



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KAMU SAĞLIĞI ENFORMASYONU (BİLGİSİ) VE  
SAĞLIK İLETİŞİMİNİN, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI  
ÜZERİNE ETKİLERİ**

H. İLKNUR HERGENÇ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
Doç .Dr. Nural BEKİROĞLU  
İSTANBUL-2011

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (x) Doktora ( )

Anabilim Dalı : **Hastane İşletmeciliği**

Tez Sahibi : **Hayriye İlknur HERGENÇ**

Tez Başlığı : **Türkiyede Uygulanan Kamu Sağlığı Enformasyon Ve sağlık İletişiminin Sağlık Okur Yazarlığı Üzerine Etkileri**

Sınav Yeri : **Hastane İşletmeciliği**

Sınav Tarihi : **19.09.2011**

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU	Marmara Üniversitesi	
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)</b>		
Prof. Dr. Atıf AKDAŞ	Marmara Üniversitesi	
Doç. Dr. Mert UYDACI	Marmara Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun **22.09.2011** tarih ve **70** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

H. İLKÖZ HERGEMİŞ



## 1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Sağlık kavramı, bir bütün olarak kişiyi ve sağlamlığını, sıhhatli oluşunu ya da tam bir iyilik halini göstermekte; sosyal açıdan değerlendirildiğinde bireylerin kapasitelerinin zevkleri ve performanslarının rolü için optimize edildiği durum olarak tanımlanabilmekte ve demokratik toplumun işleyişinde sosyal bir hak olarak görülmektedir (1,2). (<http://www.who-int/governance/en>, Erişim tarihi 12.05.2010).

Enformasyon (bilgi) kavramı, kişinin çevresinden gelen, bilgisine ve inançlarına katkıda bulunan uyarıcı ve eklenen yeni bilgi olarak tanımlanabilmektedir (3). Enformasyon ve onun kontrolü, sosyal gücün temelini oluşturmaktadır (4).

Sağlık enformasyonu ise devletin sağlık hizmetleri alanında halkı bilgilendirilmesi; yine bu alanda bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılarak hizmetlerin daha etkin bir biçimde sunulmasıdır. Sosyal politika açısından ele alındığında sağlık enformasyonu, devletin sağlık alanında rol ve fonksiyonlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık enformasyonunun verimliliği; doğru, güvenilir, ulaşılabilir ve pratikte kullanılıyor olabilmesiyle doğru orantılıdır. Bu sayede sağlık hizmetleri kavramları insan hayatına olumlu biçimde yansıtacak ve kişilerde sağlık okuryazarlığı sonucu hastalık veya sağlık ile ilgili doğru bilgiler oluşacaktır. ([www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-](http://www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-), Erişim tarihi 10.05.2010).

Sağlık iletişimi, sağlık hizmetleri tüketicilerinin sağlık riskleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgi elde etme sürecidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından iletişim, birincil olarak teşhis ve tedaviye dayalı bilgi sağlamada, sağlık kuruluşlarına kamu eğitimi sırasında etkili enformasyon sağlamada, biyoetik konuları değerlendirmede ve karmaşık sağlık hizmeti kararları vermede sonuçları tartmak için kullanılan bir süreçtir. Bu nedenle kamu sağlığı enformasyonunun en önemli kaynağı olan sağlık iletişiminin; kamunun farkındalığını arttırarak, doğru bir fikir ortamı hazırlayıp olumlu davranış değişikliğine yola açması gerekmektedir (5, 6). Ancak bu süreç ile ulaşılması istenen enformasyon, ihtiyaç duyan hedef kitlelere iletebilmektedir. Bunun yanında sağlık iletişimi kavramı; halkla ilişkiler, sağlık

hizmetleri pazarlaması ve sağlık hizmetleri yönetimi ile karıştırılmaktadır. Bu da sağlık okuryazarlığı konusunda kavram karmaşasına neden olmaktadır.

Günümüzde sıklıca kullanılan bir kavram haline gelen sağlık okuryazarlığı ise bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili doğru karar verebilmeleri için gerekli sağlık bilgi ve hizmetlerini algılama kapasitelerinin derecesidir. Ancak bu kapasitenin yükselmesi sonucu kişilerin olumlu sağlık davranış değişikliği göstermesi söz konusu olmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yükselmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkartmakta ve tedavi süreçlerini kısaltarak bireylerin hayat kalitesini yükseltmektedir. Bu da devletin sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasına, dolayısıyla ülke ekonomisine katkıda bulunmaktadır.

Dünyada kamu sağlığı enformasyonu ve sağlık iletişimi, bildirgeler ve reform programlarıyla güncellenmekte ve bir standarda oturtulmaya çalışılmaktadır. Ülkemizde kamu sağlığı enformasyonu, devlet tarafından bu bildirge ve programlara paralel oluşturulan yasalar ve yönetmeliklerle düzenlenmekte ve güncellenmektedir.

Ancak bu tür girişimlere rağmen sağlık iletişimi disiplininin tanımılandığı gibi uygulanmaması söz konusudur. Bunun sebebi olarak da sağlık iletişiminin; bireylere verilmesi gereken sağlık hizmeti ve sağlık enformasyonuna, doğru ve güvenilir biçimde ulaşılmasını engellemesi ya da geciktirmesi olarak gösterilmiştir ve bu konu halen tartışılmaktadır. ([http://www.who.ch/hpr/Textfiles/Adelaide\\_English.htm](http://www.who.ch/hpr/Textfiles/Adelaide_English.htm), Erişim tarihi 19.06.2010).

Sağlık enformasyonu ve sağlık iletişiminin yansımaları, bir çeşit geri bildirim olan sağlık okuryazarlığını olumsuz yönde etkileyen ve sağlık kalitesini düşüren etkenler haline gelmektedir. Bu yüzden bu sorunlara çözüm yaklaşımları oluşturabilmek adına tartışılmaları kaçınılmazdır. Konu ile ilgili literatür taraması ve GDO içeren ürünlerle ilgili bir anket içeren çalışmanın amacı, kamu sağlığı enformasyonu ve sağlık iletişiminin Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı üzerine etkilerini incelemektir. Anket için GDO'lu ürünlerle tercih edilmesindeki neden ise; kampanya ve haberlerin bu konuda oluşan sağlık okuryazarlık düzeyini gösterememesi, toplum tarafından iletişim organları aracılığıyla sağlık alanında edinilen güncel bir konu olması ve konuyla ilgili tartışmaların hayata yansımalarıdır.

GDO içeren gıdaların gelecek nesilleri de etkilemesi bu konu üzerinde yoğunlaşmaya neden olmuştur. Bu çalışmanın amacı; iletişim kanalarından edinilen çeşitli

kampanya örneklerinin topluma yansımasını gözlemlemek, GDO içeren ürünlerin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisini anket aracılığı ile tespit etmek ve diğer anket çalışmalarıyla karşılaştırmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. SAĞLIK ALANINDA DEVLETİN ROLÜ VE İŞLEVLERİ**

Gelişmiş ülkelerde toplumsal refahın gerçekleşebilmesi için kamu; güvenlik, savunma, yargı, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi hizmetlerin düzenlenmesinde doğrudan ya da dolaylı bir rol üstlenmektedir. Devletin, yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmalarından biri olan sağlık hizmetlerinin etkin ve adil biçimde sunulmasındaki rolü burada ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda devletin sağlık piyasasındaki geleneksel rolleri bulunurken, değişen koşullara bağlı olarak yeni rol eğilimleri de değerlendirilmekte ve tanımlanmaktadır.

#### **2.1.1. Sağlık Hizmetleri Alanında Devletin Geleneksel Rolü Ve İşlevleri**

##### ***2.1.1.1. Ülkelerin Gelişmişlik Düzeyine Bağlı Rol Ve İşlevleri***

Devletin sağlık piyasasındaki ana rolü bireyler için iyi bir sağlık statüsünün elde edilmesi, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir. Birey boyutunda anlamı ise, talep edilen sağlık hizmetlerinin istenen miktar ve kalitede, eşitlik ve adalet sınırları içinde elde edilmesidir. Bunun dışında sağlık sektörüne tahsis edilen kıt kaynakların, toplumun çeşitli ve sınırsız olan sağlık ihtiyaçları arasında öncelik sırasına göre tahsil edilmesi fonksiyonu da devletin sağlık hizmetlerinin ana rolleri arasına girmektedir. Bu roller ülkelerin politik, siyasal ve sosyal gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar gösterebilir (5, 6).

Devletin sağlık piyasalarıyla ilgili geleneksel görevleri ise;

- . Tam kamusal (temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri vb.) ve yarı kamusal (tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri gibi) mal ve /veya hizmetleri üretmek,
- . Sağlık hizmetlerinden faydalanamayan bireylerin taleplerini karşılamak amacıyla üretim ve düzenleme yapmak (temiz su sağlanması, temiz çevre koşullarının sağlanması, gönüllü aşılama ve sosyal hizmetler çalışmaları vb.),
- . Sağlık hizmetlerinin üretilmesi için sağlanan kaynakları verimli kullanmak,

- . Sağlık göstergelerini (ortalama yaşam beklentisi, doğumda ölüm oranı) gözlemlmek ve buna bağlı olarak toplumun ekonomik, sosyal ve sağlık gösterge düzeylerini belirleyip, geliştirmek,
- . Piyasa başarısızlıklarının giderilmesi adına denetim işlevini yerine getirmek ( özel hastane ve özel sağlık kuruluşlarının kurulması sonucu oluşan rekabeti düzenleme ve tekelleşmeyi engelleme adına yapılan denetimler) ,
- . Sağlık hizmetleri üretici ve tüketicileri arasında oluşan asimetrik bilginin giderilmesine katkıda bulunmak,
- . Sağlık mal ve hizmetlerinin kişi, grup ve bölgeler arasında etkinlik ve adalet sınırları içerisinde sunulmasını sağlamak,
- . Toplumun sahip olduğu sınırlı kaynaklarını, öncelikli olarak ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmeye çalışmak,
- . Kısmen ya da tamamen sağlık harcamalarının finansmanını sağlamaktır.

#### ***2.1.1.2. Ülkelerin Gelişmişlik Düzeyinden Bağımsız Olan Rol Ve İşlevleri:***

Devletin sağlık hizmetleri piyasasındaki üretici, sağlayıcı ve düzenleyici rolü bu kapsama girmektedir. Bu kavramlara ülkelerin gelişmişlik düzeyi açısından bakılırsa; gelişmekte olan ülkelerin çoğunda devletin üretici rolü, gelişmiş ülkelerde ise düzenleyici rolü ortaya çıkmaktadır.

Devletin üretici rolleri arasına geleneksel roller girerken, düzenleyici rolleri arasına;

- . Sağlık hizmetlerinin eşit ve adil biçimde toplum ihtiyacına uygun sunulması,
- . Sağlık sistemi elemanları arasındaki miktarsal, toplumsal, işlevsel uyumsuzluk ve sorunların giderilmesi,
- . Sağlık hizmeti üreticileri ve finansman sağlayanlarla ilgili ortaya çıkabilecek sorunların giderilmesi,
- . Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kıt kaynakların doğru kullanımının sağlanması,



. Sağlık hizmetleri kalitesinin yükseltilebilmesi için sağlık hizmeti sunan uzmanların eğitilmesi gibi fonksiyonlar girebilmektedir (5, 6).

### **2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü ve Sağlık Enformasyonu İşlevi**

Günümüzde bütün ülkelerde kaynakların etkin bir şekilde kullanılması ve sağlık hizmetlerinden herkesin eşit biçimde yararlanması konusunda ortaya çıkan eğilim, devletin sağlık hizmetleri piyasasında oynadığı rolü değiştirmeye başlamıştır. Devletin sağlık hizmetleri piyasasındaki geleneksel rolü, sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı üzerine odaklanmaktadır. Bu uygulamada devlet, sağlık hizmetlerini tek elden yöneterek ya da hizmeti doğrudan üreterek yerine getirmektedir. Devletin rolü değiştikçe yönlendirme ve genel ilkeleri koyma ağırlık kazanırken, koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmeye devam edilmekte, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmaktadır (7, 8, 9, 10). Buna bağlı olarak devletin sağlık alanındaki yeni rol ve fonksiyonları başlıca 6 ana başlık altında toplanabilmektedir. Bunlardan sağlık enformasyonu fonksiyonu, konunun ana çatısını oluşturmaktadır.

#### ***2.1.2.1. Yönlendirme İşlevi***

Devletin sağlık hizmetleri fonksiyonunu doğrudan değil, dolaylı olarak yönetmesi fonksiyonudur. Doğrudan yönetimin idari ve bürokratik maliyetlerinin yüksek olmasından ortaya çıkmış bir fonksiyondur. ([www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-](http://www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-), Erişim tarihi 10.05.2010).

#### ***2.1.2.2. Planlama İşlevi***

Devletin sağlık alanında ulusal hedefleri belirleme ve stratejik plan oluşturma fonksiyonudur.

#### ***2.1.2.3. Denetim İşlevi***

Devletin sağlık hizmetleri sunan özel veya kamu kurum ve kuruluşların faaliyetlerini denetlemesi fonksiyonudur.

#### **2.1.2.4. Düzenleme İŞlevi**

Devletin sağlık piyasasında genel düzenleyici kurallar ve kurumlar oluşturma fonksiyonudur. Sağlık piyasasının kamu ve özel sektörde etkin olarak iŐleyebilmesi için gerekli kuralların belirlenmesi ve bu kuralların çeşitli üst kurular aracılığı ile yürütülmesi bu fonksiyon ile gerçekleşir.

#### **2.1.2.5. Hizmet Sunum İŞlevi**

Devletin koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna odaklanması, bunun dışında kalan sağlık hizmetlerinin mümkün olduğu  l de özel kesim tarafından sunulmasına olanak sağlanması ve bu yöndeki girişimlerin desteklenmesi fonksiyonudur.

#### **2.1.2.6. Finansman İŞlevi**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin doğrudan genel bütçeden finanse edilmesi, gelir düzeyi d Őuk kesimlerin tedavi edici sağlık hizmetlerini özel kesimden talep edebilmeleri için desteklemesi, özel sağlık kuruluşlarının doğrudan veya dolaylı finansman desteği sağlanması fonksiyonudur.

#### **2.1.2.7. Enformasyon İŞlevi**

Devletin sağlık hizmetleri alanında halkı bilgilendirmesi, sağlık hizmetleri alanında bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılarak, halkın sağlık hizmetleri açısından daha fazla bilgilendirilmesi fonksiyonudur. ([www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-](http://www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-), Erişim tarihi 10.05.2010)

Sağlık hizmetlerinin en önemli olgusu ‘‘eksik enformasyon’’ olgusudur. Çoğu zaman hizmeti sunan hekim ile hizmetten yararlanan hasta arasında asimetric enformasyon söz konusudur. Ayrıca, etik ve yasal değerler sağlık alanında piyasanın yetersiz ve aksak iŐleyebileceđini ortaya koymaktadır (11). ([www.canaktan.org/ekonomisaglik-degiŐim-caginda/pdf-aktan/sagligin-orunmasi.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomisaglik-degiŐim-caginda/pdf-aktan/sagligin-orunmasi.pdf), Erişim tarihi 21.06.2010). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde devletin enformasyon sunma fonksiyonu önem taşımaktadır. ([www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim...aktan/devlet-rolu.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim...aktan/devlet-rolu.pdf), Erişim tarihi 15.06.2010).

### 2.1.3. Sağlık Bildirgelerinde, Sağlık Enformasyonunun Yeri

Sağlık hizmet standartlarını yükseltmek ve sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda oluşan ciddi farkları en aza indirmek için ulusal ve uluslar arası çapta faaliyet gösteren Dünya Sağlık Örgütü, bireyler ve devletler arasında tam bir işbirliğini önermektedir. Buna bağlı olarak çok uluslu konferanslar düzenlenmekte, hedefler ortaya koyulmakta ve bu konuda birçok bildirme yayınlanmaktadır. Özellikle küreselleşme ve teknolojiye hızlı ilerlemeler bunu gerekli kılmıştır. Bu nedenle bilgisayar teknolojisinin hızla geliştiği 1980'lerin ikinci yarısından ve internetin geliştiği 1990'lı yıllardan itibaren bildirgeler, devletlerin kendi içlerinde yapacakları çalışmalara daha sıklıkla ışık tutmaktadır. Buna göre;

*Alma Ata bildirgesinde* (1978) yayınlanan 6. maddede; toplumun temel sağlık hizmetlerine katılımının artırılması ve kişilerin kendine yeterli hale gelmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine verilen öneminin altı çizilmiştir.

1986 yılında *Ottawa şartında* sağlığı geliştirme politikası üzerinde durulmuştur. Bu süreç küreselleşmenin başlangıcı olduğundan sağlıkta adaletle ulaşma odak noktası olarak ele alınmış ve tüm insanların sağlık gelişimindeki bilgilere erişimi de önemli bir nokta olarak kabul görmüştür. Kişiler ancak bu sayede, sağlıkları üzerinde kontrol kurmakta ve sağlıklarını geliştirme yetisini kazanabilmektedir. Bu bildirmede ayrıca, sağlık mevzularında halkın katılımını ve yönlendirme etkisini güçlendirebilmek adına toplumsal gelişim sürecinin, esnek sistemler geliştirecek şekilde kullanılmasına olanak sağladığı belirtilmiştir. Bu durumun; ancak fon desteği, bilgiye tam ve sürekli olarak ulaşılması ile sağlıkla ilgili öğrenim olanaklarının artırılması sonucu gerçekleştirilebileceğinin altı çizilmiştir. (<http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta-haklari/bildirgeler.htm>, Erişim tarihi 21.06.2010).

*Adelaide tavsiyelerinde* (1988); Alma Ata bildirgesinin ana temeli olan ‘’ kişisel yeterliliklerin geliştirilmesi’’ başlığına toplumsal vurgu yapılmış, sosyal ve fiziksel ortamların sağlıklı biçimde gelişiminin desteklenmesi; özellikle kadın örgütlerinin sağlık gelişimine etkin katılımının, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişiminde çok

önemli olduğu vurgulanmıştır. ([http://www.who.ch/hpr/Textfiles/Adelaide\\_English.htm](http://www.who.ch/hpr/Textfiles/Adelaide_English.htm), Erişim tarihi 19.06.2010).

*Amsterdam bildirgesinde* (1994), sağlık hizmetlerinden faydalanmak adına bilgilendirme konusuna geniş bir yer vermiştir. Buna göre bu bildirme;

. Sağlık servisleri ve bu servislerin etkili biçimde nasıl kullanılacağı konusunun herkes için ulaşabilir olmasına,

. Hastaların; durumları ile ilgili gerçek bilgileri, önerilen tıbbi girişimleri, bunların yararları ve muhtemel risklerini, alternatif tedavi seçeneklerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, sağlık durumlarını içerecek tanı, prognoz ve tedavi gidişi konusunda tam olarak bilgilendirilme hakkına sahip olmalarına,

. Bilgilendirilmenin; hastaların anlama kapasitesine uygun olarak yabancı terminolojinin en aza indirildiği bir dille yapılmasına ve ortak dil konuşulmuyorsa çeviri yapılmasına,

. Hastaların kesin olarak belirtmesi durumunda bilgilendirilmeme veya kendileri yerine kimin bildirileceğini seçme hakkına sahip olmalarına,

. Hastaların ikinci bir görüş alma hakkına sahip olmalarına;

. Tedavi sürecinde hastaların; tedavi oldukları kuruma ait sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu, uyacağı kurallar ve rutin işlemler hakkında bilgilendirilmelerine;

. Hastaların taburcu olma sürecinde tanıları, tedavileri ve bakımlarını içeren bir yazılı özet alma ve isteme hakkına sahip olmalarına dikkati çekmiştir. (<http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta-haklari/bildirgeler.htm>, Erişim tarihi 21.06.2010).

*Bali bildirgesinde* (1995) sağlıkta eğitim almanın insani bir hak olduğunun altı çizilmiştir. Bu bildirgeye göre, her insanın kendi sağlık durumu ve mevcut sağlık hizmetleri hakkında seçim yapmasını kolaylaştıracak sağlık eğitimi alma hakkının olduğu ve verilecek eğitimin; sağlıklı yaşam tarzı, hastalıklardan korunma ve erken tanı yöntemlerini içermesi kararlaştırılmıştır.

*Ljubljana bildirgesinde (1996)* ise temel ilkeler başlığı altında vatandaşların sesinin ve tercihinin dinlenmesi konusu irdelenmiştir. Buna göre tercihin kullanımı ve diğer hastaların haklarını da içeren; doğru, kapsamlı, zamanında uygulanan bilgi ve eğitimin gereği vurgulanmıştır. Bu durum, sağlık hizmetleri performansı hakkında, kamuoyunda doğrulanmış bilgi erişimini de beraberinde getirdiğinden, sağlık hizmetleri sunumunda yeni düzenlenmelerin yapılması adı altında; hizmet kalitesindeki artışa paralel olarak kalite göstergesine dayalı bir enformasyon sisteminin olması gerektiğinin altı çizilmiştir. (<http://un.org.tr/who/Who.htm>, Erişim tarihi 24.06.2010).

*Jakarta bildirgesi (1997)* halkın; sağlığı geliştirme, sağlığı öğrenme ve tedavi sürecine katılımını desteklemektedir. ‘‘Eğitim ve enformasyona ulaşım, etkili olarak katılım, insan ve toplumların güçlenmesi için esastır’’ vurgusu yapılmıştır. Sağlığı geliştirmenin değerli bir yatırım olduğu ve bunu engelleyen faktörlerin belirleyicileri arasında sosyal ilişkiler ve iletişimin altı çizilmiştir. Diğer bildirelerden farklı olarak, ‘‘21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirmek İçin Öneriler’’ başlığı altında geleneksel iletişim ve enformasyon medyasının bu süreci desteklediği belirtilmiştir ve sosyal, kültürel ve ruhsal kaynakların bunun için kullanılması gereği vurgulanmıştır. (<http://www.ldb.org/iuhpe/jakdec.htm>, Erişim tarihi 21.06.2010).

Görüldüğü üzere; 1980'lere kadar birçok konu gibi sağlık enformasyonu ve iletişimi konusunda çalışmalar yavaş gitmiş, 1980'lerde teknolojinin hızla gelişimi ve 2000'li yıllarda oluşan küreselleşme sonucu bu çalışmalara ağırlık verilmiş ve hızlandırılmıştır. Güncellenen bilgiler ve ihtiyaçların artışıyla bu çalışmaların daha büyük ivmeler kazanacağı şüphe götürmeyen bir gerçektir.

## 2.2. KAMU SAĞLIĞI ENFORMASYONU

### 2.2.1. Kamu sağlığı enformasyonunun tanımı ve özellikleri

Kamu sağlığı enformasyonu; devletin sağlık hizmetleri alanında halkı bilgilendirmesi, sağlık hizmetleri alanında bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılarak bu hizmetlerin daha etkin biçimde sunulması fonksiyonu olarak tanımlanabilir. ([www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-](http://www.canaktan.org/reform.saglik.../PDF/04%20%20devlet-rolu-pdf-), Erişim tarihi 10.05.2010).

Kelime anlamıyla sağlık bilgisi olarak adlandırılan sağlık enformasyonu, sağlık hizmeti ve sağlığın geliştirilmesi için ana kaynaktır. Çünkü stratejik sağlık davranışları, tedavileri ve kararlarına rehberlik etmede kullanılır.

Sağlık enformasyonunun 3 önemli özelliği vardır. Bunlar; enformasyonun nitelik ve niceliği, verilmek istenen sağlık mesajının altında yatan temel değerler ve ulaşılabilirliktir (12).

Güvenilirlik; sağlık enformasyonunun geliştirilmesi, planlanması ve yürütülmesinde ana unsurdur. Tıbbi veya bilim adamlarının yaptığı münferit araştırmalar, psikolojik ve sosyal bilimlerden, hatta ziraat ve çevre bilimleri gibi diğer disiplinlerden beslenmektedir. Ülkemizde sağlık verileri; Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, Türk Tabipler Birliği ve onlara bağlı tabip odaları yayınları, tıp/ sağlık dergileri, tüketici grupları ve sivil toplum kuruluşları gibi organlardan edinilmektedir. Ancak bu kadar alt yapının olmasına rağmen edinilen sağlık enformasyonunun büyük çoğunluğu gayri resmi, rastlantısal ve doğruluktan uzak olabilmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin çoğu, sağlık bilgilerini bu kaynaklardan çok iletişim kanallarından edinmektedirler. Bu nedenle sağlık iletişimi yoluyla oluşturulan kampanyalar, kişilerin mevcut sağlık enformasyonunu çok da olumlu yönde etkilememektedir. Dolayısıyla kitle iletişimi yoluyla edinilen enformasyonun sadece doğru ve güvenilir olması yetmemektedir. Bunların yanında kullanılabilir olması da kamu sağlığı açısından çok önemlidir (13).

Kişiler, sağlık bilgilerini genellikle bilimsel dergilerden çok iletişim organları ve gayri resmi araçlar ile almaktadırlar. Bu durumda bilgilerin aktarılması tıbbi

dergilerden çeviri yapan (ikincil ) haber kaynakları ve dergilerin insiyatifine kalmış olmakta ve bu da iletişimi olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgiler; bireylerin doğru sağlık davranışına yönelmesi, tedavi süreçlerinde karar almayı, yanlış bilinen bilgilerin değişimi açısından ikna olmalarına kadar geniş bir çerçeveyi etkilemektedir. Bu nedenle sağlık iletişim kanallarının, doğru, güncel kullanılabilir bilgi aktarımına odaklanması çok önemlidir.

Kamu sağlığı enformasyonu için iletişim kanallarının kullanımı şu başlıklar altında oluşturulabilir:

- Kamu ile enformasyona dayalı doğru iletişim kurmak,
- Yeni ya da akut bir soruna dikkat çekmek,
- Acil bir durumda korkuyu azaltmaya yardımcı olmak,
- Devam eden sağlık sorununa ilgiyi arttırmak ve korumak,
- Sağlıkla ilgili güncellenen bilgileri açıklamak
- Bilgilendirilmiş karar almayı kolaylaştırmak.

Bunların doğru ve zamanında sunumu, halkın sağlık bilgisini arttıracak ve bireylerin yaşam kalitesini yükselecektir. Ancak popüler medya ile ilgili yapılan araştırmalarda; sağlık mesajlarını içeren enformasyon değerinin, genellikle doğru olmayan, eksik ya da yanlış aktarılan, uygun olmayan örneklerin ağır bastığı da gözlemlenmektedir (14).

