlar?
- Davranış değişikliklerinin gerçekleştirilmesinde ve/veya sağlık sorunlarının yönetilmesinde, 'genel' sosyal ağlar insanlar tarafından ne seviyede bir araç olarak veya duygusal bir destek olarak kullanılmaktadır? Bu insanları karakterize eden unsurlar nelerdir? Ne türlü çıktılar beklemektedirler ve ne türlü çıktılar elde etmektedirler?
- İnsanlar sağlıkla ilgili Sosyal Ağ Sitelerinde, diğer insanlar ile sosyalleşme imkanı, bilgiye erişim, mobil erişimin olup olmaması ve gizlilik özelliklerinden hangilerini veya diğer hangi özellikleri aramaktadırlar? 56
- Uygulanabilir ve etkin sosyal ağ müdahaleleri için, ne tür hedef davranışlar için ve hangi şartlar altında, hangi sosyal ağ veri türlerine ihtiyaç duyulmaktadır? Sosyal ağların etkinliğini değerlendirme için ne tür sosyal analizlerinin yapılması gerekmektedir?
- İnsanların tanıdıkları insanlardan, daha önce irtibatları bulunan insanlardan veya ortak ilgileri paylaştıkları insanlardan oluşan bir Sosyal Ağ Sitesinin davranış değişikliğini sağlaması daha olası bir sonuç mudur? 57,58
- Herhangi bir tür Sosyal Ağ Sitesine katılmak, daha iyi bir sağlık durumuna kavuşmayı veya daha iyi bir sağlık seviyesini korumayı (örneğin, bulaşıcı hastalıklara daha dirençli olma, ölümcül olabilecek hastalıklara sahip insanların daha iyi bir prognoza ulaşması, algı kapasitesinin daha düşük oranda azalması veya günlük hayat ve iş stresine karşı dayanıklı olma) sağlar mı? 8
- Sosyal Ağ Siteleri riskli veya sağlıklı davranışların edinilmesine ve/veya devam ettirilmesine yol açar mı ve hangi mekanizmalarla bunu yapar (ağın yüksek oranda merkezileşmesi, açıklığın derecesi, hassasiyet, kritik seviye)? 31,32
- Tıbbi müdahalelerin değerlendirilmesi, tıbbi ilaçların ve aletlerin pazarlama sonrası izlenmesi çalışmalarında yer alan araştırmacıların çevrimiçi

hasta toplulukları ile etkileşimde olması nasıl sağlanabilir? 59

“Sosyal ve mobil teknolojiler, zor problemlerin çözümünde kullanılan geleneksel düşünme şeklini kıran kavramlardır. Sosyal ve mobil teknolojiler, sağlığın ve prososyal davranışların değiştirilmesi işinin, sadece bireysel bir eğilim olmadığı, aynı zamanda bir ağ fenomeni olduğu fikrine ilave destek sağlamaktadır. Bu yeni teknoloji ve yazılımlar, gerek sundukları etkileşimler, gerekse de bu teknoloji ve yazılımları kullanarak sonuçları ölçme imkanımız açısından, sosyal ağları sosyal pazarlamacılar da dahil olmak üzere tüm insanlar için daha somut unsurlar haline getirmektedir. Aynı zamanda, segmentasyon ve pazarlama karışımı gibi pazarlamanın birçok prensibi bu yeni dünyada da geçerli olmaya devam etmektedir. Sosyal teknolojiler, sosyal pazarlama programlarının bu yeni çevre kapsamında geliştirilmesinde de, kullanıcı tarafından oluşturulan içerik ve dahil olma (veya beraber üretme) konseptlerinin vazgeçilmez olduğunu hatırlatmaktadır. Ancak, yeni sosyal medyaya, daha önce kullandığımız araçların aynılarını kullanarak yaklaşamayız. Sosyal objeler, gibi konseptler kullanarak, müdahale stratejilerimiz tekrar düzenlemek ve yeni stratejiler üretmek zorunda kalacağız. Ancak o zaman, insanların ve içinde yaşadıkları toplumun refahını ve sağlık durumunu geliştirmeye yönelik çok yönlü ve ölçeklendirilebilir süreçler geliştirmekte sosyal medya ve mobil teknolojilerin alabileceği güçlü rolden faydalanabiliriz.” [p. 444]