### **2.2.2. Kamu Sağlığı Enformasyonunun Çarpıtılması Sonucu Ortaya Çıkan Durumlar**

Doğru, kesin ve ulaşılabilir bilimsel bir enformasyon; demokrasinin işleyişi açısından da önem taşır, aksi halde enformasyonun çarpıtılması durumunda dezenformasyon (bilgiyi kasıtlı olarak yanlış yayma, çarpıtma) ve mezenformasyon (yanlış bilgi) kavramları ortaya çıkar.

Dezenformasyon; enformasyonun bilinçli olarak yanlış yayılması anlamına gelir ki bu da toplumdaki bireylerin verilen bilgilerle ilgili düşüncelerini değiştirmek

amacıyla hükümet tarafından medyaya karşı kullanması anlamına gelmektedir. ([www.supelec.fr/dir/Informationscientifique\\_desenformation.pdf](http://www.supelec.fr/dir/Informationscientifique_desenformation.pdf),p.1-12,Erişim tarihi 13.05.2010).

Mezenformasyon kavramı ise; enformasyonun hatalı olmasıdır ve kasıtlı olarak meydana gelmemektedir. Bu kavram; bilginin kaynağından itibaren yanlış aktarıldığını savunur (15).

Bu iki kavram 3 aşamada meydana gelmektedir:

- Birinci aşama, “üretim aşaması”dır. Enformasyonun yanlış olması ve bilimsel bir geçerliliği olmamasından kaynaklanmaktadır.([www.supelec.fr/dir/Information\\_scientifique\\_desenformation.pdf](http://www.supelec.fr/dir/Information_scientifique_desenformation.pdf), p. 1-2, Erişim tarihi 13.05.2010).

- İkinci aşama olan “iletim aşaması” ise medya, baskı ve çıkar grupları gibi kanallarla enformasyonun yanlış ya da eksik iletilmesi durumudur. Bu durum;

. Çıkar ve baskı gruplarının amaçlarına uymayan enformasyonu iletmemesi,

. Medyanın haber değerinin yüksek olmasını beklediği haberi iletmemesi,

. Araştırmalar için finans desteğini alması sonucu ideolojilerin, iletilmesi gereken enformasyonu etkilemesi ve yorumlaması gibi boyutlara ulaşabilmekte ve kamu sağlığı enformasyonunun çarpıtılmasında geri dönüşümsüz hasarlar bırakabilmektedir. ( [www.supelec.fr/dir/Informationscientifique\\_desenformation.pdf](http://www.supelec.fr/dir/Informationscientifique_desenformation.pdf), p. 4-5, Erişim tarihi 13.05.2010).

- Üçüncü aşama olan “sonuçlar aşaması” genellikle kaynağın istediği yönde sonuçlar göze çarpmaktadır. İletişim kanallarının çıkar ve baskı gruplarının etkisi altında araştırma yapmaları, mezenformasyonda medya dışındaki baskı gruplarının da etkisi ve sorumluluğu bulunduğunu işaret etmektedir. Bu nedenle finansal destek sağlayan grup lehine olan sonuçlar bireyleri de etkilemektedir. Genellikle hükümet önlemleri (araştırma programlarının finansmanı gibi), toplumda sosyal tutum ve tavırların değişimine neden olabilmektedir.

Bu durumları engellemek ve kontrol etmek adına; bakanlıklar, araştırma kuruluşları, medya gibi kuruluşların araştırma yapmasının altı çizilmiş, güvenilir



medya kaynaklarının; konunun uzmanı gazeteciler, eğitimciler, hukukçular, doktorlar ve bilim adamlarının da bulunduğu eğitim programları düzenlemesi, hastane ve tıp fakültelerinin hasta okulları, broşür ve el ilanları gibi programlar uygulamaları, iletişim organlarının tıbbi deontoloji ve yasalara uygun yayın yapmaları önerilmiştir. ([www.supelec.fr/dir/Informationscientifique\\_desenformation.pdf](http://www.supelec.fr/dir/Informationscientifique_desenformation.pdf), p.12, Erişim tarihi 13.05.2010).

### **2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Enformasyon Teknolojilerinin Gelişimi**

Küreselleşme, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişmelerle birlikte; ilk etkilerinin sağlık alanında yansması nedeniyle değişen hasta beklentileri, nüfusun giderek yaşlanması, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet; sağlık sektörüne sürekli gelişen bir strateji ile yaklaşılması gerektiğini ortaya koymuştur. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet sunumunda etkinliğin artırılması, sağlık tehditlerine karşı hızlı önlem alınması, halk sağlığı ağlarının oluşturulması; sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alanların bu hizmetlerle ilgili kesintisiz olarak bilgi alabilme olanağından yararlanmaları amacıyla; dünyada 1999, ülkemizde 2003 yılından bu yana sağlıkta e-dönüşüm projeleri üretilmiş ve büyük oranda pratiğe sunulmuştur (16). (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Türkiye'deki sağlık sektörünün mevcut durumu incelendiğinde; karmaşık bir işleyiş yapısının olduğu, hizmet finansmanının verimli ölçülerde kullanılmadığı ve yapılan işlemlerin tam olarak bir kontrol mekanizmasına henüz kavuşmadığı gözlemlenmektedir. Bu sorunların temelinde yatan neden ise sağlık kurumlarında enformasyon sistemlerinin yeterli olmamasıdır. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı çerçevesince kurulmaya çalışılan sağlık bilgi sistemlerinin maliyet etkili, kaliteli, yaygın, sürekli, toplumun beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olarak sunumunun sağlanması, sağlık hizmet basamakları arasında işbirliği ve sevk sistemlerinin geliştirilmesi, toplum sağlığının iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık alanında hizmet veren kuruluşların yeniden örgütlenmesi amaçlanmıştır. Bu

bağlamda sistem; yönetim, organizasyon, finansman, insan gücü, eğitim ve mevzuat boyutlarıyla halen geliştirilmeye çalışılmaktadır (16,17).(<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>,Erişim tarihi 17.04.2010).

### ***2.2.3.1. Enformasyon Sistemlerini Geliştirme Nedenleri***

Günümüzde sağlık enformasyonu kavramı; ‘tıbbi hatalar, maliyetlerde artış ve sağlıkta sürekli kalite talebi’ aracılığı ile sürekli bir gelişim halinde olmak durumuyla karşı karşıyadır.

Tıbbi hataların gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde düşük oranda olsa bile en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer alması, sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesine ve 21. yüzyılda sağlık bakım hizmetlerinin taşınması gereken özelliklerin yeniden tanımlanmasına yol açmıştır. Sağlık sisteminin hatasız bir işleyiş göstermesi ancak güvenilir, etkili, hasta merkezli, zamanında, hakkaniyete uygun olması ve düzenli olmasıyla mümkündür. Bu özelliklerin oluşabilmesi için, sağlık süreçlerindeki enformasyon teknolojilerinin etkili kullanımı, bilgi ve beceri yönetimi, etkili ekiplerin kurulması ve sağlık bakımının koordine edilmesi gerekmektedir.

Günümüzde kaliteli sağlık hizmetlerine talebin artması ve sağlık hizmeti sunumunda kullanılan teknolojilerin karmaşıklaşması, maliyeti giderek yükseltmektedir. Bu nedenle dünyada milli gelirden sağlık bakım hizmetlerine ayrılması gereken kaynak miktarının da buna bağlı olarak artması beklenmektedir. Ancak 1990’da milli gelirden sağlığa ayrılan pay % 40.2 oranında iken; 2002’lerde %2.6 oranında, 2009 yılında ise % 4.9 oranında seyretmiştir. (<http://www.haberortak.com/Haber/Iste-Saglik/23122008/Butceden-sagliga-ayrilan-pay-degismiyor.php>, Erişim tarihi 15.10.2010). Buna bağlı olarak sağlık alanında kamuya ayrılan kaynakların istenilen ölçüde arttırılamaması, eğitim ve sosyal güvenlik gibi beşeri sermaye alanlarının da kaynak ihtiyacı içinde olması; kaynak dağılımında verimlilik, etkinlik ve etkililik kavramlarının planlandığı gibi uygulanmasında engel teşkil etmektedir. Kaynak ihtiyacının göreceli olarak daha az olduğu gelişmiş ülkelerde bile sağlık bakım maliyetlerinin azaltılması yönünde çalışmaların yapılması, her düzeyde sağlık kuruluşu yöneticilerini artan maliyetleri

kontrol edip aşağı seviyelere çekmeye yönlendirmektedir (17, 18). (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Son yıllarda hasta ve sağlık bakım hizmeti verenler arasındaki ilişkilerde büyük değişimler gözlemlenmektedir. Hasta haklarının giderek önem kazandığı günümüzde, iletişim alanındaki hızlı gelişmelere bağlı olarak toplum da, sağlık alanında daha bilgili ve bilinçli bir düzeye ulaşarak daha kaliteli sağlık bakımı talep etmektedir. Bu durum; pek çok ülkede sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda yeni modeller geliştirilmesine, kurumların yeniden yapılandırılmasına ve sağlık bakım hizmetlerinin verilme biçimi ile klinik süreçlerin yeniden biçimlendirilmesine yol açmaktadır. Bu da entegre sağlık enformasyon sistemlerinin kullanımını yaygınlaştırmaktadır (16). (<http://www..saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx?...30915>, Erişim tarihi 05.06.2010).

### ***2.2.3.2. Sağlık Sektöründe Yönelimler***

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte, tüm dünyada sağlık sektöründe daha iyi hizmet verebilmek adına gerekli bilgi ve verilerin toplanması, kullanılması ve paylaşılabilmesi için bilişim stratejileri geliştirme çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen bilgilerin; ülke genelinde sağlık hizmeti verilmesi, hızlı ve kolay erişilebilir olması, her yerde yüksek standartlara uygunluğunun sağlanması, hasta ihtiyaçlarına odaklı olması, hizmet kalitesini en üst seviyeye çıkarmaya yönelik verimin sağlanması, yeni teknoloji ve bilgi birikimlerinden faydalanılması, hastalık tedavisinin yanı sıra sebeplerinin de ortaya çıkmasına yardımcı olması hedeflenmiştir (16). (<http://www.e-saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 03.06.2010).

### ***2.2.3.3. Enformasyon Sistemlerinin Gelişim Aşamaları***

Birçok enformasyon sisteminin çalışmasına katkıda bulunan bir sistemdir. Yönetim enformasyon sistemleri ve bilgisayar yönetimini geliştirmek için 1973-1979 yılları arasında *Richard Nolan* isimli bir bilim adamı *Büyümenin Aşamaları Teorisi*'ni geliştirmiştir. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanında bilgi sistemlerinin gelişimi, bu teorinin aşamalar dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu teoriye göre, bir örgütün veri işleme çalışmalarının tipik gelişim döngüsünde 6 aşama

ve 5 değişim bulunmaktadır (19,20,21). (<http://www.systemdynamics.org/conferences/1992/proceed/pdfs/marbl405.pdf>, Erişim tarihi 15.06.2010).

Bu aşamalar:

“Başlangıç aşaması” olarak nitelendirilen 1. aşamada faaliyetlerin işlenmesi için bilgisayar teknolojileri önemlidir. Kapsam kısıtlı, maliyetler düşük ve kontrole çok az gereksinim duyulmaktadır.

“İkinci aşamada (yayıma aşaması)”, bilgisayar kullanımı ve işlenmesinden daha karmaşık uygulamalara doğru genişleme gösterir ve daha çok sayıda kullanıcı bu teknolojiye aşına olur. Her uygulama için artan faaliyetler, maliyetleri de artırır ve uzmana gereksinim duyar.

“Üçüncü aşama (denetim aşaması)” bütçe baskıları ile yöneticileri sistemlerin geliştirmesinde verimlilik standartları ve sıkı kontrol sonucu enformasyon planlaması ile denetimi gerektirir.

“Dördüncü aşamada (bütünleşme, entegrasyon aşaması)” uygulamaların artışıdaki süreklilik, daha yapısal ve örgütsel bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu da veri girişi tekrarını önlemektedir.

“Beşinci aşama (veri yönetimi aşaması)” boyunca, kurum hafızasına enformasyonun kurumsal bir kaynak olduğu kavramı girmeye başlamıştır. Bu kaynakların denetimi ve yönetimi için veri işlevleri geliştirilmiştir. Kontrol sistemleri bu aşamada da varlığını göstermektedir.

“Altıncı aşamaya (olgunlaşma aşaması)” ulaşan bir kurumda, teknoloji ve yönetim işlemleri etkili işlevsel varlıklar haline gelmektedirler. Stratejik veri planlamasında ve enformasyon kaynak yönetiminde lider kurum yöneticisi (Chief Executive Officer, CEO) veya bilişim teknolojileri yöneticisi (Chief Information Officer, CIO) rol alır.

Ülkemizde ve dünyanın genelinde pek çok sağlık hizmeti veren kuruluşun karşısına çıkan yetersiz kaynaklar ve teknoloji uzmanlığının eksikliği gibi sorunlar nedeniyle, sağlık hizmet sunumu alanında bilgisayar uygulamalarının gelişiminde ikinci ve üçüncü aşamalar boyunca yavaşlama olduğuna inanılmıştır. Aynı şekilde,

pek çok hastane ve diğer sağlık hizmet sunucusu kurumun, gelişmelerini uzun bir süre birinci ve ikinci aşamada az sayıda idari ve finansal sistemlerle sınırlamış oldukları gözlenmiştir.(<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20> , Erişim tarihi 17.04.2010).

Son yıllarda, sağlık bilgi sistemlerinin finansmanı için yeni yollar bulan hastaneler, sağlık ocakları, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri gibi diğer sağlık hizmet kuruluşları sayesinde sağlık sektöründe yeni bir teknolojik büyüme olmuştur. Bu durum, kuruluşları ikinci aşamanın tekrarına ve üçüncü aşamaya taşımıştır. Çevrimiçi (online) teknolojilerin gelişmesi ve güçlü iş bilgisayarlarının ucuzlaması da sağlık sektöründe bilgi sistemleri uygulamalarının gelişmesine büyük katkı yapmıştır. Büyümenin yeniden başlamasıyla pek çok sağlık kuruluşu bugün, büyümeyi yönetme ve bütünleştirme ihtiyacını geride bırakmış, olgunlaşma aşamaları ile değişim yaşamaya başlamış; sağlık enformasyon sistemlerinde artık beşinci ve hatta altıncı aşama örnekleri yaygınlaşmaya başlamıştır. (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/Medula> , Erişim tarihi 31.08.2010).

#### ***2.2.3.4. Sağlıkta enformasyon sistemlerinin uygulama alanları***

Sağlık hizmetleri, pek çok aşamayı içeren ve sürekliliği olan bir süreçtir. Bu sürecin entegre ve sürekli olarak yerine getirebilmesi için, enformasyon yönetiminin etkin yapılması gerekmektedir. İhtiyaç duyulan tüm enformasyon, doğru zamanda, doğru yerde ve doğru kişi için kullanılmadır. Sağlık ile ilişkili internete dayalı başlıca uygulama alanları sağlık alanında çalışanlar için şu başlıklarda toplanabilir;

- Klinik işlemler (tıbbi yayın araştırması, hekim ve çalışanlara sağlık hizmetleriyle ilgili periyodik raporlar yayınlanması, klinik karar destek sistemleri gibi),
- İdari ve finansal işlemler (hasta kaydı, hizmet faturalandırılması gibi),
- Halk sağlığı (vaka raporlama, yeni çıkan hastalıkların sürveyansı gibi),
- Sağlık eğitimi (referans materyallere ulaşım, uzaktan eğitim, zor vakalar ile ilgili uzmanlar ile gerçek zamanlı konsültasyon gibi),

- Biyomedikal ve klinik sonuç araştırmaları (araştırmacılar arasında işbirliği, uzak veritabanlı ve mesleki literatür araştırmaları, idari ve klinik veriler kullanılarak yapılan sağlık hizmet araştırmaları gibi),

Sağlık hizmeti alanlar için ise;

- Kişisel sağlık (kişisel hasta kayıtlarına çevrim içi ulaşım güvenilirliği, doktor-sağlık kurumu veya sağlık sigortaları ile ilgili araştırmalar, arama motorlarında sağlık siteleri, hastaneler ve hastalıklar hakkında bilgi alma gibi),

- Finansal işlemler (online randevu, randevu alma, yapılan hizmet ödemesi gibi) başlıkları altındadır. ([www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A239517](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A239517) , Erişim Tarihi: 02.06.2010).

Bu konulara uyarlanmış sistemler; yukarıdaki hizmetlerin kolaylıkla yerine getirilmesini sağlarken iş gücü, verim, zaman açısından büyük kazanımlar sağlamaktadır.([www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/Medula](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/Medula), Erişim tarihi 31.08.2010).

Aşağıda bu sistemlerle ilgili kısa bilgiler bulunmaktadır.

#### **2.2.3.4.1. Elektronik Hasta / Sağlık Kayıtları**

Elektronik sistemler kullanılarak elde edilen bireylerin geçmişte olan, halen süregelen veya gelecekte olabilecek hastalıkları ve mevcut sağlık durumları ile ilgili her türlü enformasyon olarak tanımlanabilir.

- Tıbbi veri sözlüğü,
- Klinik veri deposu,
- Gerekli olduğu durumlarda farklı verilerin sisteme uyarlanabileceği esnek veri giriş yeteneği,
- Klinik verilerin sunulmasında ergonomik ekran tasarımları gibi temel teknolojileri vardır.

Bu sistemlerin; bilgiye hızlı biçimde ulaşılması, performansa dayalı bakım kalitesi değerlendirme çalışmalarının kolay yapılabilmesi, maliyetleri düşürmesi ve

personel verimliliğini arttırması ile hizmet kalitesinin geliştirilmesine katkıları bulunmaktadır. Bu özellikleri tamamen destekleyen sistemlerinin geliştirilmesi, sürekli güncelleştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. ([www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/Modula](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/Modula) (Erişim tarihi 31.08.2010).

#### **2.2.3.4.2. Kontrollü Tıbbi Terminolojiler**

Kontrollü tıbbi terminolojiler; hasta kayıt sistemleri, klinik karar destek sistemleri, bilgisayar destekli klinik rehberler ve hasta bakımı ile ilgili faturalama işlemlerini koordine eden idari işlemler için yaşamsal öneme sahip sistemlerdir. Bu gruplardan uygun olanı seçmek için kurumların belli stratejiler (tam tanımlama, kapsamlılık, mükerrer terim içermeme, güvenilir eş anlamlı terimleri içermeme gibi) belirlemesi gerekmektedir. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Sınıflama ve isimlendirme sistemleri olarak isimlendirilirler.

#### **2.2.3.4.3. Süreç ve İş Akışı Tabanlı Sistemler**

Süreç ve iş akışı tabanlı sistemler; anlaşılması zor, yönetimi ve sürdürülmesi güç olan sistemlerin daha esnek ve daha etkin yönetilmesini sağlayarak, bilgi ve iletişim alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. İş akışı kavramları uygulanarak, iş servisleri süreç modellerine dönüştürülmektedir. Bu sayede süreçler ve iş mantığı yüksek oranda görülebilir, anlaşılabilir ve değiştirilebilir hale gelmektedir.

Avrupa birliğinin yaptığı çalışmalar, sağlığın tüm yönleriyle ilgili süreçleri aşağıdaki gibi gruplandırmıştır:

#### **2.2.3.4.4. Dünyada Sağlık Teknolojilerinde Gözlenen Eğilimler**

##### **2.2.3.4.4.1. Tele-tıp**

1970'li yıllarda kullanıma girmiş olan tele-tıp; tıbbın geleneksel hasta-hekim karşı karşıya gelerek yapılan sağlık hizmeti sunumu yerine, iletişim ve bilişim teknolojileri kullanılarak uzak yerlerden sunulan tıp hizmetidir. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Proje ilk etapta Radyoloji ve patoloji alanında kullanılmıştır. Görüntüleme alanında yeterli uzmanın olmaması, kompleks vakalarda ikinci görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması, doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla geliştirilmiştir (16). Etkili konsültasyon ve tanı hizmetlerini içermektedir. Videokonferans, görüntü aktarımı, multimedya, internet, web tabanlı uygulamalarla işlemektedir. Aynı zamanda eğitim, klinik karar veri tabanları, yapay zeka, hasta kayıtları ve idari amaçlar için de kullanılmaktadır. Bu nedenle günümüzde tele-tıp terimi; kullanılan bütün teknolojileri, ağ yapılarını ve bakım hizmetlerini de içerecek şekilde tele-sağlık veya e-sağlık terimine doğru genişlemiştir. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

#### 2.2.3.4.4.2. e- Sağlık

İnternet ve ilgili teknolojiler yoluyla sağlanan veya geliştirilen sağlık hizmetleri ve enformasyonu olarak tanımlanan e-sağlık; tıbbi bilişim, halk sağlığı ve işletme disiplinlerinin kesişimi noktasında ortaya çıkan bir alandır. Geniş anlamda e-sağlık; sadece teknik gelişmeleri nitelemek için değil, aynı zamanda enformasyon ve iletişim teknolojisinin kullanılması suretiyle global, bölgesel ve yerel düzeyde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, global düşünme ve ağ yoluyla birbirine bağlanmak için sorumluluk, tutum, davranış, düşünme biçimi ve bakış açısını nitelemektedir. Temel amacı, herkes için sağlık hizmetlerinin kalitesini, etkililiğini, erişilebilirliğini, hakkaniyet, verimliliği, hastaların güçlendirilmesini, sağlık profesyonellerin ve tüketicilerin eğitilmesini, otoriteler arasındaki iletişimi ve verinin değişimini standart bir yolla sağlamaktır.

Günümüzde e- sağlığın gelişiminde en önemli etmenler şöyledir:

- . Nüfus yaşı, gelir ve eğitim düzeylerinin artması,
- . Sağlık hizmetlerine olan talepte meydana gelen artış,
- . İnsanların artan beklentileri,
- . İç pazar kapsamında hastaların ve sağlık profesyonellerinin artan serbest dolaşımı,



- . Yeni hastalıklara karşı çözüm bulma ihtiyacı,
- . Mesleki kaza ve hastalıkların sınırlandırılması ihtiyacı,
- . Güvenli, erişilebilir ve zamanında kullanılabilir olması,
- . Karmaşık sağlık enformasyon yönetiminin zorluğu ve sınırlı bütçe koşullarında olanaklı en iyi sağlık hizmetinin sağlanmasıdır. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Bu zorluklara ek olarak ihtiyaç noktasında yüksek kaliteli, güvenli ve maliyet etkili sağlık hizmetlerine erişim ihtiyacı, koruyucu ve kişi odaklı sağlık sistemleri temeline dayalı yeni bir sağlık hizmeti sunum anlayışı da gerektirmektedir. Bu anlayış doğrultusunda kullanılan internet hizmetleri vatandaşlar tarafından tıbbi enformasyon elde etmek için daha fazla kullanılır hale gelmiştir. Ancak bu faydalarının yanında birlikte işlerlik, veri güvenliği ve kalitesi, mahremiyet ve erişilebilirlik konularındaki sorunlar da hala süregelmektedir (16, 22, 23, 24, 25). (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395> 17, Erişim Tarihi: 02.06.2010).

#### 2.2.3.4.4.3. Elektronik Sağlık Kartları

Elektronik sağlık kartları kişiye ait önemli sağlık bilgilerinin tutulabileceği ve acil durumlarda diğer doktorların bilmesi gereken bilgilerin saklandığı, başvuru kaynağı olabilme özelliğine sahiptir.

Bu kartlar dünyada ve ülkemizde devletin geliştirdiği projeler halinde programlanmaktadır. Uygulama ise önce pilot bölgelerde uygulama ile hayata geçirilmektedir. Temel olarak vatandaşlık kimlik kartı içerisine entegre durumda olması planlanmaktadır. Ülkemizde Bolu ili, bu uygulama için seçilmiştir. (<http://www.saglik.gov.tr/IMID/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF88F742D0D711251D6AF8D EA 2BD4C419>, Erişim tarihi 25.08.2010).

Çeşitli kart teknolojileri ve değişik uygulamalarla kullanılan sağlık kartları, otomatik tanımlayıcı barındıran teknolojiye sahiptirler. Çeşit olarak; optik kart, manyetik kart, lazer kart ve akıllı kart olarak sınıflandırılmaktadırlar.

Günümüzde sağlık kartı olarak; daha çok hastaya ait bilgileri hızlı, doğru biçimde kayıt edebilen ve güvenle muhafaza eden akıllı kartlar tercih edilmektedir. ([http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/portal\\_pages/notlogin/bilisimciler/docs/vatandaslik\\_karti\\_ve\\_kisisel\\_verilerin\\_korunmasi.ppt](http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/portal_pages/notlogin/bilisimciler/docs/vatandaslik_karti_ve_kisisel_verilerin_korunmasi.ppt), Erişim tarihi 27.05.2010). Bu tip kartlara; kişiye ait sağlık verisi yazmanın yanı sıra, istenirse verilere güvenle ulaşabilmek için sisteme giriş kodu oluşturulması veya parmak izi gibi programlar eklenebilmektedir. Bu sayede hasta veya doktorun, hastaya ait bilgilere güvenilir biçimde ulaşması sağlanırken, bilgi kullanımının hasta haklarının ihlaline sebebiyet verecek nitelikte olmaması hedeflenmektedir. ([http://www.saglik.gov.tr/portal\\_pages/notlogin/vatandas](http://www.saglik.gov.tr/portal_pages/notlogin/vatandas), Erişim tarihi 02.06.2010).

Aşağıda pilot bölgelerde kullanılmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından geliştirilmiş elektronik sağlık kartı örneği gösterilmektedir. Ülkemizde geliştirilmiş bu kartların, Belçika'da kullanılmakta olan kartlarda olduğu gibi parmak izi ile çalışacağı; kimlik ve sağlık kartı olabilmesinin yanı sıra, nüfus sayımının istatistik verilerinde ve istenirse Emniyet Genel Müdürlüğünün de bu karttan fayda sağlayabileceği belirtilmiştir. Bunların kullanım amacının yalnızca genel olduğu, özel bilgilere belli kod veya parmak izi dışında ulaşılamayacağı da eklenmiştir.



**Resim 1:** Elektronik sağlık kartı örneği (TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı). ([http://www.saglik.gov.tr/portal\\_pages/notlogin/vatandas](http://www.saglik.gov.tr/portal_pages/notlogin/vatandas), Erişim tarihi 02.06.2010).

### ***2.2.3.5 Türkiye Sağlık Sektöründe Bilgi ve İletişim Teknolojileri***

Sağlık bakanlığının; merkez teşkilat ve tüm iller bazında insan gücü, malzeme ve mali kaynakların izlenmesi ve sağlıklı yönlendirilmesi sonuçlarının her düzeydeki karar vericiye sunulmasını hedefleyen bir yönetim bilgi sistemi olan çekirdek kaynak yönetim sistemi bunlardan biridir. İnsan kaynakları yönetim sistemi, malzeme kaynak yönetim sistemi, finans kaynakları yönetim sistemi, ilaç eczacılık bilgi sistemi olmak üzere 4 ana küme ve diğer alt kümelerden oluşan entegre bir sistemdir. Yalnız gelişen teknoloji ve veri transferi sistemlerinde yaşanan sıkıntılar nedeniyle 1997 yılında istenen verimi yakalayamayacağı anlaşılarak tüm sistem web tabanlı proje haline dönüştürülmüştür. Bakanlık; temel sağlık istatistikleri modülü, Türkiye sağlık envanteri, tek düzen muhasebe programı ve evrak bilgi sistemi ile web tabanlı sistem basamaklarını tanımlamış ve tamamlamıştır. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20> Erişim tarihi 17.04.2010).

Sağlıkta dönüşüm projesi öncesinde; SSK, Üniversite Hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetleri, BAĞKUR ve Emekli Sandığı kendi içlerinde farklı modüller oluşturmuşlardır. Projenin gerçekleşmesi sonunda bu kurumların; tek çatı altında birleşerek işlemlerini paralellik sağlayacak entegre modüllerde gerçekleştirmeleri için gerekli çalışmalar da tamamlanmıştır. (<http://www.e-saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 03.06.2010).

Günümüzde bu modülleri destekleyecek ek ara yüz çalışmaları, diğer ülkeler ve Avrupa Birliği ülkeleri ile birlikte düzenlenen "Tamamlayıcı Emeklilik Sistemleri" programları çeşitli illerde açılan sosyal güvenlik merkezlerinde entegre modüllerin kurulumu ve geliştirilmesi, kaza sigortaları ile ilgili düzenlemeler, e-bildirgeler, ihale yönetim sistemleri gibi uygulamalar bu sistemlerle ilgili yapılan çalışmalardandır. (<http://www.e-saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 03.06.2010).

## 2.2.4. Avrupa Birliği Programları

### 2.2.4.1. e- Avrupa + ve Eylem Planı

e-Avrupa+; Avrupa'da bilgi toplumunun oluşturulması için dzenlenmiş ortak bir girişimdir. Eylem planı ise Avrupa birliğine aday lklelerin özel durumlarını göz önünde bulundurularak, ekonomilerinin yenilenmesi ve modernize edilmesinin hızlandırılmasını, kurumsallıklarının ve yeteneklerinin arttırılmasının desteklenmesini, genel rekabet güçlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır.

23-24 Mart 2000 yılında Lizbon'da yapılan Avrupa Konseyi toplantısında Avrupa Birliği yesi 15 devlet başkanı, gelecek 10 yıl içinde "dünyadaki en rekabetçi ve dinamik bilgi tabanlı ekonomisi" haline gelmesi hedefini ortaya koymuşlardır. Bu hedef doğrultusunda 19-20 Haziran 2000 tarihinde Feira'da e-Avrupa eylem planı kabul edilmiştir. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Avrupa Birliği yesi ve aday lkleler arasında bilgi paylaşımı ve karşılaştırma yapmayı sağlamak adına, e-Avrupa'da tanımlanan eylemlerin amaçları; daha dzenli, daha hızlı ve daha güvenli internet erişimi, insan kaynağına yatırım, internet kullanımının canlandırılması başlıkları altında toplanmıştır. çnc ana başlık içerisinde; online (evirimii) sağlık alt başlığında  eylem tanımlanmıştır:

. Birinci ve ikinci sağlık hizmeti sağlayıcıları için, yerel ağları da içeren bir sağlık telematik alt yapısı kurmak.

. Avrupa Birliği lkesi üyelerce tıbbi web sayfaları için söz konusu olan temel nitelik kriterlerini ulusal veya bölgesel düzeyde uygulamak.

. Avrupa Birliği halk sağlığı ağları ve veri tabanlarıyla bağlantı kurmak. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Günümüzde bu konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı'na ait geniş hizmet ve bilgi akışı sağlayan web sitelerinde güncellenen çalışmalar sunulmaktadır. Bu alışmalar; e-eğitim, e-posta, e-kütüphane, teknik destek hizmetleri gibi ana başlıklarda

toplanmışlardır. Bunun yanında bu siteler; sağlıkta dönüşüm programlarının ana temeli olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), e-sağlık, hasta randevu merkezi uygulamaların ve oluşturulan yeni modüllerle ilgili mevzuat, standart, doküman ve haberler hakkında bilgi vermektedir. (<http://www.e-saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 03.06.2010).

#### **2.2.4.2. Avrupa Birliğinin Yeni Halk Sağlığı Programı**

Avrupa Birliği mevzuatının, kamu sağlığı başlığı altındaki konsey kararlarından ülkemize uyarlanmış bir programdır. Ülkemizde 24 Mart 2001 tarih ve mükerrer 24352 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış, 2003-2008 yıllarında da güncellenmiş ve tek program önerisi hazırlanmıştır. Programın amaçları şöyledir:

- . Halk sağlığının iyileştirilmesi için bilgi ve iletişim teknoloji olanaklarından yararlanarak uygulamalar geliştirmek,
- . Sağlık tehditlerine hızlı ve uyumlu bir şekilde yanıt verme kapasitesini arttırmak,
- . Bütün politikalar ve faaliyetler karşısında sağlık belirleyicilerini ele alma yoluyla hastalıkları önlemek ve sağlığı iyileştirmek.

Programın desteklediği olgular ise şöyledir;

- . İnsan sağlığını toplumsal ve kişisel düzeyde güvence altına almak,
- . Sağlık alanındaki eşitsizliklerin üstesinden gelmek,
- . Bu konuda diğer ülkeler ile işbirliği sağlamak. (<http://www.e-saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 03.06.2010).

Günümüzde ve gelecekte bu çalışmalara;

- . Koruyucu sağlık,
- . Gıda ve çevre sağlığı,
- . Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yenilikler,
- . Yüksek verimli araştırmalar, engelli sağlığı faaliyetleri,

- . Beyin hastalıkları, insan gelişimi ve yaşlanmayla ilgili araştırmalar,
- . Enfeksiyon hastalıkları,
- . Kanser,
- . Kalp ve damar hastalıkları,
- . Diyabet ve şişmanlık,
- . Uluslar arası halk sağlığı ve sağlık sistemleri,
- . Sağlık alanı politikasıyla ilgili sosyoekonomik araştırmalar gibi konularla destek verileceği belirtilmiştir.(<http://www.euractiv.com.tr/duyurular-000107/duyurular /AB%20den>, Erişim tarihi 20.08.2010).

#### **2.2.4.3. Avrupa Birliği 6. Ve 7. Çerçeve Programında e-Sağlık**

Avrupa Birliği 6. çerçeve programı; ülkelerin belli bir katılım payı ödeyerek, ağırlığın bilgi toplumu teknolojileri programlarında olduğu, kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının da katılım sağladığı, uluslararası geniş katılımlı ortaklıklar oluşturularak hazırlanan projelerden oluşmuştur. Bu sayede her ülkenin kendine uygun olan projeye katılım sağlayarak, belli bir bilgi ve deneyim birikimi oluşturacağı ve bütçesine mali katkı sağlayabileceği izleneceği belirtilmiştir.(<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010).

Günümüzde geliştirilen 7. çerçeve programı ise Dünya Sağlık örgütünün; sivil toplum kuruluşları, vakıflar, dernekler ve üniversitelere, yatırım ve araştırmalar için yapacakları hibe programları tekliflerinin sunulduğu projelerden oluşmuştur. Bu yeni yaklaşım;

- . Sağlık alanında yeni uygulamalar olarak isimlendirilen yüksek verimli teknolojilerin kullanıldığı araştırmalar,
- . Tespit alanı ve izleme odaklı çalışmalar,
- . Büyük ölçekli çalışmalara ait veri toplanması,

- . Sistem biyolojisi, insan gelişimi ve yaşlanma,
- . Tüberküloz odaklı ilaç geliştirme,
- . Kanser ve kalp hastalıkları
- . Bulaşıcı hastalıklarla ilgili vektör çalışmaları,
- . Toksikite çalışmaları,
- . İnfluenza ortak çağrısı (özellikle domuz gribi) gibi uygulamalarla yeni destek alanları oluşturma amacı taşımaktadır. (<http://www.euractiv.com.tr/duyurular-000107/duyurular/AB%20den>, Erişim tarihi 20.08.2010).

#### **2.2.4.4. Sağlık Bilgi Stratejileri**

Sağlık bilgi stratejileri; ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlamasının yapılabilmesi için, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik bir geribildirim mekanizmasının oluşturulması için düzenlenmiş projelerdir. Projenin hedefleri arasındaki konular şöyledir:

- . Ulusal Sürveyans Sistemini destekleyici uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemlerinin oluşturulması ve uluslararası sistemlerle entegrasyon sağlanması,
- . Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin ihtiyaç duyacağı veri sözlüğü, standartların tespit edilmesi ve bireylerin doğumdan ölüme kadar geçen süreçte oluşturulan sağlıkla ilgili verilerinin ulusal düzeyde izlenebilmesi amacıyla tek numaraya dayanan kişisel sağlık tanımlayıcısının belirlenmesi,
- . Sağlık sektöründe; hizmetin planlanması, sunumu, değerlendirilmesi ve denetlenmesinde ihtiyaç duyulacak güncel verilerin sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşlarda belli standartlarda kaydedilmesi ve paylaşımına yönelik ulusal düzeyde minimum sağlık veri setlerinin oluşturulması,

- . Sağlıkla ilgili kişisel verilerin kağıt ya da elektronik ortamda tutulmasından bağımsız olarak mahremiyet ve güvenliği ayrı bir önem taşımaktadır. Bu nedenle tanı ve tedavi alanında tıp teknolojilerindeki ilerlemeler ve bunun paralelinde elektronik sağlık kayıtlarının önemli oranda artması nedeniyle bu tür kayıtların gizliliği ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli yasal ve teknolojik tedbirlerin alınması,
- . Ulusal sağlık bilgi sistemini oluşturmak üzere sektörde yer alan ilgili tüm kurum ve kuruluşlarda geliştirilecek bilgi teknolojileri uygulamalarında eşgüdüm sağlanması,
- . Oluşturulacak sağlık bilgi sisteminin sağlam temellere dayandırılması, sistem üzerinde yer alacak uygulamaların çeşitliliği, etkin bir biçimde kullanım ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminde bilgi teknolojileri alanına yer verilmesi, müfredat programlarının düzenlenmesi ve tıpta bilgi ve iletişim teknolojileri alanına yönelik özendirici tedbirler alınması,
- . Sağlık sektöründe yer alan kurum ve kuruluşların sağlıkla ilgili verileri ortak kullanabilmeleri amacıyla ulusal düzeyde güvenli sağlık özel ağının oluşturulması.

Sağlık bilgi sistemlerinin konuları arasında; yönetim, eğitim, araştırma, yerinde sağlık bakımı gerektiren durumlarda, sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşanan bölgelerde, afet koşullarında ve özel uzmanlık gerektiren durumlarda bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak mesleki alanda tele-tıp uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık bilgi sisteminde elde edilecek verilerin derlenerek bireylerin, kurumların ve araştırmacıların kullanımına sunulması, ulusal ve uluslar arası karşılaştırılabilir sağlık istatistiklerinin elde edilerek güncel bir biçimde yayımlanması da önemli hedefler arasındadır. (<http://liste-et.bilisimsurasi.org.tr/tbs-e-saglik/2004/Apr/att-002/01-surafinalrapor.doc.5-20>, Erişim tarihi 17.04.2010). Ancak sağlık enformasyon sistemlerinin çözmesi gereken problemler de şöyle sıralanmaktadır;

- . Ülkemizde sağlık politikalarını oluşturması için gerekli verilerin yeterli miktarda toplanamaması,
- . Toplanan verilerin kalitesinin düşüklüğü, yetersiz ya da doğruluğundan duyulan kuşku,



- . Kontrolünü yapacak mekanizmanın bulunmayışı,
- . Görev tanımları ve iş analizlerinin yapılmaması sonucu veriyi kimin kullanacağını belli olmaması,
- . Kurum içi, kurumlar arası ve yurtdışı kurumlarla yeterli düzeyde bilgi alış verişinin olmayışı,
- . Standartlarının tam belirlenmemesi sonucu sağlık hizmeti sunumu aşamalarındaki belirsizlik,
- . Yaşam boyu kayıt sisteminin oluşturulamaması.

### **2.2.5. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı**

Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı; Sağlık Bakanlığı'nın, 2 Nisan 2004 tarihinde Türkiye bilişim şurası programında 10 farklı *e- Sağlık Çalışma Grubu* tarafından belirlenen ve hayata geçirilen eylemlerdir. Her birinin, sağlık alanında teknolojidenden üst düzeyde yararlanmayı kolaylaştıracağı ve kaliteyi arttıracığı düşünülmektedir. Bu faaliyetler, 8 başlık altında irdelenmiştir. (<http://www.turkmia.org/eski/sempozyum/acibadem.ppt>, Erişim tarihi 25.08.2010).

*Veri Sözlüğü ve Standartlar:* 2 amaç altında toplanmıştır:

- . Minimal sağlık veri setlerinde yer alacak veri elemanlarının tanımlanması ve ulusal sağlık veri setlerinin geliştirilmesi.
- . Veri güvenliği, verilere doğru ve hızlı erişimi için standartların belirlenmesi.

Bu eylemlerin hızlı yayılımı sayesinde, farklı bölgelerdeki kurumlar arasında ortak dil zemini oluşturulacağı ve sağlık alanında çalışmaların daha hızlı, verimli ve kaliteli olacağı belirtilmektedir.

*Tek Numaraya Dayanan Kişisel Sağlık Tanımlayıcısı:*

Kişisel sağlık tanımlayıcısı; yaşam boyu sağlık kaydının oluşturulabilmesi amacıyla, bireylere doğum ile birlikte hiç değişmemek üzere, kişiyi tanıttığı bir numara sistemi belirlenmesi için oluşturulmuştur. Tanımlayıcının; T.C. kimlik numarasıyla eşgüdümü olacağı ve sosyal güvenlik kuruluşlarıyla paralellik

taşıyacağı belirtilmiştir.(<http://www.turkmia.org/eski/sempozyum/acibadem.ppt>,Erişim tarihi 25.08.2010).

#### *Sağlık Veri Modeli ve Minimum Sağlık Setleri:*

Sağlık sektörünün ihtiyaçları doğrultusunda; sağlık olayları, aşılama, tanı ve prosedürler, bekleme süreleri, ulusal kanser kayıtları, doğum ve ölüm kayıtları, ruh sağlığı kayıtları gibi veri alanlarında oluşan minimum sağlık verileri tanımlanması gerekli yasal düzenlerin gerçekleştirilmesine katkı sağlanması amacını taşımaktadır.

#### *Kayıtların Gizliliği ve Güvenliğinin Sağlanması:*

Tanı ve tedavi alanında tıp teknolojilerindeki ilerlemeler ve bunun paralelinde elektronik kişisel sağlık kayıtlarının önemli oranda artması nedeniyle, kağıt ya da elektronik ortamda tutulan sağlıkla ilgili verilerin mahremiyet ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli yasal ve teknolojik tedbirlerin alınmasına katkı sağlanması amacını taşımaktadır.

#### *Erken Uyarı Sistemleri:*

Sağlık tehditlerinin zamanında belirlenerek olası risklerin gerçekleşmesini önlemek ve zamanında uygun tedbirlerin alınmasını sağlamak amacıyla, bulaşıcı hastalıklar ağı gibi ülke düzeyinde uluslar arası sistemler ile uyumlu erken uyarı sistemleri oluşturulmasının amaçlandığı sistemlerdir.

#### *Sağlık Özel Ağı:*

Sağlık hizmet kuruluşlarının, sağlık verilerine dayanarak yapacakları araştırma ve planlama çalışmaları için iletişim altyapısı ve işletme sürekliliğini sağlamak amacıyla sağlık özel ağı kurulması amacı taşımaktadır.

#### *Tele-tıp:*

Yönetim, eğitim, araştırma, yerinde sağlık bakımı gerektiren durumlarda, sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşanan bölgelerde, afet koşullarında ve özel uzmanlık gerektiren durumlarda kullanılması amacı ile oluşturulmuştur.

### Eğitim:

Bu başlık altında mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminde bilgi teknolojileri alanına yer verilmesi ve müfredat programlarında gereken düzenlemelerin yapılması amaçlanmıştır.(<http://www.turkmia.org/eski/sempozyum/acibadem.ppt>, Erişim tarihi 25.08.2010). Örneğin; bu programlar önceleri tıp eğitimine bağlıyken, daha sonra Tıbbi Bilişim Bilim Dalı olarak kurulmaları, sonradan da Biyoistatistik Anabilim Dalı altına yer almaları gündeme gelmiştir.

### **2.3. KAMU SAğLIğI ENFORMASYONU KAYNAKLARI**

Kişilerin günlük hayatta aldıkları enformasyon kaynaklarının başında görsel ve işitsel medya, yazılı medya ve elektronik medya gelmektedir. Yazılı ve görsel basından, haberler, belgeseller, sağlık programları, eğlence ve günlük programlarda sunulan sağlık köşeleri, televizyon programları ve dizilerinde profesyonellerin danışmanlık yaptığı konularla enformasyon sağlanmaktadır (26, 27).

Televizyonun hayatımıza girmesi ve bilimsel tıbbın gelişmesiyle sağlık enformasyonu konuları, iletişim organları aracılığıyla daha geniş kitlelere iletmeye başlamıştır. Ancak bu konu yıllar geçtikçe iletişim organlarının müdahale alanı haline gelmesiyle dejenere bir hal alması da kaçınılmaz olmuştur. Bu dejenerasyon özellikle skandallar ve atlatma haberler ile olumsuz bir rekabet düzenini meydana getirmektedir (27, 28).

Günümüzde de görsel medyanın en önemli araçlarından televizyon; sağlık konusunda önemli bir enformasyon kaynağını oluşturmakta, bu rolle de enformasyon yayılımını olumlu ve olumsuz yönde etkileyen bir çelişki yaratmaktadır. Yerel ve ulusal haber bültenlerinde sunulan haberler, sağlıkla ilgili tanıtımlar, eğitici ve eğlendirici sağlık bilgisi programları (belgeseller, talk show tarzı sağlık programları) gibi programların; bilgilendirirken aynı zamanda olumsuz algılamalara da sebep olduğu gözlemlenmektedir (108, 106). Örneğin; gribal enfeksiyonlardan korunma yollarıyla ilgili bilgi verilirken asıl üzerinde durulması gereken noktalar dışında çok ayrıntı bilgilerin verilmesi bilgi çeşitliliğini arttırmakta, aynı zamanda bireylerde kafa karışıklığına da neden olabilmektedir.

Habercilikte sağlık b6l6mlerinin, hatta sağlık muhabirlerinin olması da bu konudaki bilgilerin artışıyla birlikte çelişkiyi de beraberinde getirmektedir. Sabah programlarında sağlık k6şesi şeklinde birer b6l6m6n olması halkın bu programlara rağbet etmesini sağlarken, sağlık konuları daha çok kişilerin bireysel sorunlarına indirgenmekte, bireysel 6yk6lere sahne olabilmektedir. Bu da sağlık bilgisinde bir kavram karmaşası ve bilgi kirliliğine neden olmaktadır. Bunu yaparken toplumsal, ekonomik ve politik fakt6rler minimize edilmektedir. Bunun sonucu olarak da hayata tıbbi bilgi katmaktan ziyade hayatı tıbbileştirme ve alt yapısı olmayan bireylerde kavram karmaşasına yol açabilmektedir (27, 29, 37). Sabah programlarının birinde, bebeği olmayan bazı kişilere eksik açıklamalarla t6p bebek vaadi verilmesi ve bu y6nde kampanyalar uygulanması; yine g6nd6z kuşağı programlarında bir hastalığın konu edilip tedavisi ile ilgili seçenekler sunulurken, sorunu o hastalığa benzer olan ama aynı olmayan kişilerin kavram karmaşası yaşaması gibi 6rnekler sıklıkla karşımıza çıkmaktadır.

Ayrıca tıp mesleğinin bir g6 olarak g6r6lmesiyle koruyucu sağlık hizmetlerinden çok pahallı tedavi seçenekleri, araç, yan 6r6n ve ilaç tanıtımlarının 6rt6l6 yapılması sağlık harcamalarının artmasına neden olabilmektedir (27, 29). 6rneğin kanseri erken teşhis etmek adına yapılan uygulamalarla ilgili bilgilerin değil, kanser hastaları için geliştirilen tedavi seçeneklerinin sunumu gibi, sigara kullanımını engelleyici konuların 6zerine daha sık eğilmekten ziyade akciğer kanseri ile ilgili son gelişmeler 6zerinde fazla odaklanılması gibi konulara da g6nl6k hayatta sık rastlanmaktadır.

Yazılı basının ağrılıkla sunduğu konular arasında AIDS, alkol, sigara, çevresel risk ve tehlikeler, cinsel sağlık, psikoloji, genetik hastalıklar, diyet, estetik sağlığı bulunmaktadır. Yalnız bunlarla ilgili bireylerin daha kolay ulaşabileceği enformasyon kaynakları gazete k6ře yazıları, dergi ekleri, sağlık dergileri, kadın dergileri, broş6rler gibi kaynaklarla sınırlı kalmaktadır. Bu olayın nedeni olarak, kişilerin g6rsel ve elektronik medyaya daha fazla rağbet g6stermesi de rol oynamaktadır. Sunulan kaynakların sınırlı kalması konuları da sınırlamakta ve 6zellikle diyet gibi konulara ağrılık verilerek bu konuya ve yan mesajlarına rağbeti artırmaktadır. Yazılı basında bu paradoks kişileri ruhsal bozukluklara kadar

taşıyabilmektedir (26, 27). Örneğin; ‘‘sıfır beden ve anoreksiya’’ gibi kavramların günlük hayata girmesi gibi.

Elektronik medyadan daha bilimsel ve daha sık rastlanan hastalıkların incelenmesi, doktorların verdiği reçete ve sağlık durumu hakkında bilgi almak, ürün ile ilgili bilgi almak, sağlık web sitelerine hastalıklarla ilgili soru sormak, diğer hastalarla iletişim kurmak gibi konular hakkında enformasyon elde edilebilmektedir.

Elektronik medyadan sadece halk değil sağlık profesyonelleri de enformasyon sağlamaktadır. Bu yolla elde edilen enformasyondan kişiler özellikle kendilerini stres altına alan rahatsızlıklarını daha rahat inceleme fırsatı bulabilmektedir. Hasta bakımı, tele-tıp, e-sağlık kayıtları, finansal sistemler gibi enformasyon sistemleri hem sağlık hizmetinden yararlanan kişiler hem de sağlık çalışanları tarafından kullanılmaktadır (30). Örneğin; çevrimiçi (online) randevu, radyografi sonuçları ve raporları, laboratuvar sonuçları gibi. Bunun dışında özellikle sağlık eğitimi, sosyal pazarlama ya da savunuculuk ile hedef kitleyi etkileme yolları bu platformda daha fazla uygulanmaktadır.

Diğer yandan internetle elde edilen enformasyon bazı faktörlerle sınırlanabilmektedir. Bunların başında; inançlar, tutumlar, kültür yapısı, teknolojiye ulaşamama veya teknolojiden uzak bir bölgede bulunma, teknolojiye ulaşabilenler için elde edilen bilginin oluşturduğu kavram karmaşaları, kaynakların güvenilirliği, eğitim derecesi, sosyal ekonomik statünün derecesi, yaşanan bölgenin merkeze uzaklığı, enformasyon elde etmede kullanılan araçların kalitesi ve kullanım kolaylığı gibi etmenler gelmektedir. Oysa hastalıklara yakalanmamak adına sağlık bilinci kavramı oluşumu için temel sağlık enformasyonuna en fazla ihtiyaç duyan kesim genellikle gelir düzeyi düşük olan kesimdir. Bu kesim de genellikle teknolojiden uzak bölgelerde yaşadığı için, teknoloji vasıtasıyla elde edilecek enformasyondan mahrum kalmaktadır. Bu olay da, bu kesimin hastalıklara yakalanma riskini arttırırken, sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda doğru davranışlarda bulunma potansiyelini azaltmaktadır (31).(<http://www.health.gov.tr/HealthyPeople/Document/HTML/volume1/11HealthCom.htm>, Erişim tarihi 07.06.2010).

Enformasyon elde etme sürecinde kullanılan kaynakların daha verimli hale gelmesi için, kaynakların kullanıldığı bilginin doğru olması ve sunulması gereklidir. Bu nedenle hükümet, sağlık iletişimi organları ve medyanın; toplum düzeyine uygun ve bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirecek programlar oluşturup bunları güncelleştirmeleri gerekmektedir.

#### **2.4. KAMU SAĞLIĞI ENFORMASYONUNDA İLETİŞİM ENGELLERİ**

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da verilmesi gereken mesajın (bilgi, duygu, düşünce) paylaşılması, kişi ya da grupların tutumlarını etkilemeye yönelik bir süreç olarak tanımlanan iletişim, bazı etmenlerle kesilebilmektedir. İletişimi kesen bu etmenler iletişim engelleri olarak tanımlanmaktadır(27).(<http://www.umitsahin.com/SAĞLIK%20HİZMETLERİNDE%20İLETİŞİM.doc>,Erişim tarihi 10.04.2010).

Kamu sağlığı enformasyonu iletişim engellerine sebep olan faktörler; verinin anlaşılabilir olmaması, teknik alt yapının yetersiz olması, nasıl iletişim kurulacağına bilinmemesi, konuya ilgi duyulmaması ya da ilginin düşük olması şeklinde sıralanabilir (32).

Kamu sağlığı enformasyonu verenler ile alanlar arasındaki bilgi uçurumu ve eğitim eksikliği yüzünden, terim ve kavramların anlaşılmamasının önüne yine açıklayıcı bir enformasyon ile geçilebilmektedir.

Kamu sağlığı enformasyonu ile ilgili iletişim engellerinden biri de kültürdür. Deneyimlerden elde edilen tıbbi bilgiler genellikle profesyonel tavsiyeler üzerine edinilmiştir. Bundan yoksun olan kesimler genellikle kendi geçmişlerinden gelen bilgileri kullanmaktadırlar. Dolayısıyla bilgilerle elde edilen tutum ve davranış şekilleri de toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Ancak bu durum normal hayata tıbbi kavramların girmesiyle etkisini yitirmiştir (33).

Eğitim düzeyinin artmasına rağmen sağlık iletişiminde enformasyon veren ve enformasyon alan çevreler arasındaki bilgi düzeyi farkı da görsel medyada çarpıcı biçimde göze çarpmakta, bu durum enformasyon alımını etkilemekte, alınsa bile eksik enformasyon alımına neden olmaktadır. Çünkü enformasyon verici tarafın kullandığı tıbbi terimler, enformasyon alan bireylerce anlaşılmamaktadır. Aynı

zamanda ileri teknoloji, yaygın olmayan ve yeni bulunmuş ilaç ve tedaviler gibi etkinliği olmayan çözümlere aşırı yer verilmesi sonucu, oluşacak risklerin göz ardı edilebileceği gözlemlenmiştir (34). Örneğin bir çeşit lazer ameliyatı olan Green Light yönteminin tek seçenek gibi anlatılması, prostatla ilgili daha farklı sıkıntıları olup açık ameliyat geçirmesi gereken kişilerin yanılarak bu yöneme ısrarla başvurmalarına ve farklı yöntem gerekliliğini aktaran sağlık profesyonellerine karşı güven sarsıntısı yaşamalarına sebep olabilmektedir.

Eğitim ve ekonomik düzeyi düşük olan grupların hastalıkları algılayış ve hastalık tedavisinde karar alma mekanizmaları diğer kişilerden farklı olabilmektedir. Genellikle sosyoekonomik seviyesi düşük olan gruplar, herhangi bir sorunları olduğunda doktor veya bir sağlık kuruluşuna gitme yolunu en son çare olarak tercih ederlerken, genelde yakınlarındaki tıp dışı uygulamacılardan yardım talep ederler. Hastalık oluşumu açısından maruz kaldıkları riskler daha yüksektir. Kronik hastalıklar sonucu hayatta kalma şansları daha düşük olabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri hakkında çok az bilgiye sahiptirler. Sağlık hizmetlerini nerden sağlayacakları konusunda bilgileri çok azdır. Bu sorunlar söz konusu grubun sağlık enformasyonu elde etmede sınırlılıklar yaşamalarına sebep olmaktadır. Dolayısıyla bu durum da sağlık enformasyonu elde etmede engel teşkil etmektedir (34, 35, 36).

Yukarıdaki nedenler kamu sağlığı enformasyonu elde etme sürecinde sağlık iletişimindeki engelleri ortadan kaldırabilmek için; sağlık ve iletişim profesyonellerine belli sorumluluklar düşmektedir. Bunlar; bilimin kalitesini arttırıp, ulaştırılan bilginin güvenilir olmasının sağlanması, bilginin etik olarak sunulması, verilecek bilgi konularında seçici olunması, verilen bilgilerin hedef kitleyi ilgilendirmesi, konularla ilgili tıbbi terimlerin basitleştirilerek sunulması ya da kavramların olabildiğince açıklanması gibi stratejilerdir. Bu sayede alınan bilgi kalitesinin de artacağı belirtilmiştir (37).

## 2.5. SAĞLIK İLETİŞİMİ

### 2.5.1. Sağlık İletişiminin Tanımı Ve Gelişimi

Sağlık iletişimi; genel anlamıyla sağlık tüketicilerinin, sağlık riskleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili enformasyon elde etme süreci olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık iletişiminin enformasyon alanları; sağlık hizmeti sunucuları tarafından teşhis ve tedavi, sağlık kuruluşlarına kamu eğitimi kampanyaları, biyoetik konuları değerlendirme, karmaşık sağlık hizmeti kararları vermede sonuçları tahmin etme gibi konulardır.

Sağlık iletişiminin ilgilendiği alanlar; sağlık riskleri ve bunların çözümü konusunda farkındalığı arttırmak, bu riskleri azaltmak için motivasyon ve etkinliği sağlamak, uygun olan sağlık hizmeti talebini arttırmak, sağlık gündemini olumlu biçimde etkilemek, kamu sağlığının ve sağlık hizmetlerinin yayılmasını geliştirmek, sağlık ve yaşam kalitesini arttıran sosyal normları desteklemek gibi başlıklar altında toplanabilmektedir (38).

Sağlık iletişimi disiplini ilk olarak ABD’de ortaya çıkmıştır ve hala bu alanda en çok araştırmanın yapıldığı ülke durumundadır. Bu konuda öncü kurum, 1971’deki Ulusal Kanser hareketinin (National Cancer Act) başlamasına dayandıran Ulusal Kanser Enstitüsü’ne (National Cancer Institute) Bağlı Kanser Enformasyon Servisi’dir (Cancer Information Service). 1975 yılında Uluslararası İletişim Derneği’ne (International Communication Association) bağlı olarak Sağlık İletişimi Bölümü (Health Communication Division) kurulmuştur (39).

Bu alanda yapılan ilk araştırmalar sağlık veya tıp çevrelerinden çok iletişim alanındaki kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir (40).1984 yılında Kreps ve Thornton sağlık iletişimini tanımlarken sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaçları üzerinde durmuş, iletişimin hangi düzeyde sürdüğü ve etkileri sorularına cevap aramıştır. Kreps ve Thomas’a göre sağlık iletişimi düzeylere ayrılmıştır:

Kreps’e göre, bireylerin kendi zihinlerinde oluşan (intrapinal sorgu), kişilerarası sağlık iletişimi sorgusu, grup sağlık iletişimi sorgusu ve kurumsal sağlık iletişimi sorgusu olmak üzere 4 düzey söz konusu iken; Thomas’a göre bireysel



düzey, sosyal ağ, organizasyon/kurumlar, cemiyet (bir zümreye ait grup) ve toplumsal düzey olmak üzere 5 çeşittir.

<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=180>, Erişim tarihi 13.06.2010). Bu çalışmalar, sağlık iletişiminin gelişimi ve kişilerin bundan etkin biçimde yararlanması adına önemli adımlar olmuştur (41, 42).  
(<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=245>, Erişim tarihi 17.06.2010).

1988 yılında Reardon iletişimin, hangi şartlarda insanları nasıl motive edeceğini incelemiştir. Aynı yıl Pettegrew ise farklı olarak sağlık iletişiminin önemini tartışmış ve sağlık iletişimi dinamiklerinin sadece ikna adına enformasyon bakış açısıyla yeterince temsil edemediği sorunsalını incelemiştir (43).  
(<http://obssr.od.nih.gov/soaring/finnegan.pdf>, Erişim tarihi 10.06.2010).

1989 yılında Lawrence Erlbaum Associates, Health Communication adıyla konu ile ilgili ilk hakemli dergiyi çıkarmıştır (44).

Zaman içinde dünyada ve ülkemizde sağlık iletişimi ile ilgili tanımlamalar, sağlık iletişimini oluşturan kavramları da belirlemiştir. Bunlar teşhis, işbirliği, öğüt, eğitim, araştırma, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlığı geliştirme, hastalıkların kontrolü ve önlenmesi, enformasyon doğruluğu ve etkin kullanımı, sağlıkla ilgili sosyal tutumlar ve davranışların değiştirilmesi gibi kavramlardır (44).

Sağlık iletişiminin; sağlığın geliştirilmesi konusundaki katkıları şu boyutlarıyla ortaya çıkmaktadır:

- . Sağlık personelinin kendi aralarında ve hastalarla olan etkileşimi
- . Kişilerin ve sağlık çalışanlarının; sağlık enformasyon sistemlerini aramaları, kullanmaları ve nasıl kullanabilecekleri konusundaki eğitimleri
- . Kişilerin klinik tavsiyelere uymaları
- . Kamu sağlığı mesajlarının oluşturulmasıyla halkın aydınlatılması
- . Sağlık riskleriyle ilgili doğru enformasyonun yayılması (risk iletişimi)

. Sağlık enformasyon sistemleri (iletişim teknolojilerinin gelişimine dayalı olarak kullanılmaya başlanan tele-sağlık, e-sağlık gibi uygulamalar). ([www.health.gov/HealthyPeople/Document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm](http://www.health.gov/HealthyPeople/Document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm), Erişim tarihi 11.06.2010).

Etkili bir sağlık iletişimi sanat ve bilimin bir bileşimidir ve çok disiplinli olarak işlev görmektedir. Bu nedenle sağlığın tıbbileştirilmesine eleştirel bir açıdan bakılmaktadır. Sağlık iletişimi uygulamalarında 5 öge dikkate alınmaktadır. Bunlar:

- . Medya trendleri, internet dedikoduları ve kültürel mitlerin vs. incelenmesi (iletişim kontrolünün yönetimi).
- . Sosyal normları geliştirme, ana mesajların tekrar edilmesi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ( her seviyede eğitim).
- . Sadece sağlık sektörüyle değil, her boyutta (medya, akademi dünyası vs.) liderlerle savunuculuk yapılması.
- . Medyada ve halk üzerinde sağlık ile ilgili olarak anlayış için diyalog ortamının yaratılması.
- . Sürdürülebilir sistemlere (medya, akademi, hükümet vs.) bilimsel bilgi ve gerçek kavramların yerleştirilmesidir (45).

### **2.5.2. Sağlık iletişimi için kullanılan davranışsal kuramlar ve modeller**

İletişim profesyonelleri; özellikle toplumda olumlu sağlık davranışı oluşturabilmek için, sağlıkla ilgili yanlış inanç ve tutumları değiştirmek adına, iletişim disiplininde kullanılan kuram ve modellerden yararlanmaktadır. Bu modeller:

#### **2.5.2.1. Yeniliklerin Yayılması Kuramı (1943)**

Bir topluma yeniliklerin nasıl sokulduğunu ve insanların bu yenilikleri nasıl benimsedikleri ya da reddettiklerini açıklamaya çalışan bir iletişim araştırma alanıdır. Bu da ancak bu yeniliğin denenmesi sonucu, oluşan değişikliğin olumlu izler taşınması ile mümkün olmaktadır. Yeniliği benimseme süreci bilgi, ikna, karar,

uygulama ve sağlamlaştırma evrelerinden oluşmaktadış. Bu sũreçlerin sonunda sosyal bir değişim meydana gelmektedir. 3. dũnya ũlkelerinde birçok alanda yeniliklerin benimsetilmesi çalışmalarında kullanılmaktadır (46).

#### **2.5.2.2. Sağlık İnanç Modeli (1959)**

Sağlık gelişiminin ilk kampanyası olarak bilinmektedir. Bu modele gũre genel bir sağlık riskiyle ilgili olgu, eğer risk bireye kişisel anlamda yansımıyorsa, kişinin davranışında bir değişime yol açmayacaktır. Ayrıca kişinin davranışını değiştirmesi için kendinde bir gũ hissetmesi, davranışını değiştirmesinin finansal ya da fiziksel avantajı bulursa bile davranışını değiştirmek için kendini zora sokmak durumunda kalmaması gerekmektedir. Bu modelde kişilerin bilinç ve bilinçaltı algılamaları, sosyo-kũltũrel evre, sosyo-ekonomik durum, bireylerin bilgi ve tutumları da sonucu etkilemektedir (47).

#### **2.5.2.3 .McGuire'in İkna Modeli (1964)**

Bu modele gũre iletişim, tutum ve davranışları değiştirme amacıyla kullanılabilir. Bunun için alıcıların öncelikle, ilgilendikleri veya ihtiyaç duydukları mesajı bulup ona ulaşmaları, onu anlamaları, mesaj hakkında dũřnmeleri, tutumlarında değişim yapmaları, mesajı hafızalarında saklamaları, gerek duyulduğunda bu mesajı hafızalarından çıkarmaları veya harekete geçmek için niyetlerini gũstermeleri gerekmektedir. Dolayısıyla bu model kişilerin algılarına bağlı olarak rasyonel bir sonuç oluşturmayabilmektedir. Daha çok sosyal pazarlamayı yũntem olarak kullanan sağlık iletişimi kampanya tasarımcıları tarafından tercih edilmektedir (48).

#### **2.5.2.4.PRECEDE- PROCEED Modeli (1970)**

Bu model sağlık eğitimi uygulama sistemi olarak tanımlanmıştır. Buna gũre sağlığı tehlikeye dũřũren olgu kişinin olumsuz sağlık davranışıdır. Sistem sebep sonuç aşamalarından meydana gelmiştir. Modelin eğitim programları sorunu ozmek adına tũmevarım yũntemlerini uygulamaktadır. Yani sonuçtan yola çıkararak sebepleri bulmaktadır.6 aşamadan meydana gelen PRECEDE modeline, 1984'te 7 ve 8. aşamalar, 1991'de 9.aşama eklenmiş ve son haline getirilmiştir. ũnkũ ekirdek

PRECEDE modelinde, kiři sağlığını tehlikeye dūřüren faktörün bireyin davranışları olduğu belirtilmiş; çevresel etmenler ikinci plana atılmıştır. Halbuki bu faktör literatür taraması ve kuramların uygulanmasında oldukça önemlidir (49). (<http://www.cancer.gov.tr/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>, Eriřim tarihi 14.04.2010). Bu eksiklik geliştirilen aşamalarda giderilmiştir.

#### **2.5.2.5. Sebepli Eylem Kuramı (1975)**

Bu model davranışların meydana gelmesini etkileyen kişisel niyetlere odaklanır. Çünkü sebeplice eylem kuramına göre davranışlar niyetler olmadan meydana gelmemektedir. Ancak niyetlerin harekete dönüşümünde kişilerin o hareket sonucu doğacak durumlara olan inanca ve kişiyi ikna edebilecek düzeyde önemsemediği referans grupların varlığına bağlıdır (50).

#### **2.5.2.6. Sosyal Öğrenme Kuramı (1977)**

Sosyal öğrenme kuramı davranış içsel süreçlerle, dışsal veya çevresel etmenler arasındaki etkileşimin bir işlevi olduğunu öne süren bir kuramdır. Buna göre bazı sonuçlar ne kadar olumlu olursa, davranış o kadar kabul görmektedir. Ancak pek çok olumsuz davranış olumsuz sonuçları meydana geldiği halde devam etmektedir. Bu çelişki davranışın kısa vadedeki doyumunun, uzun vadede görülen zarardan daha etkili olmasından, davranışı aralıklı yenileme ilkesinden ve davranışı yenilemenin göreceli olmasından kaynaklanmaktadır. Modelde; bu sorunları çözmek adına istenilen davranışın örneklerle açıklanması, istenen amaçlara ulaşmak için davranışın etkili tanıtımı, davranış değişikliğinin hayat şartlarına uygunluğu, toplumun desteğinin alınmış olması, kamunun desteğinin alınmış olması, hatalı davranışların düzeltilmesi için rehberlik hizmetinin olması, kişilerarası sosyal iletişimin davranış değişikliğini desteklemesi, davranış değişikliğinin başarılması için bir alt yapı desteğinin olması gibi noktalar öneri olarak sunulmuştur (50).

#### **2.5.2.7. Değişimin Evreleri (Transteorik) Modeli (1983)**

Bilinen diğer teorilerden farklı olarak davranışsal değişikliğin incelemesi sonucu ortaya çıkmış bir modeldir. Amaç bireyin davranış değişikliği için motive ve hazır durumda olmasını sağlamaktır.

Beş aşamadan meydana gelir:

Tasarlama Öncesi Aşama: Davranış öncesi farkındalığın olmadığı durumudur.

Tasarlama Aşaması: Davranışı değiştirmek için hedef ve enformasyon arayışı durumudur.

Eylem Aşaması: Hedef, arzu edilen davranış değişikliği için girişimde bulunma aşamasıdır.

Sürdürme Aşaması: Uzun bir süre için davranışın sürdürülme aşamasıdır.

Geri Dönüşüm Aşaması: Sürdürme evresinin kesintiye uğraması ile hedefin yeniden tasarlama öncesi veya tasarlama aşamasına geri dönmesi durumudur.

### **2.5.3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler**

Sağlık iletişimde kullanılan yöntemler; sağlık alanında farkındalık, ikna yoluyla tutum ve davranışlarda değişiklik oluşturmak için kaliteli sağlık hizmet alımı ve sağlık enformasyonu oluşturabilmeyi kolaylaştıran yöntemlerdir. 3 sınıfa ayrılmaktadır:

#### **2.5.3.1. Sosyal Pazarlama**

Günümüzde yaşanan stres, alkol, uyuşturucu, sigara bağımlılığı, açlık, yabancılaşıma, kirlilik, HIV ve şiddet gibi sorunlar karşısında devlet tek başına yeterli olmamaktadır. Bu sorunlar yüzünden toplum refahının bozulmaması için ayrıca sivil toplum kuruluşları ve vakıfların da devletle beraber hareket ettiği sosyal kampanyalara, sosyal kampanyaların düzenlenmesinde ise pazarlama disiplinine ihtiyaç duyulmaktadır (51).

Sosyal fikri topluma benimsetmek ve bu konuda olumlu davranış değişikliği oluşturmak için düzenlenen pazarlama faaliyetleri, sosyal pazarlama olarak tanımlanmaktadır. Sosyal pazarlamada kar amacı yerine sosyal amaç ve uzun vadeli toplum çıkarları ön plandadır (52).

Kimi gruplara göre insanların enformasyon sağlayarak eşitsizlikleri yenmesinin en yaratıcı yolu olarak kabul edilen sosyal pazarlama; reklam ve pazarlama

ilkelerinin olumlu sağlık davranışı oluşturmak için kullanılmasını hedeflemektedir (37, 53).

Sağlık iletişim kampanyalarında ise iletişim ve sosyal psikoloji kuramlarını, uygulamalı pazarlama teknikleriyle birleştirerek etkinleştirmektedir. Bu bağlamda sağlığın geliştirilmesi çabaları, sosyal pazarlamayı iletişim kampanyalarına uyarlayarak, sağlık davranışı ve yönelimi tüketicie satılacak bir ürün olarak görülebilmektedir. Ancak yerel sağlık kuruluşları ve kişilerarası ağı harekete geçirmek için sağlık riskini nleme mesajları bunlarla sınırlı kalmamalıdır. Bunun yanında ikna edici özel iletişim stratejileri de geliştirilmelidir. Ancak bu Şekilde olursa yerel kuruluşları ve kişilerarası ağları harekete geçirebilmektedir. Bu hedefe ulaşabilmek için tüketicinin yönlendirilmesi, karşılıklı fayda değiş-tokuşu, hedef kitle segmantasyonu ve analizi, formatif araştırma, medya analizi, pazarlama karması (4P: product, price, promotion, place) gibi yollardan yararlanmaktadır (54, 55).

#### **2.5.3.2. Medyada Savunuculuk**

Günümüzde kitle iletişimi kavramı her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli bir boyut kazanmakta ve giderek bu boyut artmaktadır. Bu sayede iletişim disiplini bireysel değişimden, sosyal değişime geçmeye başlamıştır. Bunun sonucu olarak da sosyal açıdan farkındalığı olan bireyleri ikna etme faaliyetleri, farklı bakış açılarından irdelenmiş ve medyada savunuculuk boyutu meydana gelmiştir. Medyada savunuculuk; sosyal değişim sürecine yardım eden sosyal pazarlama, sosyal reklam, sağlık iletişimi kavramlarından farklıdır. Bu durum diğer süreçlerden farklı olarak, halkın politika üretme sürecine katılması anlamına da gelmektedir (56).

Medya savunuculuğu; kamuoyu oluşturma, gündem belirleme gibi kavramlarla aynı anlamda olmayıp birbirinin tamamlayıcısı olan bu iki kavramdan etkilenmektedir (57).

Kamuoyu oluşturma, daha çok iletişim ve siyaset bilimi literatüründe medyanın rolü sorgulanırken anılan bir kavramdır. Fikirlerin özgürce açıklanabilmesi, bu fikirlerin açıklanıp başkalarına iletilmesi, iletilen bilgilerin algılanıp yorumlanması basamaklarından oluşur. İkinci basamakta medyanın, nc basamakta ise propoganda tekniklerinin etkileri ağır basmaktadır. Medya, kamuoyu oluşumunda

kamuoyunun sesi, aynası halindeyken; propoganda, kamuoyunun her türlü iletişim aracını kullanarak istenen yönde etkilemek ve istedik yönde davranış oluşturma amacını taşımaktadır. Bunu gerçekleştirmek için her türlü iletişim aracını kullanabilmektedir (57, 58, 59).

Gündem belirleme kavramı ise zamanın belli bir noktasında medyanın önemlilik sırasına göre öncelik verdiği konular ya da olayların kamunun zihninde de öncelikli hale getirilmesidir. Gündemi belirleme olgusu irdelenirken; konunun kimin tarafından oluşturulacağı sorgusunun yanında söz konusu duruma siyasilerin de müdahil olması, toplumda öncelikli olan konuyu belirlemektedir (57, 59).

Medyada savunuculuk konusunda farkına varma ve haberdar olma aşamaları gündem belirleme konusu içerisine girerken; medya etkilerinin üst aşamaları olan tutum, kanaat ve davranış değişikliği oluşturmak ise kamuoyu oluşturma konusuna girmektedir (57).

### ***2.5.3.3.Halkla İlişkiler***

Amerikan Halkla İlişkiler Birliği tarafından literatürde 200 kadar çeşitli tanımlı saptanan halkla ilişkiler kavramı; bir örgüt ve bu örgütün hedef kitlesi arasında karşılıklı iletişim, anlayış, genel kabul ile işbirliğinin oluşturulmasına ve bunların sürdürülmesine yardımcı olan bir yönetim işlevi olarak tanımlanmıştır (60). Bunun yanında ideal bir halkla ilişkiler fonksiyonunun, işletme yönetimince yürütülen planlı ve sürekli bir program olduğu bildirilmiştir (61).

Amacı; farkındalık yaratmak, anlayış oluşturmak, yanlış anlaşılmalardan üstesinden gelmek, bilgilendirmek, bilgileri arttırıp önyargıları ortadan kaldırmak, inancı güçlendirmek, bir algılamayı doğrulamak ya da altını çizmek ve belirli bir doğrultuda hareket etmek olan halkla ilişkiler olumlu yönde stratejik iletişim yönetimi yaklaşımının da kapsamına girmektedir (60).

Aynı zamanda bireysel karar almada kültürü ve çevreyi değiştirme tekniği olan halkla ilişkiler; sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir enformasyonunun yayılmasında, sağlıklı davranışa ikna etmede ve sağlık okuryazarlığı oluşturmada kullanılabilmektedir (62).

Sağlık alanında kurumların kamuya hitabeden halkla ilişkiler faaliyetlerinden lobicilik ve basınla iletişimin yanında, kamu yararına faaliyetler de halkla ilişkilerin sıklıkla bulunduğu olumlu faaliyetlerden sayılmaktadır. Bunların dışında kurum içi halkla ilişkiler faaliyetleri, sponsorluk, kurum imajı, kriz yönetimi, bireysel anlamda doktor-hasta yüz yüze görüşmeleri kısa vadeli çözümler ve projeler için tercih edilmektedir (62, 63).

Halkla ilişkilerin faaliyetlerini uygularken kullandığı araç ve yöntemler; kontrol altında olan ve kontrol altında olmayan araçlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan kontrol altında olanları broşürler, kitapçıklar, kataloglar, yıllık raporlar sayılabilmektedir. Kontrol altında olmayanları ise içeriği halkla ilişkiler uzmanlarının dışında belirlenen ve yayınlara kabul edilme şartı, başka yetkililerce onaylanan, basılı, görsel ve işitsel kitle iletişim araçları ile kuruluşların kendilerinin dışındaki örgüt ve kişiler tarafından üretilen filmler ve programlardır (63, 64).

Sağlık kuruluşları bu faaliyetler aracılığı ile kalite yönetimi, eğitim, araştırma ve geliştirme, koruyucu tıp hizmetlerine yardımcı olma konularında etkili çalışmalar yapabilmektedirler. Bu sayede sağlık kurumları sağlıkla ilgili enformasyon elde etmede oluşan engelleri göreceli olarak azaltırken, sağlık hizmet alıcılarıyla iletişim halinde olarak kurumsal kimliklerini de olumlu yönde geliştirmektedirler (63, 65).

#### **2.5.4. Sağlık İletişimi ile İlgili Yasal ve Etik Boyutlar**

Enformasyon elde etme yöntemlerinden biri olan eğitimin dışında; sağlık iletişimi organları diğer önemli enformasyon kaynaklarındandır.

Türkiye’de sağlık iletişimi yoluyla sağlık enformasyonu sağlama konusunda kontrol; medya, reklam sektörü ve Türk Tabipler Birliği’nin kendi etik kuralları ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak sağlık mevzuatına göre rekabetin yasaklanmasına rağmen, gizli ya da örtülü reklamlar ile bu sınırlamalar bu alanlarda aşılmaktadır (2) . Bu durumların; bireylerin adalet ve güven duygularını zedelediği, metalaştırılan sağlığın pazarlanabildiği ve günlük hayatın tıbbi kavramlarla karmaşık hale getirilerek, hastalık ticareti oluşumuna sebep olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ilaç firmaları, doktorlar ve hasta gruplarının, medyayı belirlenen şartların yaygınlaştırılması ve çerçevelenmesi için kullandığı konusunda görüşler de



bulunmaktadır (66). Bu nedenle sağlık iletişim enformasyonu için oluşturulan mevzuat ve etik ilkeler konusunu irdelemek gerekmektedir.

Reklam ve tanıtım faaliyetlerinin yasal ve etik sınırları konusu ;

*11.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu'nun 24. maddesine göre: " İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle ilan, reklam ve saire yapmaları memnudur" cümlesiyle sınırlandırılmıştır. (<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/451.html>, Erişim tarihi 27.06.2010).*

Bunun dışında *Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nin 4/12586 sayılı 8. maddesinde "Tabiplik ve diş tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez. Tabip ve diş tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, ne suretle olursa olsun, yazıların da kendi reklmını yapamaz. Tabip ve diş tabibi, gazetelerde ve diğer neşri vasıtalarında, reklm mahiyetinde teşekkür ilnları yazdıramaz" ve 9. maddesinde " Tabip ve diş tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilnlarda ve reçete kğıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik unvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir" cümleleriyle reklam ve tanıtım faaliyetlerinin etik sınırları da belirlenmiştir. ([http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=52&Itemid=31](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=31) Erişim tarihi 14.06.2010).*

Eczacılık ve tıbbi müstahzarların tanıtımı konusunda;

*14.05.1928 tarih ve 1262 sayılı İспенiyarı ve Tıbbi Müstahzarları Kanunu'nun 13. maddesi (Değişiklik: 4348 - 04.01.1943) "Müstahzarları vme yolunda ve bunlara malik olmadıkları şifa hassaları atıf veya mevcut şifai tesirleri bytmek suretiyle sabit veya müteharrik sinema filmleri, ışıklı veya ışıksız iln, radyo veya herhangi bir vasıta ile reklm yapılması memnudur. şu kadar ki, tarifname ve gazetelerde "...hastalıklarında kullanılması faydalıdır" şeklindeki ilnlara müsaade olunabilir. Ancak reçetesiz satılmasına müsaade edilmeyen müstahzarların tıbbi mecmualardan başka yerlerde reklmları yapılamaz. Reklm*

numunelerinin önceden Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletince tasvip edilmeleri lâzımdır. Bir müstahzarın ilmî vasıfları hakkında hazırlanmış olan filimler Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletinin müsaadesiyle ve tayin edeceği yerlerde gösterilebilir ” denilerek sınırlama belirlenmiştir. ([http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=38&Itemid=28](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=28), Erişim tarihi 17.06.2010).

Özel hastanelerin rekabet durumları konusu ise;

*27.03.2002 tarih 24708 sayılı Özel hastaneler Yönetmeliği'nin Bilgilendirme ve Tanıtımı İle İlgili 60. Maddesinde* (Değişiklik: 28.05.2004 - 25475 S.R.G. Yön./16. md) “ Özel hastaneler; tıbbî deontoloji ve meslekî etik kurallarına aykırı şekilde, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep yaratmaya yönelik, ruhsatında yazılı kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarından başka hastaları kabul ve tedavi ettiği intibainı uyandıran, diğer hastaneler aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamazlar ve bu mahiyette tanıtım yapamazlar. Özel hastaneler, ruhsatlarındaki kayıtlı isimleri dışında başka bir isim kullanamazlar. Özel hastaneler tarafından; sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme ve tanıtımlar yapılabilir. Bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında, yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez. Özel hastaneler; hizmet alanları ve sunacakları hizmetler ile açılış bilgileri ve benzeri konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir. Özel hastaneler tarafından oluşturulan internet sitelerinde; yer alan her türlü sağlık bilgisi, alanı ile ilgili bilgi ve tecrübeye sahip sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu siteler aracılığıyla hiçbir şekilde tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgiler verilemez. İnternet sayfalarında verilen bilginin, son güncelleme tarihi açıkça belirtilir. Yukarıda belirtilen esaslara uymayan özel hastane sahipleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır” cümleleriyle sağlık sektöründe oluşan rekabetin olması gereken sınırı belirlenmiştir. (<http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=6714>, Erişim tarihi 21.06.2010).

İletişim organlarının yaptıkları reklam ve tanıtım çalışmaları konusu ise;

*13/4/1994 tarih ve 3984 sayılı Radyo ve Televizyon Kuruluşları Hakkındaki Kanun'un 21. maddesinde* belirtilen; “Reklamlar program arasına yerleştirilir. Programın bütünlüğü, değeri ve hak sahiplerinin hakları zedelenmeyecek biçimde bir program içine de yerleştirilebilir. Birbirinden bağımsız bölümleri olan programlarda veya spor programları ile benzer yapıda aralar içeren olay ve gösteri programlarında, sadece bölüm veya devre aralarına yerleştirilebilir. Reklamlar arasında en az yirmi dakika süre bulunmalıdır. Konulu filmlerin veya televizyon filmlerinin (diziler, eğlence programları ve belgeseller hariç) süreleri 45 dakikadan fazla olması halinde, her 45 dakikalık süre sonunda bir kez olmak üzere reklam için kesinti yapılabilir. Film 45 dakikadan fazla ise 45 dakikadan sonraki zamanda her yirmi dakika aralıkla reklam yerleştirilebilir. Hiçbir dini tören yayınına reklam alınamaz. Haber bültenleri, güncel programlar, çocuk programları otuz dakikadan kısa oldukları takdirde reklamlarla kesilemezler. Her türlü yayında gizli reklam yapılması yasaktır” ifadeleriyle belirlenmiştir. (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.3984&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> , Erişim tarihi 14.06.2010).

Tüketici hakları açısından;

*13.04.1995 tarih ve 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun'un 16. maddesindeki;* (Değişiklik: 06.03.2003 - 4822 S.K./23. md.). “ Ticari reklam ve ilanların; kanunlara, Reklam Kurulunca belirlenen ilkelere, genel ahlaka, kamu düzenine, kişilik haklarına uygun, dürüst ve doğru olmaları esastır. Tüketiciyi aldatıcı, yanıltıcı veya onun tecrübe ve bilgi noksanlıklarını istismar edici, tüketicinin can ve mal güvenliğini tehlikeye düşürücü, şiddet hareketlerini ve suç işlemeyi özendirici, kamu sağlığını bozucu, hastaları, yaşlıları, çocukları ve özürllüleri istismar edici reklam, ilan ve örtülü reklam yapılamaz. Aynı ihtiyaçları karşılayan ya da aynı amaca yönelik rakip mal ve hizmetlerin karşılaştırmalı reklamları yapılabilir. Reklam veren, ticari reklam veya ilanda yer alan somut iddiaları ispatla yükümlüdür. Reklam verenler, reklamcılar ve mecra kuruluşları bu madde hükümlerine uymakla yükümlüdürler ” ifadeleriyle reklam ve tanıtım konusunun altı çizilmiştir. (<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/862.html>, Erişim tarihi 18.06.2010).

## 2.6. SAĞLIK ENFORMASYONUNUN KONTROL SÜREÇLERİ VE SAĞLIK İLETİŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlıkla ilgili enformasyonun; daha çok elektronik ortamlardan ve görsel basından edinildiği günümüzde, enformasyonun kontrolü önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu sorun; dikkat çekici ve farklı olaylar aracılığıyla hükümetin, iletişim organlarının, çıkarıcı ve karşıt grupların enformasyon kontrolünü ellerinde bulundurmasıyla kendini göstermektedir. Bu tür girişimlerin teknolojik gelişimlerle birlikte atağa geçmiş olduğunun gözlemlenmesi; sorunun gerçekliğini gözler önüne daha çok sermektedir (67).

Sağlık iletişimi; kamunun farkındalığını arttırarak, fikir ortamı yaratarak, tutum ve davranışlarda olumlu değişim oluşturarak sağlığın gelişimine katkıda bulunabilmektedir (37). Ancak çoğu zaman sağlık enformasyon konularını, bireylerin kişisel alışkanlık ve şahsi sorumlulukları üzerine yoğunlaştırarak basite indirgeyebilmektedir. Bunun yanında bu kanalla verilen enformasyonun; toplum dikkatinin politik ve sosyal etmenlerden uzağa çekilerek verilmesi, edinilen enformasyonun düşük kaliteli olmasına neden olmaktadır (67). Bu durum; verilen bilgilerin nicelik olarak tıbbi açıdan çoğalmasını sağlamakta, nitelik olarak da yanlışlıkların artmasına ve kavram karmaşasına neden olmaktadır. Böyle sunulan enformasyon sonunda halkın, bilim adamları ve sağlık iletişim organlarına olan güveni azalmaktadır. Çünkü sağlık iletişimindeki tıbbi enformasyon artışı, kaliteli enformasyon artışıyla her zaman paralel gitmemektedir. Dahası iletişim organları, enformasyon konularına yasal bir kimlik kazandırmakta etkili olduğu için olması gerekenden daha önemli hale gelmektedirler. Çünkü sağlık profesyonelleri iletişim organlarını, sağlık davranışını değiştirecek bir yol olarak görmektedirler. Bu da iletişim organlarının elinde istismar gücü haline gelmesine neden olabilmektedir. (68, 69).

## 2.7. KAMU SAĞLIĞI VE İLETİŞİM ORGANLARININ ÖNCELİKLERİ ARASINDAKİ ÇATIŞMA

Sağlığı geliştirebilmek için yapılan çalışmalar bir sosyal değişim sonucu oluşmaktadır. Sosyal değişim ise ancak onlu yıllarla ifade edilen eğitim ve kültürün değişmesiyle gerçekleşebilmektedir. Her alanda olduğu gibi sağlık davranışları ve sağlık alanındaki teknolojik değişimler de sosyal değişim alanına girebilmektedir. Ancak sosyal değişim noktasında oluşan yönün doğru tarafa çevrilmesi çok önemlidir. Buna bağlı olarak kamu sağlığı sosyal değişimi sağlarken, sağlık iletişim kanalları da değişim sonucu oluşan sistemin korunmasını sağlamalıdır. Ancak özellikle kitle iletişimi sağlayıcıları, toplum karşısında elde ettikleri baskın rollerinin ellerinden alınmasını engellemek adına kamu sağlığının amaçlarıyla çatışma haline girmektedir. Bu sorun da genellikle iki tarafın vermeyi istedikleri mesaj amaçlarının farkından ileri gelmektedir. Örneğin kitle iletişim araçları eğlendirmek, ikna etmek, bilgi vermek, yarar sağlamak gibi amaçlar taşıırken, kamu sağlığı öncelikle eğitim ve kamu sağlığını iyileştirmek amacını taşımaktadır. Bu durumda çıkabilecek çatışmayı önlemek için öncelikle yapılacak programlarda bu sorunlar da hesaba katılmalı ve o yönde bir strateji izlenmelidir (70, 71, 72).

Tablo 1’de kamu sağlığı ve sağlık iletişiminin amaçları arasındaki bu farklar gösterilmiştir:

**Tablo1:** Kamu sağlığı ve sağlık iletişimi önceliklerinin çatışması (72,73)

<b>Kamu sağlığının amaçları</b>	<b>Kitle iletişiminin amaçları</b>
Eğitmek	Eğlendirmek, ikna etmek, bilgi vermek
Kamu sağlığını iyileştirmek	Yarar sağlamak
Toplumunu değiştirmek	Toplumunu yansıtmak
Toplumsal konulara eğilmek	Kişisel konulara eğilmek
Uzun süreli kampanyalar yürütmek	Kısa süreli kampanyaları izletmek
Karmaşık bilgilerin anlaşılmasını sağlamak	Tanımlanmış mesajları iletmek

## 2.8. KÜRESELLEŞME VE KAMU SAĞLIĞI ENFORMASYONU

### 2.8.1. Küreselleşme

Sağlık enformasyonu ve sağlık iletişimi olgularının gelişimi birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Bunlar arasında, her konuyu etkileyen küreselleşmenin boyutu çok büyüktür. Özellikle sağlıkla ilgili genel konular olan çevre kirliliği, salgın hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri ile etkin aşılama gibi genel konuların yanında; geliştirilmiş yeni tedavi yöntemleri ve ilaçlar da sağlık iletişimi kanallarının topluma aktardığı konular arasındadır.

Bunun yanında gribal enfeksiyonlar gibi salgın hastalıklar ile ilgili konular, küreselleşme ile birlikte birçok ülkeyi aynı anda ilgilendirir hale gelmiş, yeni hastalık profilleri ile bu duruma çözüm arama arayışları da küreselleşmeden dolayı hız kazanmış ve araştırmalar küreselleşme kavramıyla birlikte dünya yüzeyinde geniş alanlara yayılmıştır. Bu bağlamda; küreselleşme tanımına değinecek olursak:

Küreselleşme; olgu ve kavramların, insanların, bilginin, malların ve sermayenin yerküre boyutunda ele alınması, irdelenmesi, değerlendirilmesi ve hiçbir coğrafik, ekonomik ve politik sınır tanımaksızın yayılması ve dolaşması sonucu çıkan uluslararası bağımlılık sürecidir. Her alanda olduğu gibi sağlık enformasyon elde etme sürecinde de etkileri gözlemlenmektedir (38, 74, 75).

### 2.8.2. Küreselleşme Sürecinin Temel Nedenleri

- Bilgisayar alanında ve bilgisayar yardımıyla iletişim ve genetik konularında ortaya çıkan gelişme,
- Berlin Duvarı'nın yıkılması ile SSCB'nin dağılması sonucu sınır ve engellerin kalkması
- Bilgi ve bilişim teknolojisindeki baş döndürücü gelişmeler (76,77).
- Avrupa birliğinin kurulması ile ülkelerin para birimlerinden ve bayraklarından vazgeçmeleri
- Petrol ve 1982 borç krizi ihracata yönelik büyümeler, yabancı sermayenin artışı

- Gelişmekte olan ülkelerin ideolojik çıkarlarının varlığı
- Üretimin uluslar arası boyuta taşınması
- Toplumlar ve kişiler arası kaynak dağılımının eşitsizliği

### **2.8.3. Kamu Sağlığı Ve Sağlık İletişimi**

Sağlık iletişiminin bugün kazandığı anlam; hastalıkların önlenmesinden, tümüyle sağlığın desteklenmesi anlayışı çerçevesine girmiştir. Bu çerçeve olmaksızın sağlık iletişim kavramından anlaşılabilen ancak; doktorun hastasına tedaviyi iyi açıklaması ve hastalığı hakkında yararlı bilgiler vermesi, halk sağlıkçılarının da topluma bilgileri doğru bir dille ve doğru kanallarla anlatması anlamına gelmektedir. Oysa iletişimin iki yönlü bir süreç olarak tanımlanabilmesi ve aynı zamanda bir etkileşim süreci olduğunun kavranması için daha geniş bir çerçeveye oturtulması gerekmektedir (78). (<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=245>, Erişim tarihi 17.06.2010).

Sağlık hizmetleri konusu, giderek artan biçimde teknoloji ile paranın egemenliği altına girmektedir. Bu durum da sağlık alanında insani birçok değeri ortadan kaldırmaktadır. Örneğin kanser hastalığı gibi ölümcül hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç ve tedavilerin çok pahalı olması, birçok insanın bilgisi olsa dahi bu tedavilere başvurmasına ket vurmaktadır. İletişimin; çeşitli sektörlerde ve çeşitli hedeflere yönelik olarak önem kazanması, bir yandan fırsat olarak görülmektedir. Ancak bunun dozunda uygulanması önemlidir. Özellikle sağlık alanında bazı eğitim programlarının, iletişimi mekanik bir bilgi ve beceri dizisi haline getirmesi gözlenmektedir. Bu kişileri ikna etme, insanların gözünde daha etkileyici hale gelmek için bir araç olarak kullanıldığı anlamına gelebilmektedir (78). <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=180> (Erişim tarihi 13.06.2010).

Diğer yandan iletişim, ötekini anlama isteği, saygı, empati, değer verme ve bunu belli etme, içtenlik gibi bir dizi değeri de barındırdığından, sağlık iletişimini sadece programların etkinliğini artıracak olan bir araç ve bir yöntem olarak değil, sağlık çalışmalarının gerektirdiği insani özü ve değerleri taşıyan bir açılım, bir potansiyel olarak görmek gerekmektedir. Ancak tüm bunlara rağmen toplumun

sosyal yapısının sürekli olarak değiştiği günümüzde sağlık iletişimciliği ve kamu sağlığı arasında öncelik çatışmaları gözlemlenmektedir (78).

#### **2.8.4. Küreselleşmenin Kamu Sağlığı Enformasyonu zerine Etkileri**

Küreselleşme; total sermayenin tüm dünyada serbestçe hareket edip, kar edebilmesi için önündeki engelleri kaldırılması şeklinde yorumlanmıştır. Bu amaçla devlet küçültülmüş, kamuya ait mallar satılmış, eğitim, ğretim, sağlık gibi hizmetler özel sektöre açılmıştır. Bu durum sağlık ve diğer alanların bir hak olarak görülmesinden çok satın alınması gereken bir hizmet şekli haline gelmesine neden olmuştur. Bu nedenle yeni bir olgu olmasına rağmen küreselleşmenin kamu sağlığı üzerine etkileri genellikle olumlu olmadığı söylenbilir.

Tarih sürecinde küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkilerine bakılırsa 1500-1800 yılları arasında Avrupalıların zellikle Amerika ve Avusturalya kıtalarını istilaları ve kolonizasyonlarının sonucunda ölümcül salgınların yayılması en yıkıcı örnek olarak karşımıza çıkmaktadır (73, 79).

Hastalık ve uluslararası ticaret arasındaki ilişki ise 14. yy.daki veba salgınına kadar gitmektedir (73, 80).

Kreseleşme ile meydana gelen malların dolaşım liberalizasyonuna bağlı sağlık risk ve faydaları bulunmaktadır. Bunlar;

- . Yasal ve faydalı mallar (gıda ve düşük maliyetli teknoloji)
- . Yasal ve faydalı olduğu tartışmalı olan mallar (yüksek maliyetli teknoloji)
- . Yasal ve zararlı mallar (alkol, ateşli silahlar)
- . Yasadışı ve zararlı mallar (uyuşturucu) olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu konuların dışında küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkileri; küreselleşmenin oluşturduğu kentsel yaşam tarzı ile obezite, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımında artış olarak gruplandırılırken; bunların sonucu olarak kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, şiddete bağlı yaralanma ve ölümlerde artış



gözlemlenmektedir. Yine küreselleşme sonucu, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda eşitsizlikler artmakta ve keskinleşmektedir (75).

Teknolojinin artışına paralel olarak; ticari ve finansal liberalizasyonun, sağlık statüsünü yerleştirmede olumlu etkiler gösterdiği gözlemlenmektedir. Örneğin; tıpta bilgi teknolojileri ve internet kullanımının artması, sağlık hizmetleri ve bilgilerine ulaşımın kolaylaşması söz konusu olmuştur (80, 81).

Her yıl Davos'ta küreselleşme taraflarının düzenlediği World Economic Forum'da; Seattle, Floransa ve Porto Alegre'de ise küreselleşme karşıtlarının düzenlediği sosyal forumlarda altı çizilen ortak sorun milli gelir, teknoloji ve sağlık konuları açısından büyüyen uçurumlardır. (<http://www.wef.org>, Erişim tarihi 14.04.2010). Bu yüzden küreselleşmenin her kesimin pratik yaşamda işine yarayacak bir süreç haline getirilmesi gerektiği, aksi takdirde hiçbir fonksiyonelliğinin kalmayacağı vurgulanmıştır (75). (<http://www.portoalegre2003.org>, Erişim tarihi 15.04.2010).

## **2.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama, edinme ve işleme kapasitesinin derecesi olarak tanımlanabilmektedir. Bu kavram; özgüven gibi kişisel gelişim alanlarını ve sosyal becerilerin gelişimini desteklemekte, doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerileri ile bunları kullanabilme yeteneğini arttırmaktadır. Bu sayede sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşumu, kaynakların doğru kullanılmasını ve bireylerin kendi sağlıkları ile toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını sağlamaktadır. Bir anlamda sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür oluşturma aracıdır. ([http://www.performans.saglik.gov.tr/content/.../saglik\\_okuryazarligi.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/.../saglik_okuryazarligi.pdf), Erişim tarihi 01.06.2010). Bu bakış açıları birleştirildiğinde sağlık okuryazarlığı; yaşam yılı ve kalitesini arttıran, sağlık eşitsizliklerini gideren, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması, sağlık hizmeti alanlar için de okuma, dinleme, analiz etme, anlaşılır olabilmeyi ve karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir öğedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık hizmeti alan kesim ile sağlık hizmeti veren kesimler arasında iletişimin güçlendirilmesini ve kendilerini daha iyi

ifade edebilme fırsatını sağlar. (<http://www.healthypeople.gov/document/>, Erişim tarihi 17.07.2010).

Sağlık okuryazarlığı; dünyada koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, sağlık hizmeti alanların büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarı olmaması, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, bilgilerin toplumda yeterince paylaşılamaması ve sağlık harcamalarındaki artışın engellenememesi açısından önemsenmektedir. ( <http://www.business.uconn.edu/cms/p242/a339>, Erişim tarihi 15.07.2010).

Sağlık okuryazarlığının etkileşim alanları sağlık sistemi, kültürel, sosyal etmenler ve eğitim sistemi olduğundan; bu olgunun arttırılması için Sağlık Bakanlığı'nın, eğitim organları ile sağlık hizmetleri sisteminin ortak çalışmalar yapması gerekmektedir. ([http://www.performans.saglik.gov.tr/content/.../saglik\\_okur\\_yazarligi.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/.../saglik_okur_yazarligi.pdf), Erişim tarihi 01.06.2010).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı üç düzeye ayrılmıştır:

*Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:* Sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini göstermektir. Sağlık risklerinin veya sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına bilinmesi gibi beceriler bu başlık için verilen örneklerdir.

*İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı:* Gelişmiş bilişsellik, okuryazarlık ve sosyal yeteneklerin olmasıdır. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama gibi beceriler bu başlık altında toplanmaktadır.

*Kritik Sağlık Okuryazarlığı:* Üst seviyede gelişmiş bilişsellik, sosyal yetenek özelliklerinin kazanılmasıdır. Daha çok sağlık profesyonellerinde bu düzey söz konusudur. Sağlık enformasyonunu analiz edebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme gibi örnekler bu başlık altında incelenmektedir. ([http://www.performans.saglik.gov.tr/content/.../saglik\\_okuryazarligi.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/.../saglik_okuryazarligi.pdf), Erişim tarihi 01.06.2010).

Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kişilere multimedya ve kişilerarası kanallar ile verilmek istenen enformasyon, genellikle bireylerin yanlış mesajlar almalarına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçümleri dünyada çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilmektedir. Bu yöntemler;

. *REALM (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)* : Bireylerin sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetinin ölçümüdür. Yetişkinlerde ortak tıbbi kelimeleri okuyabilme veya hastalıklara karşılık gelen terimleri algılayabilme yeteneğini ölçmek için tasarlanmış bir tarama yöntemidir. Bu yöntemde bir kelime test edilirken, diğer testler ile ilişkili olarak konu hakkında büyük bir alan 3 dk gibi kısa bir sürede ölçülüp sonuçlandırılabilir. (<http://www.nchealthliteracy.org/instruments.html>, Erişim tarihi 21.09.2010).

. *TOFHLA (Test Of Functional Health Literacy in Adults, Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)*: Kişinin sağlık enformasyonu elde ederken okuduğunu anlama becerisinin ölçülmesidir. Testin ölçmeye çalıştığı okuryazarlık ile bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde düzgün iletişim kurma becerisinin ölçümüdür. TOFHLA, özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmektedir. Kronik (KOA, Alzheimer hastalığı, obezite gibi) hastalığı olan bireylerde hastalık ile yaşama becerisini kazandırmada başarılı sonuçlar verdiği bilinmektedir(82).

. *WRAT (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)*: Yetişkinlerin ve çocuklarda aritmetik yeteneğin, okuduğunu anlama ve telaffuz düzeyinin ölçülmesidir. Bu yöntemde göre okuyazarlık düzeyi; okuyarak tanıma, yazım ve aritmetik hesaplama olmak üzere üç basamakta ölçülür. Test 20-30 dk kadar sürer.

## **2.10. SAĞLIK ENFORMASYONU, SAĞLIK İLETİŞİMİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ETKİLEŞİMİ**

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, düşük sağlık bilincinden kaynaklanır ve bireylerin sağlıksız davranışta bulunma olasılığını artırır. Bireylerde sağlık bilincinin oluşturulması için sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinin yanında iletişim kampanyalarının da medyada başarılı bir biçimde yer alması gerekmektedir. Bunun için medya sistemi, medya kültürü, medya alışkanlıkları ve medya kuruluşlarının yapısını anlamak gerekmektedir. (<http://www.medyaokuryazarligi.org.tr/kaynaklar/konferans1.pdf>, Erişim tarihi 23.03.2010).

Sağlık enformasyonun ana amacı; bireylerde sağlık mesajlarını doğru algılanmasının sağlanması ve sağlık davranışlarında pozitif yönde değişim meydana

getirmesidir. Sağlık iletişimi disiplini, bu mesajları en iyi ve en hızlı veren disiplindir. Bunun için sağlık iletişimcilerinin hedef kitle, mesaj ve sosyal sistem özelliklerini iyi bilmeleri gerekmektedir (83).

21.yy.ın kamu sağlığı sorunları ile mücadelede sağlık iletişimi, gün geçtikçe daha fazla önem kazanan bir alan olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlığın geliştirilmesini sağlamak, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve onları bilgilendirmek için, iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı olarak tanımlanabilen sağlık iletişimi, kamu yararının esas alındığı etik uygulamalara ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle sağlık iletişimi disiplininin, nitelikli ve donanımlı insan kaynağına olan ihtiyacı karşılamayı hedefleyen ve bu amaçla kitle iletişimi ile kişilerarası iletişim boyutlarında kapsamlı içerikler sunan programlara ihtiyacı vardır. Bundan dolayı öncelikle,

- . Sağlık iletişimi ve enformasyonun bir disiplin olarak ele alındığı,
- . Bireylerde hastalık, rahatsızlık kavramlarının oluşturulduğu,
- . Sağlık hakkı konusunda bilgiye sahip bireylerin oluşturulduğu,
- . Sağlık iletişim kuramları ve yöntemlerinin belirlendiği,
- . İletişim kampanyaları tasarımı ve örnekleri ile konuyla ilgili zeminin zenginleştirildiği,
- . Kriz ve risk iletişiminin oluşturulduğu,
- . Uygulamalı sağlık haberciliğinin yapıldığı,
- . Popüler kültürün, birey ve kamu sağlığı üzerine etkilerinin incelendiği,
- . Sağlık mevzuatı ve etik ilkelerin tasarlandığı çalışmalar ile sağlık hizmeti alıcıları ve sağlık çalışanlarının farkındalığının arttırıldığı uygulamalar yapılmaya çalışılmaktadır. ([http://www.korhek.org/khb/khb\\_006\\_03-181.pdf](http://www.korhek.org/khb/khb_006_03-181.pdf), Erişim tarihi 17.09.2010).

Diğer taraftan günümüzde insanları bilgilendirmekten çok duygu ve sansasyon yönünden ağır basan haberler gündemi meşgul etmektedir. Bu da sağlık iletişimi

disiplini amacının bir kez daha irdelenmesi ihtiyacını hissettirmektedir. Çünkü iletişim ve medya sağlık alanında, bireyler arasındaki bilgi farkını en aza indirmeye disiplini olmalıdır. Halbuki özellikle sağlık iletişimi yoluyla iletişim kanalları tarafından bireylere kazandırılan sağlık enformasyonu ve sağlık okuryazarlığının kalitesi, verilen bilginin kendisinden çok yarattığı sansasyonel etkinin toplum tarafından daha fazla benimsendiğini işaret etmektedir. Bunun için de iletişimcilerin; sağlık iletişimi kampanyalarını doğru işleyip, mesajların doğru bir biçimde iletilmesi gereken kesime iletmesi gibi bir strateji izlemeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmaların, yeni gelişmekte olan sağlık okuryazarlığının farkındalık seviyesine gelmesini sağlayarak, sağlık davranışında olumlu değişimler meydana getireceği düşünölmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma; kamu sağlığı enformasyonu ve sağlık iletişiminin, ÷lkemizdeki sağlık okuryazarlığı üzerine etkileri hakkında bilgi edinebilmesi amacıyla yapılmış bir çalışmadır.

Araştırmamız konu ile ilgili çeşitli literatürler, haberler, kampanyalar, etkinliklerin internet üzerinden taranması ve günümüzde sağlık alanında hala tartışma konusu olan Genetiği Değiştirilmiş Organizma (GDO) içeren ürünler ile ilgili bir anket çalışmasını kapsamaktadır (Ek: 35). Derlenerek birleştirilen literatür bilgileri arasında karşılaştırma yapılmış, bu karşılaştırmalar ve anket verilerinin yorumlanması tezin tartışma kısmının konusunu oluşturmuştur.

÷lkemizde günümüze kadar yapılan kampanya ve etkinliklerden 8 örnek verilerek sağlık okuryazarlığı konusunun iletişim ile ilgisinin araştırılması amaçlanmıştır. Yine günümüz sağlık okuryazarlığının gelişimi için mevcut bilgilerin aktarımında kitle iletişim organlarının yeterliliği gözlemlenmiş ve tartışılmıştır.

Anket çalışmasının kapsamı içinde araştırılmak istenen öğeler, üniversite gençliğinde GDO teriminin ve konuyla ilgili bilgilerin hangi kanallardan edinildiği ve bu bilgiler aracılığıyla oluşan algı, edinme, tutum ve davranış yönünden ne gibi değişimlerin meydana geldiği konusundaki noktalardır. 500 üniversite öğrencisi anket kapsamına alınmıştır. Ankete katılan öğrencilerin 221'i sağlık bilimleri öğrencileri, 279'u sağlık alanı dışı üniversite öğrencilerdir. Ankete tıp, diş hekimliği, hemşirelik, genetik mühendisliği, matematik, mimarlık, makine mühendisliği, hukuk ve felsefe bölümü öğrencileri katılmıştır.

Toplam 15 sorudan oluşan anketin yapısal içeriği konunun uzmanlarıyla oluşturulmuştur. 15 kişiden oluşan ön çalışmayla sorular test edildikten ve sorularda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra 500 kişiye anket uygulanmıştır. Anketin ilk kısmında demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi) özellikler araştırılmıştır. Yapısal kısımdaki ilk 3 soru ile GDO ile ilgili bilgi düzeyleri, 7. 13. ve 14. sorular ile GDO içeren ürünlere ait yasal ve yönetmeliklerle ilgili boyutları içeren bilgi düzeyleri; kalan sorular ile de algı, tutum ve davranışları tespit edilmeye çalışılmıştır. Yasal ve yönetmeliklerle ilgili boyutları içeren soruların diğer sorular arasına

dağıtılması, anketi cevaplayan öğrencilerin anket süresince dikkat dağılımına maruz kalmamaları için özellikle yapılmıştır. Anket verilerinin istatistiksel analizi SPSS 15.00 programı ile gerçekleştirilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışmamızın bulgular kısmı 2 bölümden oluşmuştur. Birinci bölümün temelini haberler, kampanya ve etkinliklerin topluma iletilmesindeki çeşitli örnekler oluşturmuştur. İkinci bölümde ise haber ve etkinlik örneklerinden biri olan GDO içeren ürün haberleri, yapılan bir anket ile desteklenmiş ve konunun üniversite gençliğine yansıma boyutu irdelenmiştir.

### 4.1. Haber, Kampanya ve Etkinlik Örnekleri

Ülkemizde ve dünyada, devlet ve sivil toplum kuruluşları tarafından düzenlenen sağlık iletişimi kampanyaları; aynı zamanda özel sektör tarafından, sosyal sorumluluk bağlamında düzenlenmekte ve desteklenmektedir. Bu tarz kampanyaların amacı, sağlık iletişimi yoluyla bireylerdeki enformasyon birikimini arttırmak ve sağlık okuryazarlığı düzeyini yükselterek sağlık davranışlarında olumlu değişimler oluşturmaktır.

Çalışmamızda Türkiye’de zaman içinde yapılmış kampanyaların, kamu sağlığı enformasyonu, sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı yönünden kişilere ne kazandırdığı, aşağıda verilen örneklerle irdelenmiştir.

#### *Örnek 1: Aile Planlaması Kampanyaları*

Türkiye’de gerçek anlamda ve en iyi bilinen planlanmış sağlık iletişimi kampanyaları, 1986 yılındaki aşı kampanyaları ile başlamıştır. Bunları takiben televizyonun sağlık iletişimindeki önemi anlaşıldıktan sonra, geniş kitlelerin sorunu haline gelen aile planlaması kampanyaları gündeme gelmiştir. Dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve TRT işbirliği ile hazırlanan bu kampanyalar, 1987 yılında bizzat dönemin başbakanı Turgut Özal tarafından doğurganlık oranını azaltmak amacıyla başlatılmıştır (Ek:1).Kampanyayı Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu desteklemiştir. Bunun dışında sivil toplum kuruluşları, sanayiciler ve üniversite birimlerinin bu konuda yaptığı kampanyalar dikkati çekmiştir (Ek: 2).

Sanayicilerin kurduğu Aile Planlaması Vakfı tarafından 1988 yılında istenmeyen gebelikle ilgili mesajların verildiği bir dizi, bir belgesel yapılmış, kısa TV spotlarında ve radyolarda tipik Türk karakterlerin canlandırıldığı drama ve



mizahi öykülerle ülkenin gerçek durumu hicvedilmiştir. Konu başlıkları aile planlamasına en yakın doğum kontrol yöntemleri olan, güncel bilgilerle kadınlara ve topluma bilinçlendirici televizyon programları hazırlanmıştır. Bu programlarda çekirdek ailenin önemine değinilerek, bakılabilecek kadar çocuğun hayat kalitesini ve sosyo-ekonomik düzeyi arttıracığı yönünde yoğun mesajlar verilmiş, o döneme kadar aile arasında değinilmeyen bu konularda, eşleri konuşabilecek düzeye getirmiştir. Yine aynı yıl üst düzey bürokrat, sağlık profesyoneli ve medya temsilcilerinin katıldığı bir sempozyum düzenlenmiştir (Ek: 3). Sempozyumda halkın bu konuda nasıl bilinçleneceği konusu irdelenmiş ve sağlık profesyonellerine yeni fikirler aşlamıştır. Dönemin geniş çapta planlı ilk kampanyası olmasından dolayı önemli bir girişim olma özelliği taşımaktadır (84, 85).

Tüm bu kampanyaların kamu sağlığı enformasyonu yönünden kişilere katmak istediği konu, modern doğum kontrol yöntemlerini halka öğretmek, kişilerin yaşam kalitesini arttırmak ve bunun sonunda nüfus artışını kontrol altına almaktır. Konu sağlık iletişimi açısından irdelenecek olursa; iletişimcilerin özellikle televizyon yoluyla bu kampanyaları geniş kitlelere ileterek aracı olma ve dikkati bu yöne çekme isteği ön plana çıkmaktadır. Kampanyaların ağırlıklı olarak televizyonda yapılmasının ardından konuyla ilgili sağlık okuryazarlık düzeyinin; önce batı kesimlerde sonra ülkenin genelinde, geçmiş dönemlere nazaran belli bir düzeye ulaştığına dair haberlere rastlanmıştır (Ek: 4).

### ***Örnek 2: Kanser İle İlgili Kampanyalar***

Teknoloji ve yaşam kalitesinin yükselmesiyle ortaya çıkan hastalık profilleri de zamanla değişime uğramıştır. Türkiye’de ve dünyada sigara kullanımı yaygınlaşmış ve bunun sonucu olarak kanser vakaları artmıştır. (<http://new.sigara.org/>, Erişim tarihi 29.06.2010). Bu sebeple Sağlık Bakanlığı, dünyada kanser haftası olarak kabul edilen 1-7 Nisan 2004 tarihinde çeşitli organizasyonlar düzenlemiştir. Konunun kamu sağlığı enformasyonu açısından hedefi, halkın kanser açısından bilgilendirilmesini sağlamak ve özellikle sigaranın kansere etkisi hakkında halkı bilinçlendirmektir. Devlet; sağlık, eğitim, diğer tüm profesyonel ile gönüllü kuruluşlar ve halkın katıldığı çok sayıda eğitim programı, seminer, konferans, sempozyum, yarışma, fotoğraf sergisi ve panel düzenleyerek kanser hakkında bilgi aktarımında

bulunmuştur. Bu bilgiler; kanser hastalığı, kanserin nedenleri, korunma ve erken teşhis başlıkları altında toplanmıştır. Eğitim faaliyetleri arasında sigaranın ayrı bir başlık altında toplanması, kansere olan etkisine dikkati çekme amacı taşımaktadır.

Bu konuların dışında radyasyon olgularının kanser üzerine etkileri yıllarca tartışılmıştır. Özellikle Karadeniz bölgesinde görülen lösemi, guatr hastalıkları ve tiroid kanserinin dayandığı temel neden olan Çernobil'deki patlamanın neden olduğu radyasyon sızıntısı konusunda hükümetin eksik ve yanlış politikaları, konuya gereken önemin verilmemesi, konuyla ilgili önlem alınmaması, radyasyonlu ürünlerin kullanımının engellenmemesi hatta diğer ülkelerden geri çevrilen bu ürünlerin okullarda "Yerli Malı Haftası" başlığı altında ücretsiz olarak öğrencilere dağıtılması uzun süreler gündemi meşgul etmiştir (Ek: 5, Ek: 6, Ek: 7, Ek: 8, Ek: 9). Radyasyonla teması olduğu düşünülen veya o bölgede yaşayan birçok kişi hayatını kaybettiğine dair haberler yayınlanmıştır (Ek:10). (<http://www.muratyildirimoglu.com/makaleler/cahitaral.htm>, Erişim tarihi 10.07.2010).

Meme kanserinin erken teşhisin hayata yıl katacağı, yiyeceklerin hazırlanma ve saklanmaları konusu, güvenli su kullanımı, kimyevi maddelerin açabileceği zararlar, hayvansal yağ tüketiminin azaltılması, cilt kanserinde güneş ışınlarının etkisi, serviks kanserinde erken teşhis ve tanı gibi konular da kanser ile ilişkili ek konular arasındadır (Ek:11,Ek:12). (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFF5B2058CC7F44E0E>, Erişim tarihi 07.07.2010).

Sağlık iletişimcileri ise bu konuları gerek teknolojinin gerekse küreselleşmenin etkisiyle afişlere, broşürlere, reklamlara, haberlere, televizyon programlarına, internet ortamlarına aktarmıştır (Ek: 13). Sağlık iletişimi açısından amaçlanan durum ise konuların mümkün olduğu kadar fazla insana iletilmesini sağlamak ve insanların sigara ile kanser açısından olumlu sağlık davranışında bulunmalarını sağlamaktır. Son günlerde farelerde kanserli dokulara karşı oluşturulan aşı uygulamaları çok yeni bir bilgi halinde haberlerde sunulmaktadır. (<http://www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=1122>),(Erişim tarihi 15.06.2010).

Bunlara bağılı olarak; günümüzde insanların kansere zemin hazırlayacak ortam ve koşullarda yaşaması, hastalığın görölme sıklığını arttırırken bir yandan da bu konuda bireylerin sağıık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesi açısından mecburi bir algılama süreci meydana getirmiştir. Bu algılama sürecinin yüksek ve sancılı olmasının sebebi olarak da; kanserin tedavi tekniklerinin yeni yeni olgunluğa kavuşması ve hastaların bunlardan faydalanabilme şansını ancak günümüzde elde edebilmeleri gösterilmektedir.

### ***Örnek 3: Sigara ile İlgili Kampanyalar***

Birçok hastalık için zemin hazırlayıcı ve giderek artan biçimde kullanılan bir madde olan sigaranın zararları; devlet, sivil toplum örgütleri, bilim adamları ve sağıık iletişimcileri tarafından düzenlenen kampanyalar ile dönem dönem topluma aktarılmaya çalışılmıştır ve bu çalışmalar günümüzde de devam etmektedir.

Sağıık Bakanlığı, Dünya Sigarayı Bırakma Günü ve Anneler gününü birleştirerek 2-11 Mayıs 2004 tarihleri arasında Anneler Günü Sigarayı Bırakma Kampanyası düzenlemiştir. Bu kampanyanın kamu sağıığı enformasyonu açısından hedefi, sigara içen gebelerin bu davranışlarını önlemek ve zararlarını önce bu kitleye, daha sonra tüm halka aktarabilmektir. Kampanyanın sağıık iletişimi boyutu için broşürler dağıtılmış, televizyon programlarında toplumun tüm kesimlerine duyuru yapılmıştır. Sigarayı bırakmayı teşvik etmek adına sigarayı bırakan gebelere; ana çocuk sağıığı merkezleri ile sağıık ocaklarına bakanlık tarafından düzenlenerek dağıtılmış sertifikalar verilmiştir. ([http://www.korhek.org/khb/khb\\_006\\_03-181.pdf](http://www.korhek.org/khb/khb_006_03-181.pdf), Erişim tarihi 17.09.2010).

Yine aynı yıl, ilki Finlandiya Sağıık Bakanlığı'nın düzenlediği "sigarayı bırak kazan" kampanyasını örnek olarak benzer bir uygulama yapan Sağıık Bakanlığı tarafından, 4 hafta süre ile sigarayı içmediği tespit edilen bir kişiye 5.000 TL para ödölü verilmiştir. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFF5B2058CC7F44E0E>, Erişim tarihi 07.07.2010). Kampanya 2006 ve 2008 yıllarında da yapılmıştır. Sigara içenlerin %15-35'nin 4 haftalık süreçten sonraki dönemlerde de sigara içmedikleri belirtilmiştir (Ek: 14). Bu kampanyanın kamu sağıığı enformasyonu açısından amacı, bağıımlılık yaratan ve

yaygın olarak kullanılan sigaranın istenirse bırakılabileceğini ödülle teşvik ederek gözler önüne sermeye çalışmak ve sigarayı potansiyel olarak bırakmak isteyenleri teşvik etmektir. Bu amaçla sağlık iletişim organları; gazete, internet, broşür gibi kanallar aracılığıyla halkla iletişimi sağlamaya çalışmış, televizyonu bu amaç için pek kullanmamıştır. Bu nedenle de zaten sigarayı bırakma konusunda sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ülkemizde, konuyla ilgili sağlık okuryazarlığının istenen boyutlara gerçekte ulaşmadığı gözlemlenmiştir.

Ek: 15, Ek: 16 ve Ek: 17’da görüldüğü gibi, sigara ile ilgili bir başka kampanya örneği de 19 Temmuz 2009 yılında gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın Avrupa Birliğine uyum yasaları çerçevesince düzenlediği ‘‘Dumasız Hava Sahası’’ adı altındaki, aynı yıl içinde yasalaştırılan kampanyada, tüm kapalı alanlarda sigara içme yasağı uygulanmaya başlanmış ve işletmelerin denetimi için 6150 bakanlık personeli görevlendirilmiştir. Konunun kamu sağlığı enformasyonu yönünden amacı; sigaranın insan hayatını her platformda negatif etkileyen bir madde olduğunu, sağlıklı bir toplum ve nesil oluşturabilmek adına diğer birçok etkenin yanında sigaranın hayattan izole edilmesi gerektiğini aktarabilmektir. (<http://www.havanikoru.org.tr/>, Erişim tarihi 18.09.2010). Bu nedenle sağlık iletişimi organları; toplu taşıma araçlarına broşürler asarak, televizyonlarda sanatçı ve bilim adamlarının kısa bilgiler verdiği tanıtıcı programlar yaparak, haberlerde ve diğer programlarda yasa ve sigaranın yaptığı hastalıklarla ilgili bilgiler vererek hedef kitleyi etkilemeye çalışmıştır. Defalarca bakanlıklar tarafından düzenlenen kampanyalarla irdelenen bu konu, toplumun sağlık enformasyonunu yükseltmiş istenen sağlık okuryazarlığı seviyesine ulaşmasını sağlayamamıştır. Çünkü amaçlanan toplumun her kesiminin konuyla ilgili bir fikri olmasına ve olumsuz yönlerinin gözlemlenip yaşanmasına rağmen, sağlık davranışında olumlu değişikliğe gitmek kimi bireyler tarafından tercih edilmemiştir. (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi 15.07.2010).

Sigara kampanyalarının ortaya çıkardığı önemli yan konular ise sigarayı bırakma tedavileri ve ürünlerinin tanıtımıdır. Kamu sağlığı enformasyonu açısından, sigarayı bırakmak isteyenlere yol gösterme amacı güdülmüştür. Sağlık iletişimi açısından bu konu daha çok internet ve gazetelerde yer almış, kitlesel iletişimde ise konu sadece sigara içen kişilere yönelik olduğu için sınırlı bir kitlenin ilgisini

çekmiştir. Bu konuda sigara içip de sigarayı bırakmak isteyenlerin sağlık okuryazarlığında artış olmuştur. (<http://new.sigara.org/>, Erişim tarihi 29.06.2010).

#### ***Örnek 4: HIV/AIDS Kampanyaları***

Sağlık kampanyalarının konuları arasına alınan bir başka konu da HIV/AIDS kampanyalarıdır. 2004 yılında Kızılay ve Kızılhaç Dernekleri Federasyonu bu konuda toplumu bilinçlendirmek ve AIDS hastalarının toplumdan izolasyonunu önlemek adına bilinçlendirme kampanyaları yapmıştır. Başlangıçta devlet elinin ağırlıklı olduğu çeşitli ülkelerde, Sağlık Bakanlıkları çeşitli projelere katılmıştır. Hatta Dünya Sağlık Örgütü, her yıl 1 Aralık gününü ‘‘Dünya AIDS Günü’’ olarak ilan ederek bu konunun önemini altını çizmiştir (Ek:18). Bu hastalıktan korunmanın ancak bilinç kazanmakla olabileceği gerçeği aktarılmaya çalışılmıştır.

Kamu sağlığı enformasyonu açısından konunun hedefi, hastalık hakkında bilinç kazandırma çabalarıdır. Çünkü halkın bu konuda belli bir bilince sahip olması ile bu hastalıkla mücadelenin daha etkin olacağı görüşü hakimdir. Sağlık enformasyonu açısından ikinci hedef olan konular ise hastalıktan korunmak ve bu hastalığa yakalanmış kişilerle temas durumunda nasıl davranılması gerektiğidir. Çünkü bilinç boyutunun yoksunluğu, hastalığın tedavi şansı azaltırken, yayılma ihtimalinin çok yükselmesini beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bilincin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkmaktadır. Boyut kavramının bu kadar önemli olmasının nedeni hedef kitlenin bütün dünyayı ilgilendirmesidir. Bu yüzden kamu sağlığı enformasyonu oluşturmak adına AIDS hastalığı ile ilgilenen birçok sivil toplum örgütüne de rastlanmaktadır. (<http://www.cnnturk.com/2010/saglik/03/03/kadinlari.aidsten.koruma.kampanyasi/566024.0/index.html>, Erişim tarihi 05.86.2010). AIDS Savaşım Derneği, AIDS İle Mücadele Derneği, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Savaşım Derneği, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Cinsel Sağlık Eğitim ve Danışma Merkezi ülkemizdekilerden birkaçıdır. Bu tür kuruluşlar; halkı eğitmek adına okullar ve konferanslar düzenlemek, diğer risk altında çalışanlara eğitim vermek ve sağlık çalışanlarını bilgilendirmek adına da eğitici eğitimleri vermek, beyin fırtınası ve drama gibi faaliyetler düzenlemektedir. Aynı zamanda öğrencilere yönelik, yaz okulları, stantlar, televizyon ve radyo röportajları, tiyatro ve drama gösterileri, konserler düzenleyerek sosyal sorunluluk projeleri ve önleyici faaliyetler

adına risk altındaki gruplarla çalışmalar yapılmış ve halen yapılmaktadır (Ek: 19). (<http://www.kizilay.org.tr>, Erişim tarihi 03.07.2010). Konu; toplumsal duyarlılığı oluşturmak ve arttırmak için belli dönemlerde film ve dizilerde işlenmiştir (Ek: 20, Ek: 21).

Konunun sağlık iletişimi açısından hedefi ise bu konudaki bilinci yaygınlaştırma çabalarıdır. Bu nedenle ‘‘çağın vebası’’ gibi sloganlarla çeşitli iletişim organlarında konuya dikkat çekilmeye çalışılmış ve konu; tedavisi henüz mümkün olmayan bu hastalıktan bilinçlenme ile nasıl korunulacağı yönünde mesajlarla desteklenmiştir. Ayrıca konu ile ilgili tıbbi ilerlemeler, haberlerde sunularak hastalıktan sonraki dönemde nasıl davranılması gerektiği ve tedavi yolları aktarılmaya çalışılmıştır.

Konu ile ilgili sağlık okuryazarlığı ancak hastalık çıktıktan sonraki onlu yıllarda, bilgiye ulaşılabilme kolaylığı elde edildikten sonra yükselmeye başlamıştır. Konunun göz ardı edilerek çözüme ulaşılamayacağı bilinci soysal sorumluluk projeleri ve alınan eğitimler sayesinde yerleşmeye devam etmektedir. Bunun yanında hastalığın bulaşıcılık etkisinin ciddi boyutlarda düşürülebildiği ve hasta bireylerin hayat kalitesinin artırılabilmesinin sağlık çalışanlarına ve halka anlatılması ile AIDS’in, ‘‘çağın vebası’’ olarak tanımlanmasının önemini azaltmıştır.

### ***Örnek 5: Estetik Antiaging Uygulamalar ile İlgili Kampanyalar***

Eğitim ve sosyal hayat düzeyinin artışı ile birlikte hayat standartlarının yükselmesi sonucu kişisel bakım ve sağlık ürünleri ile uygulamalarında da artış meydana gelmiştir. Bu konuda oluşturulan bilinç, sağlık iletişimi ile desteklenmektedir. Konunun kamu sağlığı enformasyonu, denetimi ve onaylanması boyutu; Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, enstitüler ve tıbbi dernekler tarafından sağlanmaktadır. Yürütülmeleri ise özel sektör ve devlet aracılığıyla gerçekleşir. ([http://www.alomaliye.com/guzellik\\_estetik\\_yonetmelik.htm](http://www.alomaliye.com/guzellik_estetik_yonetmelik.htm), Erişim tarihi 06.08.2010).

Sağlık iletişimi açısından çok çeşitli materyaller kullanılmakta ve sektörel olarak geniş bir yelpaze içermektedir. Bireyler genellikle bu konu ile ilgili bilgilerini televizyon programları, internet siteleri, dergi ve gazete haberleri ile broşürlerden elde edebilmektedir. Bu konu geniş bir kapsamı içine aldığı için, sağlık iletişiminin

birçok kanalı kullanılmaktadır. Sosyal yaşam düzeyinin artışı, kişilerde dış görünüş kaygıları bu olgunun sağlık okuryazarlığı açısından toplumun beklenenden daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Konuyla ilgili uygulamalar zayıflama, antiaging ve dolgu uygulamaları, lazer epilasyon uygulamaları, saç ekimi uygulamaları başlıkları altında toplanmaktadır. Günümüzde bu uygulamalara talep eğitim ve gelir artışıyla paralellik göstermektedir. Yine bu konularla ilgili olarak gelir ve eğitim düzeyinin artışıyla sağlık okuryazarlık düzeyinde artış gözlemlenmektedir. Özellikle internet kullanımının sık olduğu kesimlerde uygulamalarla ilgili verilen bilgiler daha çok sağlık profesyonelleri aracılığıyla düzenlenmektedir ( Ek: 22, Ek: 23). Ürünlerle ilgili bilgiler, bakanlık ve kurumsal enstitü ve derneklerce (FDA, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı) onaylı olarak yürütülmektedir. Bu onaylar toplumun gözünde ürünlerin ve uygulamaların güvenilirliğini arttırmakta; elde edilen deneyim ve bilgi birikimiyle konu hakkında sağlık okuryazarlığı artışı sağlanmaktadır. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFF269DB9704763F4B>, Erişim tarihi 06.08.2010). Bunların yanında internette reklam ile ilgisi olmayan hatta sosyal paylaşım sitelerinde bile bu ürünlerle ilgili çeşitli boyutlarda tanıtım yapılabilmektedir. Bu durumda toplumun konuyla ilgili araştırma şansını arttırmakta ancak kişi yapısına özel uygulamalarda doğru yöntemlere ulaşma şansını da azaltabilmektedir (Ek: 24).

#### ***Örnek 6: Kırım Kongo Kanamalı Ateş Hastalığı ile İlgili Haber ve Etkinlikler***

Son yıllarda akut enfeksiyonlar arasına giren ve belli dönemlerde kene ısırığı sonucu meydana gelen Kırım Kongo Kanamalı Ateş (Kırım Kongo Hemorajik Ateş, KKHA) hastalığı, kamu sağlığını tehdit etmiştir (Ek: 26, Ek: 27, Ek: 28). (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFF269DB9704763F4B>, Erişim tarihi 06.08.2010). Konunun kamu sağlığı enformasyonu açısından yönetimi Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler tarafından düzenlenmektedir. Halkın hastalıktan nasıl korunacağı, kene ısırması durumunda nasıl hareket edileceği, çevrenin ilaçlanması ile ilgili başvurulması gereken yerler ve bilgiler, tedaviye yönelik uygulamalar gibi birkaç ana başlık kamu sağlığı enformasyonu konuları arasına girmektedir.

([http://www.kkgm.gov.tr/birim/hay\\_sagl/Hastaliklar/kirim\\_kongo.html](http://www.kkgm.gov.tr/birim/hay_sagl/Hastaliklar/kirim_kongo.html), Erişim tarihi 04.08.2010).

Konu tüm toplumu ilgilendirdiği için sağlık iletişimcileri, toplumun tüm kesimine bu olayı duyurmayı hedeflemiştir. Özellikle korunma, ilaçlama, kene ile ısırılma durumunda nasıl davranılması gerektiği televizyon ve gazete haberlerinde toplumun tüm kesimlerine duyurulmuştur. (<http://www.saglik.gov.tr/KKKA/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF88F742D0D711251801B9F90FA0A50AD>, Erişim tarihi 10.07.2010). Toplumun konu hakkındaki sağlık okuryazarlık düzeyi; yapılan çalışmaların ve haberlerin oluşturduğu yankıyla dönem içerisinde ciddi bir artış göstermiştir. (<http://www.saglik.gov.tr/KKKA/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF88F742D0D711251B1624919F9A12D6A>, Erişim tarihi 12.07.2010).

### ***Örnek 7: Genetiği Değiştirilmiş Organizma (GDO) İçeren Ürünler ile İlgili Haber ve Etkinlikler***

Kanser vakalarının artış nedenleri araştırıldığında, bu maddelerden biri olan beslenme şekli ve besin türlerinin kalitesinde ciddi bir azalma olduğu gözlemlenmiştir. Bu araştırmalara değerlendirildiğinde özellikle günlük tüketilen birçok besin maddesinin üretimi sırasında uygulanan uygulamalar göze çarpmaktadır. Biyoteknolojinin gelişimiyle besinlerin üretim şekilleri de değişime uğrayarak; hormon, vitamin, antibiyotik, zirai ilaç ve GDO (Genetiği değiştirilmiş organizmalar), katkı maddeleri içerecek şekilde üretilmektedir. Yiyeceklerin nüfusa yetmesi ve üretilen birçok gıdanın uzun süre korunması için gerekli olan bu maddeler sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. 1996’larda ortaya çıkan ve beraberlerinde birçok risk taşıyan GDO içeren ürünleri insanlara, bilgilerinin dışında kullandırma durumu karşısında tüketiciler, sağlık ve denetim birimleri yetkililerini düşündürmüştür. Çünkü GDO’lu bitkiler, doğada yetişen diğer bitkilerden farklı olarak, genomlarında kendi türlerine ait olmayan genleri taşıdıklarından, bu bitkilerin yetiştirildiği ülkelerde, başta sağlık olmak üzere, çevre ve sosyoekonomik yapı üzerinde önemli riskler söz konusu olmaktadır. Bu nedenle ülkemizde devlet tarafından oluşturulan biyogüvenlik kanunu çerçevesince üretilen GDO’lu ürünlerin kullanımı ile ilgili yönetmelik, zamanla değiştirilmiş ve zararlı etkilerini engellemek adına Eylül 2009 da yeni düzenlemeler yapılmıştır (Ek: 29, Ek: 30).



(<http://www.gdo-yonetmeligi-26-eylulde-yururlukte-ankara.htm>, Erişim tarihi 12.07.2010).

Konuyla ilgili hedeflenen enformasyonun halka iletilmesini sağlayan mekanizma başta televizyon ve gazete haberleridir. Toplumun konu hakkındaki sağlık okuryazarlık düzeyi; düşük olmakla birlikte televizyon, gazete ve internet haberleri ile tartışma programlarının etkisi sonucu, GDO'lu ürünlerle ilgili bir bilgi zemini oluşmuştur. Zamanla bu konuda oluşan okuryazarlık düzeyi giderek artış göstermiştir. Bu sayede bireylerde, aldıkları ürünlerin içeriğini öğrenme güdüsü oluşmuştur. Yine de pratik hayata tamamen yansıtılabilmesi için yeterli düzeye erişmemiştir.

#### ***Örnek 8: Pandemik İnfluenza A (Domuz Gribi, H1N1) ile İlgili Haber ve Etkinlikler***

Grip virüsünün mutasyona uğraması sonucu dünyada ve ülkemizde ciddi boyutta yankı bulan domuz gribi hastalığı; Nisan 2009'dan itibaren önlenemez bir hızla gündeme oturmuş ve toplumun tüm kesimleri, konuyla ilgili yoğun bir enformasyon bombardımanına maruz kalmıştır. Hastalığın ilk kez çıktığı Meksika'da oluşan ölümler ve seyahatler sonucunda hastalığın tüm dünya yüzeyine yayılımı dünyada çok büyük bir yankı meydana getirmiştir. Konuyla ilgili tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de enformasyon sağlayıcı kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'nın, Dünya Sağlık Örgütü'nden alınan bilgilerle oluşturduğu öngörülerıyla felaket senaryoları düzenlenmiş ve konuyla ilgili stratejiler oluşturulmuştur. (<http://www.bsm.gov.tr/docs/UPP.pdf>, Erişim tarihi 15.08.2010).

Konunun halk düzeyine iletilmesini sağlayan televizyon programları, gazete, dergi haberleri, internet sitelerinde işlenen konular tartışmalı olmuştur. Hastalığın hızla yayılımı ve tedavi seçeneklerinin az oluşu, aşıyla ilgili tartışmalar, halkın bu konuda bilgi sahibi olmasını çok gerekli kılmıştır. Özellikle sağlık iletişimde sıklıkla irdelenen konu, akla gelebilecek her kanalla halka ulaştırılmıştır. Hastalıkla ilgili genel bilgiler, hastalıktan korunma, hastalık belirtileri görüldüğünde nasıl davranılması gerektiği, hastalığa yakalanmış kişilerle ilgili son durumlar iletişim kanallarının ilgilendiği konular arasındadır. Konuyla ilgili güncel bilgiler toplum

tarafından yakın takip edilmiştir (Ek: 31, Ek: 32, Ek: 33). Gerek Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği broşürler, afişler, gerek televizyon programları, açık oturumlar, resmi ve özel internet sitelerinde verilen genel bilgiler, haberler ve hatta sosyal paylaşım sitelerinde (facebook, twitter) bile bu konulara değinilmesi toplumda ciddi boyutta bir sağlık okuryazarlık düzeyi oluşturmuştur. (<http://www.facebook.com/pages/H1N1/137612739594475?ref=ts#!/pages/H1N1/77372574500?ref=search>, Erişim tarihi 21.09.2010). Ancak bu okuryazarlığın, sağlık davranışında olumlu değişikliklere çok da yol açmadığını savunan görüşler mevcuttur. ([www.tavsiyeediyorum.com/makale\\_3842.htm](http://www.tavsiyeediyorum.com/makale_3842.htm), Erişim tarihi 12.08.2010).

#### **4.2. Anket Çalışması**

Anket için GDO içeren ürünlerle tercih edilmesindeki neden; kampanya ile haberlerin bu konuda oluşan sağlık okuryazarlık düzeyini gösterememesi, sağlık okuryazarlığı açısından güncel bir konu olması ve gelecek nesilleri de etkileyeceği düşünülmektedir. Ülkemizde zaman içinde gerçekleştirilmiş kampanya, etkinlik ve haber örneklerini derleyerek, iletişim ve enformasyonun etkilerini de çalışma kapsamına alan bir yol izlemiştir. Tüm sağlık konuları için yapılan derleme çalışması içinde GDO'lu ürünlerle ilgili haber ve etkinlikler de bulunmaktadır.

Enformasyon ve iletişim araştırmacıları açısından daha önceki çalışmalarda da irdelenen sağlık okuryazarlığı konusu, her zaman iletişim yönünden bağımsız olarak araştırmaya tabi tutulmuştur. Ankette verilen yanıtlar

4.2.a. Sıklık dağılımlarına göre

4.2. b. Çapraz tablolara göre

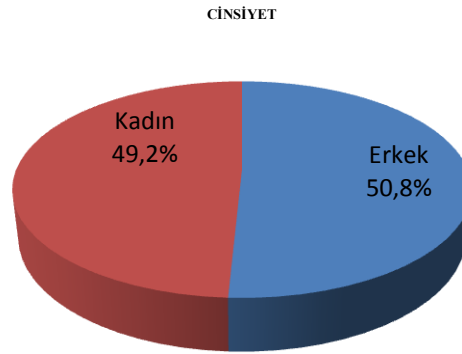
4.2. b.1. Cinsiyete göre

4.2.b.2. Eğitim alanına göre gözlemlenmiştir.

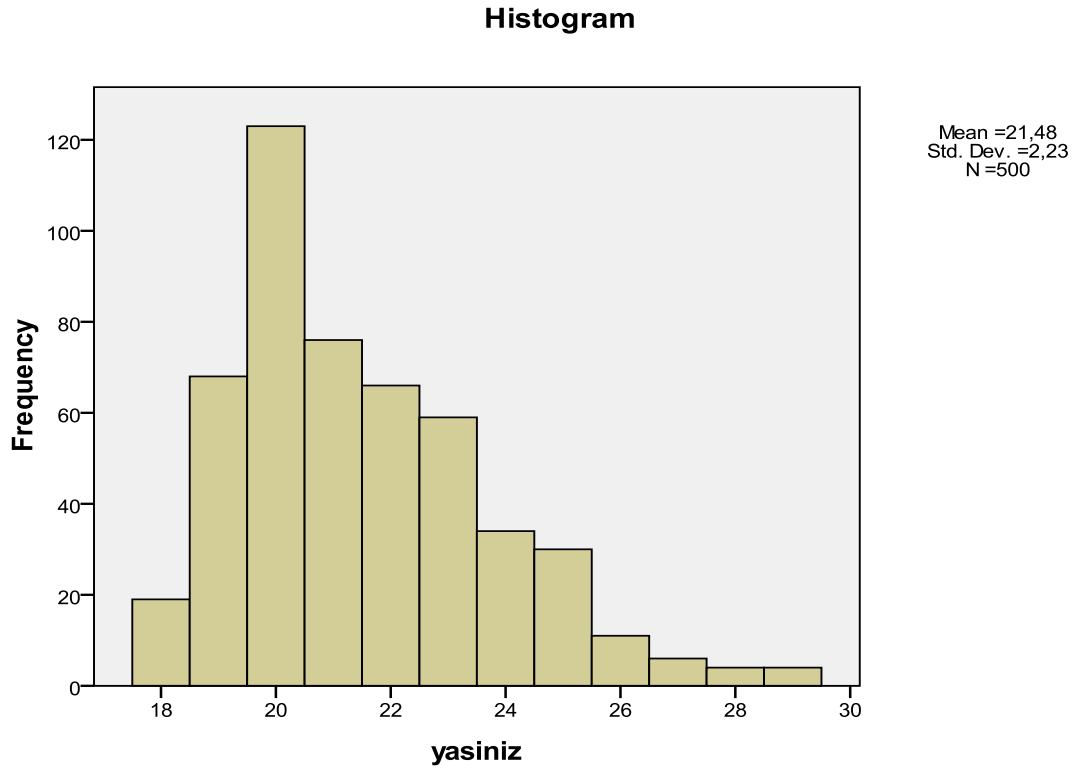
500 kişiyi içeren anket çalışması üniversite öğrencileri arasında yapılmıştır. Bu öğrencilerin 254'ü erkek, 246'sı kadındır.

**Tablo2:** Ankete katılan kişilerin cinsiyet oranları

	Sayı	%
<b>Erkek</b>	254	50,8
<b>Kadın</b>	246	49,2
<b>Toplam</b>	500	100,0



Ankete katılan kişilerin yaşlarına ait sıklık dağılımı aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.



#### Grafiğe göre ankete katılan,

- 19 kişi(%3,8), 18 yaşında
- 68 kişi(%13,6), 19 yaşında
- **123 kişi(24,6), 20 yaşında**
- 76 kişi(%15,2), 21 yaşında
- 66 kişi(%13,2), 22 yaşında
- 59 kişi(%11,8), 23 yaşında
- 34 kişi(%6,8), 24 yaşında
- 30 kişi(%6,0), 25 yaşında
- 11 kişi(%2,2), 26 yaşında
- 6 kişi(%1,2), 27 yaşında
- 4 kişi(%0,8), 28 yaşında
- 4 kişi(%0,8) 29 yaşındadır.

Yaşları **18 ile 29 arasında** değişen kişilerin **yaş ortalaması 21,48 ± 2,23**'tür. Yaşlara ait **medyan değeri ise 21**'dir.

#### 4. 2. a. Sıklık Dağılımlarına Göre:

Cinsiyet veya bölüm farkı olmaksızın anket sorularının sıklık dağılımları aşağıdaki gibidir. Sorulardan 1. 11. ve 15. sorular, soruya özgü cevap şıkları olan sorulardır. Bu nedenle soru ve frekans dağılımları ayrı ayrı tablolarda gösterilmiş ve bunların açıklaması ayrı ayrı yapılmıştır.

Bu sorulardan 1. soru olan“**GDO terimini ilk nereden duydunuz?**” sorusuna, ankete katılan 500 kişiden, **334'ü (%66,8) Televizyon ve radyo, 93'ü (%18,6) İnternet, 49'u (%9,8) Gazete, 24'ü (%4,8) Arkadaş** cevabını vermiştir.

**Tablo 3:** “GDO terimini ilk nereden duydunuz?” sorusuna verilen yanıtların sıklık dağılımları.

	Sayı	%
Televizyon ve Radyo	334	66,8
İnternet	93	18,6
Gazete	49	9,8
Arkadaş	24	4,8
Toplam	500	100,0

Ankete katılan 500 kişiden 213'ü, 10. soru olan “**Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzınızı değiştirdi mi?**” sorusuna “EVET” yanıtını vermiştir. Bu sorunun devamı niteliğindeki 11. soru olan “**Değiştirdiyse ne yönde?**” ifadesine verdikleri cevaplara göre sıklık dağılımı aşağıdaki gibidir:

- 131'i (%61,5) “Gıdaların içeriklerini kontrol ediyorum.”
- 121'i (%56,8) “Organik ürünler kullanmaya çalışıyorum.”
- 103'ü (%48,35) “Gıdaların son kullanma tarihlerine dikkat ediyorum.”
- 81'i (%38) “Ürünlerde neden GDO kullanıldığını öğrendim.”
- 6'sı (%2,8) “GDO içeren ürünler kullanmaya devam ediyorum.”

**Tablo 4: “Ürünlerde neden GDO kullanıldığını öğrendim”** yanıtının sıklık dağılımı.

	Sıklık Dağılımı	%
Hayır	132	26,4
Evet	81	16,2
Toplam	213	42,6
10. Soruya Hayır Cevabını Verenler	287	57,4
Genel Toplam	500	100

**Tablo 5: “Organik ürünler kullanmaya çalışıyorum”** yanıtının sıklık dağılımı.

	Sıklık Dağılımı	%
Hayır	92	18,4
Evet	121	24,2
Toplam	213	42,6
10. Soruya Hayır Cevabını Verenler	287	57,4
Genel Toplam	500	100

**Tablo 6: “GDO içeren ürünler kullanmaya devam ediyorum”** yanıtının sıklık dağılımı.

	Sıklık Dağılımı	%
Hayır	207	41,4
Evet	6	1,2
Toplam	213	42,6
10. Soruya Hayır Cevabını Verenler	287	57,4
Genel Toplam	500	100

**Tablo 7:** ‘‘Gıdaların içeriklerini kontrol ediyorum’’ yanıtının sıklık dağılımı.

	Sıklık Dağılımı	%
Hayır	82	16,4
Evet	131	26,2
Toplam	213	42,6
10. Soruya Hayır Cevabını Verenler	287	57,4
Genel Toplam	500	100

**Tablo 8:** ‘‘Gıdaların son kullanma tarihlerine dikkat ediyorum’’ yanıtının sıklık dağılımı.

	Sıklık Dağılımı	%
Hayır	110	22,0
Evet	103	20,6
Toplam	213	42,6
10. Soruya Hayır Cevabını Verenler	287	57,4
Genel Toplam	500	100

Yine ankete katılan kişiler, 15. soru olan ‘‘Sizce gıdalarda GDO kullanılmasının sebebi ne olabilir?’’ sorusuna ;

- 281’i (%56,6) ‘‘Gıda üretimini hızlandırmak için.’’
- 248’i (%49,6) ‘‘Ürün satışını artırmak için. ’’
- 239’u (%47,8) ‘‘Gıdaların nüfusa yetmesi ve korunması için.’’
- 144’ü (%28,6) ‘‘Gıda çeşitliliğini artırmak için.’’
- 20’si (%4) ‘‘Besin zehirlenmelerini engellemek için’’ cevaplarını vermişlerdir.

**Tablo 9:** ‘‘Gıdaların nüfusa yetmesi ve korunması için’’ yanıtının sıklık dağılımları

	Sıklık Dağılımları	%
Hayır	261	52,2
Evet	239	47,8
Toplam	500	100,0

**Tablo 10:** ‘‘ Gıda çeşitliliğini artırmak için’’ yanıtının sıklık dağılımları

	Sıklık Dağılımları	%
Hayır	357	71,4
Evet	143	28,6
Toplam	500	100,0

**Tablo 11:** ‘‘ Gıda üretimini hızlandırmak için’’ yanıtının sıklık dağılımları

	Sıklık Dağılımları	%
Hayır	217	43,4
Evet	283	56,6
Toplam	500	100,0

**Tablo 12:** ‘‘ Besin zehirlenmelerini engellemek için’’ yanıtının sıklık dağılımları

	Sıklık Dağılımları	%
Hayır	480	96,0
Evet	20	4,0
Toplam	500	100,0

**Tablo 13:** ‘‘rn satışını artırmak için’’ yanıtının sıklık dağılımları

	Sıklık Dağılımları	%
Hayır	252	50,4
Evet	248	49,6
Toplam	500	100,0

Bu 3 soru dışında kalan sorular aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Her sorunun 3 ya da 4 standart cevabı bulunmaktadır. Anketteki;“**GDO içeren ürünler hakkında herhangi bir bilginiz var mı?**” sorusuna katılımcıların 326’sı (%65,2) **EVET**, 145’i (%29,0) **DUYMUŞLUĞUM VAR**,18’i (%3,6) **HAYIR**,11’i (%2,2) ise **BİLMİYORUM**,

“**Sizece GDO ’lu ürünlerin zararları var mıdır?**” sorusuna katılımcıların 424’ü (%84,8) **EVET**, 63’ü (%12,6) **BİLMİYORUM**,13’ü (%2,6) **HAYIR**,

“**Üzerinde GDO’lu olduğu belirtilen bir ürünü alır mısınız?**” sorusuna katılımcıların 322’si (%64,4) **HAYIR**, 99’u (%19,8) **BAZEN**, 79’u (%15,8) **EVET**,

“**Aldığımız ürünün son kullanma tarihini kontrol eder misiniz?**” sorusuna katılımcıların 472’si (%94,4) **EVET**, 21’i (%4,2) **HAYIR**,7’si (%1,4) **BAZEN**,

“**Doğal madde içermeyen ürün alır mısınız?**” sorusuna katılımcıların 279’u (%55,8) **EVET**, 139’u (%27,8) **HAYIR**, 82’si (%16,4) **BAZEN**,

“**GDO yönetmeliğinin değiştirilmesiyle ilgili bilginiz var mı?**” sorusuna katılımcıların 265’i (%53,0) **HAYIR**, 119’u (%23,8) **BİLMİYORUM**, 116’sı (%23,2) **EVET**,

“**Son bir yıldır organik ürün satan pazarlardan gıda alışverişi yaptınız mı?**” sorusuna katılımcıların 258’i (%51,6) **EVET**, 191’i (%38,2) **HAYIR**, 51’i (%10,2) ise **BAZEN**,

“**Son bir yıldır marketlerdeki organik reyonlar ilginizi ve ziyaretinizi çeker mi?**” sorusuna katılımcıların 369 ‘u (%73,8) **EVET**, 104’ü (%20,8) **HAYIR**, 27’si (%5,4) **BAZEN**,

“**Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzınızı değiştirdi mi?**” sorusuna katılımcıların 232’si (%46,4) **HAYIR**, 212’si (%42,4) **EVET**,56 ‘si (%11,2) **BİLMİYORUM**,

“**Aldığımız ürünün tazeliğini uzun süre koruması alımlarınızı etkiler mi?**” sorusuna katılımcıların 395’i (%79,0) **EVET**, 73’ü (%14,6) **HAYIR**, 32’si (%6,4) **BAZEN**,

“**GDO içeren ürünlerin GDO’lu olarak işaretlenmesini doğru buluyor musunuz?**” sorusuna katılımcıların 425’i (%85,0) **EVET**, 50’si (%10,0) **HAYIR**, 25’i (%5,0) **BİLMİYORUM**,

“**GDO’lu ürünlerin Türkiye’ye girişinin belli bir kotaya rağmen serbest bırakılmasını doğru buluyor musunuz?**” sorusuna ise katılımcıların 383’ü (%76,6) **HAYIR**, 67’si (%13,4) **EVET**,50’si (%10,0) ise **BİLMİYORUM** cevabını vermiştir. Açıklamaların özeti tablo 14’de gösterilmiştir.



**Tablo 14:** Anket sorularına verilen yanıtların sıklık dağılımları

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Bazen		Duymuşluğum var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
GDO'lu ürünlerle ilgili bir bilginiz var mı?	326	65,2	18	3,6	11	2,2	-	-	145	29,0	500	100
Sizce GDO'lu ürünlerin zararları var mıdır?	424	84,8	13	2,6	63	12,6	-	-	-	-	500	100
Üzerinde GDO olduğu belirtilen bir ürün alırsınız mı?	79	15,8	322	64,4	-	-	99	19,8	-	-	500	100
Aldığınız ürünün son kullanma tarihini kontrol eder misiniz?	472	94,4	11	4,2	-	-	7	1,4	-	-	500	100
Doğal madde içermeyen ürün alırsınız mı?	279	55,8	139	27,8	-	-	82	16,4	-	-	500	100
GDO yönetmeliğinin değiştirilmesi ile ilgili bilginiz var mı?	116	23,2	265	53,0	119	23,8	-	-	-	-	500	100
Son bir yıldır organik ürün satan pazarlardan gıda alışverişini yaptınız mı?	258	51,6	191	38,2	-	-	51	10,2	-	-	500	100
Son bir yıldır marketlerdeki organik reyonları ilginizi ve ziyaretinizi çeker mi?	369	73,8	104	20,8	-	-	27	5,4	-	-	500	100
Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzınızı değiştirdi mi?	212	42,4	232	46,4	56	11,2	-	-	-	-	500	100
Aldığınız ürünün tazeliğini uzun süre koruması alımlarınızı etkiler mi?	395	79,0	73	14,6	32	6,4	-	-	-	-	500	100
GDO içeren ürünlerin GDO'lu olarak etiketlenmesini doğru buluyor musunuz?	425	85,0	50	10,0	-	-	25	5,0	-	-	500	100
GDO'lu ürünlerin Türkiye'ye girişinin belli bir kotaya rağmen serbest bırakılmasını doğru buluyor musunuz?	383	76,6	67	13,4	50	10,0	-	-	-	-	500	100

## **4.2. b. Çapraz tablolara göre :**

### **4.2. b.1. Cinsiyete göre:**

Cinsiyet bakımından anketteki tüm sorulara verilen yanıtlar ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen çapraz tablolar ve ki-kare testine ait p değerleri aşağıda verilmiştir.

- Eğer **p değeri 0,05'ten büyük ise** ilgili soruya verilen yanıt cinsiyet bakımından **farklılık göstermemektedir.** (Yanıtların cinsiyete göre nasıl dağıldığı soruya ait çapraz tablodan görülebilmektedir.)
- Eğer **p değeri 0,05'ten küçükse** ilgili soruya verilen yanıt cinsiyet bakımından **farklılık göstermektedir.** Farklılık gösteren gruplar için yorumlar ilgili tablonun altında yapılmıştır.

Cevapları kendine özgü şıklara sahip olan sorulardan birinci, 11. ve 15. sorular ayrı ayrı incelenmiş diğer standart şıklı cevaplar içeren sorular ise bir tabloda toparlanarak irdelenmiştir. Buna göre; birinci soru olan “**GDO terimini ilk nereden duydunuz?**” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı aşağıdaki gibidir.

**Tablo 15: “GDO terimini ilk nereden duydunuz?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları**

	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Televizyon ve Radyo	174	52,1	160	47,9	334	100
İnternet	37	39,8	56	60,2	93	100
Gazete	24	49,0	25	51,0	49	100
Arkadaş	11	45,8	13	54,2	24	100

$X^2$ : 4,529, p:0,210 olduğundan verilen yanıtlarda cinsiyet bakımından bir fark bulunmamaktadır.

Ankete katılan 500 kişiden 213'ü, 10. soru olan “**Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzınızı değiştirdi mi?**” sorusuna “**EVET**” yanıtını vermiştir. Bu kişilerin; 11. soru olan “**Değiştirdiyse ne yönde?**” sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 16:** “Değiştirdiyse ne yönde?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

	Kadın		Erkek		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Ürünlerde neden GDO kullanıldığını öğrendim	50	67,1	31	38,3	81	100	0,000	0,985
Organik ürünler kullanmaya çalışıyorum	79	65,3	42	34,7	121	100	1,740	0,187
GDO içeren ürünler kullanmaya devam ediyorum	5	83,3	1	16,7	6	100	0,506	0,408
Gıdaların içeriklerini kontrol ediyorum	79	60,3	52	39,7	131	100	0,017	0,896
Gıdaların son kullanma tarihlerine dikkat ediyorum	67	65,0	36	35,0	103	100	1,045	0,307

Her şıkkın p değeri >0,005 olduğundan sorulara verilen yanıtlarda cinsiyet bakımından bir fark bulunmamaktadır.

Ankete katılanların, 15. soru olan “**Sizce gıdalarda GDO kullanılmasının sebebi ne olabilir?**” sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı ise aşağıdaki gibidir.

**Tablo 17:** “Sizce gıdalarda GDO kullanılmasının sebebi ne olabilir?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

	Kadın		Erkek		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Gıdaların nüfusa yetmesi ve korunması için	120	49,6	118	50,4	239	100	0,185	0,667
Gıda çeşitliliğini artırmak için	69	47,9	75	52,1	144	100	0,071	0,790
Gıda üretimini hızlandırmak için	138	49,1	143	50,9	281	100	0,000	1,000
Besin zehirlenmelerini engellemek için	6	30,0	14	70,0	20	100	2,325	0,127
Ürün satışını artırmak için	122	49,6	124	50,4	254	100	0,007	0,933

Her şıkın p değeri >0,005 olduğundan sorulara verilen yanıtlarda cinsiyet bakımından bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 18’e göre aralarında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunan sorular için açıklama yapılmıştır. Buna göre 2. soru olan “**GDO içeren ürünler hakkında bilginiz var mı?**” sorusuna verilen yanıtlarda cinsiyet bakımından fark bulunmaktadır.( X<sup>2</sup>: 16,432, p değeri: 0,001) Bu soruya;

- **HAYIR** diyen 18 kişiden 12’si (%66,7) Erkek, 6’sı (%33,3) Kadın,
- **EVET** diyen 326 kişiden 145’i (%44,5) Erkek, 181’i (%55,5) Kadın,
- **BİLMİYORUM** diyen 11 kişiden 5’i (%45,5) Erkek, 6’sı (%54,5) Kadın,
- **DUYMUŞLUĞUM VAR** diyen 145 kişiden 92’si (%63,4) Erkek, 53’ü (%36,6) Kadındır.

Yanıtların cinsiyetler içerisindeki dağılımları ise aşağıdaki gibidir,

**254 Erkekten; 12’si (%4,7) HAYIR, 145’i (%57,1) EVET, 5’i (%2) BİLMİYORUM, 92’si(%36,2) DUYMUŞLUĞUM VAR,**

**246 Kadından;6’sı(%2,4) HAYIR,181’i(%73,6) EVET,6’sı(%2,4) BİLMİYORUM, 53’ü(%21,6) DUYMUŞLUĞUM VAR** yanıtını vermiştir.

Sekizinci soru olan “**Son bir yıldır organik ürün satan pazarlardan gıda alışverişi yaptınız mı?**” sorusuna verilen yanıtlarda cinsiyet bakımından fark bulunmaktadır. ( X<sup>2</sup>: 6,175, p değeri: 0,046). Bu soruya;

- **HAYIR** diyen 191 kişiden 101'i (%52,9) Erkek, 90'ı (%47,1) Kadın,
- **EVET** diyen 258 kişiden 120'si (%46,5) Erkek, 138'i (%53,5) Kadın,
- **BAZEN** diyen 51 kişiden 33'ü (%64,7) Erkek 18'si (%35,3) Kadındır.

Yanıtların cinsiyetler içerisindeki dağılımları ise aşağıdaki gibidir,

**254 Erkekten; 101'i(%39,8) HAYIR,120'si(%47,2) EVET,33'ü(%13) BAZEN,**

**246 Kadından; 90'ı(%36,6) HAYIR, 138'i(%56,1) EVET, 18'i(%7,3) BAZEN** yanıtını vermiştir.

Ankette 9. soru olarak bulunan “**Son bir yıldır marketlerdeki organik reyonlar ilginizi ve dikkatinizi çeker mi?**” sorusuna verilen cevaplarda cinsiyet bakımından fark vardır.(  $X^2$ : 14,134, p değeri: 0,001) Bu soruya;

- **HAYIR** diyen 104 kişiden 67'si (%64,4) Erkek, 37'si (%35,6) Kadın,
- **EVET** diyen 369 kişiden 169'u (%45,8) Erkek, 200'ü (%54,2) Kadın,
- **BAZEN** diyen 27 kişiden 18'i (%66,7) Erkek, 9'u (%33,3) Kadındır.

Yanıtların cinsiyetler içerisindeki dağılımları ise aşağıdaki gibidir,

**254 Erkekten;67'si(%26,4) HAYIR, 169'u(%66,5) EVET, 18'i(%7,1) BAZEN,**

**246 Kadından;37'si(%15) HAYIR, 200'ü(%81,3) EVET, 9'u(%3,7) BAZEN** yanıtını vermiştir.

10. soru olarak bulunan “**Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzınızı değiştirdi mi?**” sorusuna verilen cevaplarda cinsiyet bakımından fark vardır. ( $X^2$ : 27,572, p değeri: 0,000) Bu soruya;

- **HAYIR** diyen 232 kişiden 147'si (%63,4) Erkek, 85'i (%36,6) Kadın,
- **EVET** diyen 212 kişiden 83'ü (%39,2) Erkek, 129'u (%60,8) Kadın,
- **BİLMİYORUM** diyen 56 kişiden 24'ü (%42,9) Erkek, 32'si (%57,1) Kadındır.

Yanıtların cinsiyetler içerisindeki dağılımları ise aşağıdaki gibidir,

**254 Erkekten;147'si (%57,9) HAYIR, 83'ü (%32,7) EVET, 24'ü (%9,4) BAZEN,**

**246 Kadından; 85'i (%34,6) HAYIR,129'u (%52,4) EVET,32'si (%)13 BAZEN** yanıtını vermiştir.

**Tablo 18:** Anket sorularına verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımları

			GDO'lu ürünlerle ilgili bir bilginiz var mı?	Size GDO'lu ürünlerin zararları var mıdır?	Üzerinde GDO olduğu belirtilen bir ürün alırsanız?	Aldığınız ürünün SKT kontrol eder mısınız?	Doğal madde içermeyen ürün alırsanız?	GDO yönetmeliğinin değiştirilmesi ile ilgili bilginiz	Son bir yıldır organik ürün satan pazarlardan gıda alışverişini yaptınız mı?	Son bir yıldır marketlerdeki organik reyonları ilginizi çekti mi?	Yazılı ve sözlü haberlerde GDO ile ilgili haberler hayatınıza dokunuyor mu?	Aldığınız ürünün tazeliğini uzun süre koruması	GDO içeren ürünlerin GDO'lu olarak etiketlenmesini doğru buluyor musunuz?	GDO'lu ürünlerin Türkiye'ye girişi belli bir kotaya rağmen serbest bırakılmasını doğru buluyor musunuz?	
Kadın	Evet	Sayı	181	212	37	238	142	65	138	200	129	197	213	27	
		%	55,5	50,0	46,8	50,4	50,9	56,0	53,5	54,2	60,8	49,9	50,1	33,0	
	Hayır	Sayı	6	5	166	6	68	122	90	37	85	29	24	193	
		%	33,3	38,5	51,6	28,6	48,9	46,0	47,1	35,6	36,6	39,7	48,0	50,7	
	Bilmiyorum	Sayı	6	29	-	-	-	59	-	-	-	32	-	9	26
		%	54,5	46,0	-	-	-	49,6	-	-	-	57,1	-	36,0	50,0
	Bazen	Sayı	-	-	43	2	36	-	18	9	-	20	-	-	
%		-	-	48,7	28,6	43,9	-	35,3	33,3	-	62,5	-	-		
Duymuşluğum var	Sayı	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	%	36,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Toplam	Sayı	246	246	246	246	246	246	246	246	246	246	246	246		
	%	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2	49,2		
Erkek	Evet	Sayı	145	212	42	234	137	51	120	169	83	198	212	40	
		%	44,5	50,0	53,2	49,6	49,1	44,0	46,5	45,8	39,2	50,1	49,9	59,7	
	Hayır	Sayı	12	8	156	15	71	143	101	67	147	44	26	188	
		%	66,7	61,5	48,4	71,4	51,1	54,0	39,8	64,4	63,4	60,3	52,0	49,3	
	Bilmiyorum	Sayı	5	34	-	-	-	60	-	-	24	-	16	26	
		%	45,5	54,0	-	-	-	50,4	-	-	42,9	-	64,0	50,0	
	Bazen	Sayı	-	-	56	5	46	-	33	18	-	12	-	-	
%		-	-	50,3	71,4	56,1	-	64,7	66,7	-	37,5	-	-		
Duymuşluğum var	Sayı	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	%	63,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Toplam	Sayı	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254		
	%	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8		
<b>Genel Toplam</b>		Sayı	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500		
		%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

#### 4.2.b.2. Eğitim alanına göre:

GDO'lu ürünler hakkında yaptığımız ankete,

- Diş hekimliği,
- Hemşirelik,
- Tıp,
- Genetik mühendisliği,
- Matematik,
- Mimarlık,
- Makine mühendisliği,
- Hukuk
- Felsefe bölümü öğrencileri katılmıştır.

Anketteki tüm sorulara verilen yanıtlar, ankete katılan kişilerin okudukları alan bakımından ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen çapraz tablolar ve ki-kare testine ait p değerleri aşağıda verilmiştir. (Tablolarda diş hekimliği, hemşirelik, tıp, genetik mühendisliği bölümleri **SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİ**, diğer bölümlerdeki öğrenciler ise **SAĞLIK ALANI DIŞINDAKİ ÖĞRENCİLER** olarak görülmektedir.)

- Eğer p değeri 0,05'ten büyük ise ilgili soruya verilen yanıt kişilerin alanları bakımından **farklılık göstermemektedir**. (Yanıtların bölümlere göre nasıl dağıldığı soruya ait çapraz tablodan görülebilmektedir.)
- Eğer p değeri 0,05'ten küçükse ilgili soruya verilen yanıt kişilerin alanları bakımından **farklılık göstermektedir**. Farklılık gösteren gruplar için yorumlar ilgili tablonun altında yapılmıştır.

Frekans ve cinsiyet analizlerinde olduğu gibi alan analizi için de cevapları kendine özgü şıklara sahip olan sorular olan birinci, 11. ve 15. sorular ayrı ayrı incelenmiş diğer standart şıklı cevaplar içeren sorular ise bir tabloda toplanarak irdelenmiştir. Bu sorulardan 1. soru olan "**GDO terimini ilk nereden duyduunuz?**" sorusuna, ankete katılan 500 kişiden alınan yanıtların alana göre sonuçları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 19:** "GDO terimini ilk nereden duyduunuz?" sorusuna verilen yanıtların alana göre dağılımları

	Sağlık Bilimleri Öğrencileri		Sağlık Alanı Dışındaki Öğrenciler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tv ve Radyo	147	44,0	187	56,0	334	100
İnternet	44	47,3	49	52,7	93	100
Gazete	22	44,9	27	55,1	49	100
Arkadaş	8	33,3	16	66,7	24	100

$X^2:1,529$ , p değeri 0,676 olduğundan birinci soruya verilen yanıtlarda alan açısından bir fark bulunmamaktadır.

Ankete katılan 500 kişiden 213'ü, 10. soru olan “**Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzınızı değiştirdi mi?**” sorusuna “**EVET**” yanıtını vermiştir. Bu kişilerin; 11. soru olan “**Değiştirdiyse ne yönde?**” sorusuna verdikleri cevapların okudukları alana göre dağılımları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 20:** “Değiştirdiyse ne yönde?” sorusuna verilen yanıtların alana göre dağılımları

	Sağlık Bilimleri Öğrencileri		Sağlık Alanı Dışındaki Öğrenciler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ürünlerde neden GDO kullanıldığını öğrendim	35	43,2	46	56,8	81	100
Organik ürünler kullanmaya çalışıyorum	41	33,9	80	66,1	121	100
GDO içeren ürünler kullanmaya devam ediyorum	4	66,7	2	33,3	6	100
Gıdaların içeriklerini kontrol ediyorum	56	42,7	75	57,3	131	100
Gıdaların son kullanma tarihlerine dikkat ediyorum	46	44,7	57	55,3	103	100

Organik ürünler kullanmaya çalışıyorum şikkını işaretleyenler arasında sağlık alanı dışındaki öğrencilerin, sağlık bilimleri öğrencilerine göre organik ürün kullanımı konusunda daha gayretli olduğu görülmüştür. (p değeri: 0,055).Bu şık dışında kalanların p değeri >0,005 olduğundan sorulara verilen yanıtlarda bölümler bakımından bir fark bulunmamaktadır.



Tablo 21'e göre "GDO'lu ürünlerle ilgili bir bilginiz var mı?" Sorusuna verilen cevaplardan "DUYMUŞLUĞUM VAR" ifadesinin, p değeri (0,067) sınırdaki olduğu için şu yorum yapılabilir: Sağlık alanı dışındaki öğrenciler, sağlık bilimleri öğrencilerine göre GDO terimini daha fazla "DUYMUŞLUĞUM VAR" diye ifade etmişlerdir.

"Üzerinde GDO'lu olduğu belirtilen bir ürün alır mısınız?" sorusuna verilen yanıtlarda bölümler bakımından farklılık bulunmaktadır ( $X^2$ : 1,529, p değeri 0,032). Bu soruya,

**HAYIR** diyen 322 kişiden 154'ü (%47,8) Sağlık Bilimleri Öğrencisi, 168'i (%52,2) Sağlık Bilimleri Öğrencisi değildir.

**BAZEN** diyen 99 kişiden 43'ü (%42,4) Sağlık Bilimleri Öğrencisi, 57'si (%57,6) Sağlık Bilimleri Öğrencisi değildir.

**EVET** diyen 79 kişiden 25'i (%31,6) Sağlık Bilimleri Öğrencisi, 54'ü (%68,4) Sağlık Bilimleri Öğrencisi değildir.

Yanıtların bölümler içerisindeki dağılımları ise aşağıdaki gibidir. Ankete katılan, 221 sağlık bilimleri öğrencisinden; 154'ü (%69,7) HAYIR, 42'si (%19) BAZEN, 25'i (%11,3) EVET,

279 sağlık alanı dışındaki öğrencilerden; 168'i (%60,2) HAYIR, 57'si (%20,4) BAZEN, 54'ü (%19,4) EVET yanıtını vermiştir.

"Doğal madde içermeyen ürün alır mısınız?" sorusuna verilen yanıtlarda, p değeri (0,067) sınırdaki olduğu için şu yorum yapılabilir: Sağlık alanı dışındaki öğrenciler, sağlık bilimleri öğrencilerine göre doğal madde içermeyen ürünleri daha fazla kullandıklarını (tükettiklerini) ifade etmişlerdir.

"GDO içeren ürünlerin GDO'lu olarak etiketlenmesini doğru buluyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtlarda bölümler bakımından farklılık bulunmaktadır. ( $X^2$ : 9,389, p değeri 0,009). Bu soruya,

**EVET** diyen 425 kişiden 200'ü (%47,1) Sağlık Bilimleri Öğrencisi, 225'i (%52,9) Sağlık Bilimleri Öğrencisi değildir.

**HAYIR** diyen 50 kişiden 14'ü (%28) Sağlık Bilimleri Öğrencisi, 36'sı (%72) Sağlık Bilimleri Öğrencisi değildir.

**BAZEN** diyen 25 kişiden 7'si (%28) Sağlık Bilimleri Öğrencisi, 18'i (%72) Sağlık Bilimleri Öğrencisi değildir.

Yanıtların bölümler içerisindeki dağılımları ise aşağıdaki gibidir. Ankete katılan,

**221 sağlık bilimleri öğrencisinden;200'ü (90,5) EVET, 14'ü (%6,3) HAYIR, 7'si (%3,2) BAZEN,**

**279 sağlık alanı dışındaki bölüm öğrencisinden;225'i (%80,6) EVET,36'si (%12,9) HAYIR,18'ü (%6,5) BAZEN** yanıtını vermiştir.

**Tablo 21:** Anket sorularına verilen yanıtların alana göre dağılımları

			GİDO'lu ürünlerde ilgili bir bilginiz var mı?	Sizce GDO'lu ürünlerin zararları var mıdır?	Üzerinde GDO olduğu belirtilen bir ürün alır	Aldığınız ürünün SKT kontrol eder misiniz?	Doğal madde içermeyen ürün alır mısınız?	GİDO yönetmeliğinin değiştirilmesi ile ilgili	Son bir yıldır organik ürün satan pazarlardan gıda	Son bir yıldır marketlerdeki organik reyonlar ilginizi ve	Yazılı ve sözlü basında GİDO ile ilgili haberler	Aldığınız ürünün tazelikliğini uzun süre koruması	GDO içeren ürünlerin GDO'lu olarak etiketlenmesini doğru	GDO'lu ürünlerin Türkiye'ye girişi belli bir kotaya rağmen serbest bırakılmasını doğru
Sağlık Bilimleri Öğrencileri	Evet	Sayı	150	193	25	206	114	56	109	156	84	184	200	24
		%	46,0	45,5	31,6	43,6	40,9	48,3	42,2	42,3	39,6	46,6	47,1	35,8
	Hayır	Sayı	9	5	154	12	73	113	92	54	113	28	14	174
		%	50,0	38,5	47,8	57,1	52,5	42,6	48,2	51,9	48,7	38,4	28,0	45,7
	Bilmiyorum	Sayı	8	23	-	-	-	52	-	-	24	-	7	23
		%	72,8	36,5	-	-	-	43,7	-	-	42,9	-	28,0	44,2
	Bazen	Sayı	-	-	42	3	34	-	20	11	-	9	-	-
	%	-	-	42,4	42,9	41,5	-	39,2	40,7	-	28,1	-	-	
Duymuşluğum var	Sayı	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	%	37,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Toplam	Sayı	221	221	221	221	221	221	221	221	221	221	221	221	
	%	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	
Sağlık Bilimleri Alanı Dışındaki Öğrenciler	Evet	Sayı	176	231	54	266	165	60	149	213	128	211	225	43
		%	54,0	54,5	68,4	56,4	59,1	51,7	57,8	57,7	60,4	53,4	52,9	64,2
	Hayır	Sayı	9	8	168	9	66	152	99	50	119	45	36	207
		%	50,0	61,5	60,2	42,9	47,5	57,4	51,8	48,1	51,3	61,6	72,0	54,3
	Bilmiyorum	Sayı	3	40	-	-	-	67	-	-	32	-	18	29
		%	27,3	63,5	-	-	-	56,3	-	-	57,1	-	72,0	55,8
	Bazen	Sayı	-	-	57	4	48	-	31	16	-	23	-	-
	%	-	-	57,6	57,1	58,5	-	60,8	59,3	-	71,9	-	-	
Duymuşluğum var	Sayı	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	%	62,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Toplam	Sayı	279	279	279	279	279	279	279	279	279	279	279	279	
	%	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	55,8	
<b>Genel Toplam</b>	Sayı	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bilgi çağının gelişimi ile her alanda olduğu gibi sağlık alanında da çok büyük ilerlemeler kaydedilmekte; gerek sağlık çalışanları gerekse sağlık hizmeti alanların, bu gelişimleri takip edebilmeleri için güncellenen sağlık bilgisi anlamına gelen sağlık enformasyonu kavramına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık enformasyonu kavramının yaşam düzeyine oturtulabilmesi için, sağlık eğitiminin yanı sıra sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığının ön planda olduğu tartışmaları da düşünmek gerekmektedir.

Devlet tarafından düzenlenen sağlık enformasyonunun; hedef kitleye ulaştırılması için, öncelikle kampanya konularının doğru bir biçimde işlendiği sağlık iletişimi disiplinine ve düzeyli bir sağlık okuryazarlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak günümüzde sağlık okuryazarlığının istenen düzeyde olmadığı ve sağlık iletişimi organlarının bu konuda yanlış stratejiler izleyerek yaptığı programlar ile kampanyalar gündemi normalden fazla meşgul ederek ana amaçlarından uzaklaşmakta ve bireylerin sağlık davranışlarında olumsuz değişimlere yola açabilmektedir. Tartışmamızın birinci bölümü bu kampanyalara ait örnekler bulunmaktadır.

Bu örneklerden biri olan Dünya Sağlık Örgütü'nün "sigara bağımlılığı" konusunu; insan eliyle oluşan ve önlenebilen epidemi olarak ele alması, birçok kişinin ölüm nedeni olarak göstermesi ve ülkemizin bu konuda dünyada ilk ona girmesi Sağlık Bakanlığı'nı harekete geçirmesidir. Konuyla ilgili olumlu bir girişim olan "Dumansız Hava Sahası" denilen tüm ortak kapalı alanlarda sigara içilmesinin yasaklanması aslında başka konuları da gündeme taşımıştır. Bu konuyla ilgili tartışmalardan biri "Dumansız Hava Sahası" kampanyasının ilk günleri olan yasağa uyum sürecinde yaşanmıştır. Bir günde faaliyete geçen Sağlık Bakanlığı yetkilileri bu konudan tam haberdar olmayan esnaf ve işletmecilerin mekanlarını mühürleyerek kazançlarını, ekonomik durumlarını etkilemiş, bu konu günlerce kamuoyunu meşgul etmiş ve mezenformasyon örneği oluşturmuştur. Bu durum sigara içmeyen kesimi sevindirmiş olsa da sigara içen kişilerin sigarayı bırakma süreçlerinin kış dönemine girmesiyle zorlu bir dönem yaşamalarına sebep olmuş, böylece birçok olumlu, olumsuz ve birbiriyle çelişen birçok haber ortaya çıkmıştır. Bu yasağa uyum oranının %99,2 olduğu bildirilmiş ancak bu oranın günlük yaşamla bağdaşmadığı haberlere de konu olmuş ve düşük seviyede birer mezenformasyon ve dezenformasyon örneği meydana getirilmiştir.

Bunların yanı sıra sigarayı bırakmak için üretilen birçok yan ürününün tanıtımı ve satışına rağbet edilirken, tedavi yöntemlerine belki de bilinçli olarak başvurulmadığı gözlemlenmiştir. Özellikle sigarayı bırakmak için üretilen ürünlerin internet yoluyla satışı yapılması, bu konuda bilimsel tedavi yöntemlerine başvurunun azalmasına neden olabilmektedir. Burada asıl dikkat edilmesi gereken ve gözden kaçan önemli nokta ise kişilerde sigara bağımlılığını yaratan diğer etmenlerin irdelenmesindeki yetersizliktir. Bu etmenler psikolojik, sosyal, genetik ve ekonomik faktörlerdir. Bu faktörlerdeki eksiklikler giderilmedikçe bireylerin konu hakkında doğru davranışlar oluşturabilme olasılığı azalmaktadır. (<http://alternatifiletisim.blogspot.com/2010/02/sigara-bagimliliği-korkutsak-dami.html>, Erişim tarihi 15.08.2010).

Sosyal kampanyalarda eksik olan kavramlardan biri de, tüm bireyleri kendi davranışlarından sorumlu, rasyonel kişiler olarak görmesidir ve kanıtlanmış olgularla (Sigara sağlığa zararlıdır gibi) hareket etmesidir. Bu da korku ve yasak teknikleriyle kişilere doğru verilmektedir. Yapılan çalışmalarda bağımlılık durumu söz konusu olduğunda verilen salt korku dürtüsüyle davranışlarda oluşması beklenen değişikliğe, istenilen düzeyde ulaşamadığı gözlemlenmiştir. Bunun yerine olumsuz sonuçların nasıl azaltılacağına, sigarayı bırakmanın maliyeti hakkında verilecek bilginin, bağımlılıktan kurtulabilmek için kimlere başvurulabileceği gibi somut ve korkunun yerine konulabilecek bir şeyler verilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir. (<http://alternatifiletisim.blogspot.com/2010/02/sigara-bagimliliği-korkutsak-dami.html>, Erişim tarihi 15.08.2010).

Sanatçıların, doktorların televizyon kanallarında dumansız hava sahası ve sigarasız hayat ile ilgili kısa mesajlar verdiği tanıtımlar, toplu taşıma araçlarına asılan afişler gibi iyi uygulamalar yapılmıştır. Haberlerde de bunu destekleyen ve yaptırımların olduğu zorunlu uygulamalarla bu kampanyanın başarısının diğer uygulamalara nazaran daha yüksek olması sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak gerçek hayatta ve haberlerde verilen örneklerin bu bilgilerle çeliştiği gözler önüne serilmiştir. Dezenformasyon örneklerinin çok yaşanmadığı kampanya halen devam etmektedir (Ek: 15, Ek: 16, Ek: 17).

Diğer bir örnek olarak da; hayatın içine toplumsal yaşam kavramlarının girdiği günümüzde bireylerin toplumsal yaşamda kabul görme psikolojisi, şişmanlamaya bağlı olarak artan sağlık ve estetik kaygıları, kişilerin görünümüleriyle barışık ve mutlu yaşam kalitesi elde etmeleri açısından önemsenen estetik ve antiaging uygulamalar yoğun bir biçimde gündemi

meşgul etmektedir. Kaza sonrası oluşan bedensel bozukluklardan, yaşlanma ve kilo alımına bağlı oluşabilecek fiziksel değişikliklere, bireylerde psikolojik sorun oluşturabilecek gözle görülür kusurlardan, kozmetik sorunlara kadar birçok noktada çözüm bulmaya çalışan estetik uygulamalar sağlık iletişimiinde çok kullanılmaktadır. Özellikle iletişimin internet kanalının çokça kullanıldığı bu uygulamaların, günlük hayatta pratik bir biçimde elde edilir hale gelmesi bu konuya talebin artmasına neden olmaktadır (Ek: 24). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı yönetmelikleriyle düzenlenen estetik merkezlerinin çok miktarda açılması, kişilerde bu konudaki sağlık okuryazarlık düzeyini ciddi oranda arttırmıştır (Ek: 22, Ek: 23). Bu işi yapan merkezlerin verdikleri bilgiler ve yaptıkları uygulamalar arasındaki farklılık önyargı oluşumuna neden olabilmektedir. Çünkü uygulamayı ve bilgilendirmeyi mevcut standartlara uygun yapan örnekler olduğu gibi, kötü uygulamalar da çokça bulunmaktadır.

Bireylerin konuyla ilgili standartlar hakkında yeterli bilgi sahibi olmayışı, piyasalar tarafından kullanılmakta ve kötü sonuçlara neden olabilmektedir. Özellikle aynı uygulama için birçok materyalin kullanılabilmesi ve piyasanın çok geniş bir yelpazede çözüm alternatifleri sunması insanları yanıltmaktadır. Üstelik kötü uygulamaların maddi oluşumlarla da çok bağlantısı bulunmamaktadır. Birçok kötü uygulama pahalı olabilirken, ucuz uygulamaların ve ürünlerin, internet sitelerinde bakanlık onaylı oldukları gerekçesi sunularak bu ürünlere ulaşımın kolaylaştırılması ve doktor kontrolü olmaksızın kullanımlarının teşvik edilmesi ile kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen mezenformasyon örneklerini meydana getirmektedir (Ek: 24, Ek: 25).

İnternet ortamında güvenilirliği ispatlanmamış ürünlerin satışı da maddi açıdan insanlara cazip gelmekte ve doktor kontrolü olmaksızın kullanılan bu ürünlerin bilinmeyen etkileri karşısında geri dönülmez olumsuzluklar da yaşanmasına sebep olmaktadır (Ek:25). Bu örnekler ağırlıklı olarak mezenformasyon niteliği taşımaktadırlar. Ancak konular konunun güncel yaşamla iç içe olmasına rağmen oluşan mezenformasyon etkisinin kısıtlı olması paradoksu da yaşanmaktadır. Çünkü uygulamalar ve ürünlerin kullanılması sonucu oluşan istenmeyen etkileri düşünmek yerine bireylere kısa vadede estetik sorunlara çözüm bulma fikri daha cazip gelmektedir. Bu nedenle konuyla ilgili olumsuz haberler kamuoyunda yankı bulsa da bunun etkisi çok uzun sürmemektedir. Yine de zamanla bu konuya ilginin artması sonucu konunun uzmanı kişilerce verilen bilgilerle ilgili birçok alternatif bulunmakta, bu da konuyla ilgili sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırırken, bireylerin olumlu sağlık davranışında

bulunmalarını sağlamaktadır. ([http://www.bademcik.org/makaleler\\_index.php?id=134&tur=makaleler&baslik=Hamilelik%20Sonras%20Este tik%20Kayglar](http://www.bademcik.org/makaleler_index.php?id=134&tur=makaleler&baslik=Hamilelik%20Sonras%20Este tik%20Kayglar) (Erişim tarihi 15.08.2010).

Sağlık haberleri ile yaşanan bir başka tartışma ise keneler ile ilgili oluşturulan konulardır. Son yıllarda Nairovirüs grubu RNA virüslerini taşıyan kenelerin, insanları ısırması sonucu ortaya çıkan ‘‘Kırım Kongo Kanamalı (Hemorajik) Ateş (KKKA, KKHA)’’ denilen ciddi bir hastalık ile oluşturulan haberler, gündemi çok yoğun biçimde etkilemiştir. Dezenformasyon örneklerinin çokça yaşandığı bu olayda verilen bilgiler ve haberler insanlarda panik oluşmasına sebep olmuş, gerçek haberlerin yanında gerçek dışı haberlerle halk adeta korku psikolojisiyle yaşamaya itilmiştir. Birçok kesimin bahar eğlencesi olan piknik ve bahçe bölgelerinden mahrum kalmalarından, asıl bilinmesi gereken halkın her kene ısırığını önemsemesi fakat panik yaratmadan en yakın sağlık kuruluşuna gidilmesi gerektiği bilgileri, haber programlarının dezenformasyon örnekleri içinde eriyip gitmiştir. Bunda sadece mezenformasyon değil sağlık okuryazarlığının düşük olmasının da rol oynadığı görülmüştür. Bunu yanında gerçek dışı birçok haber, halk arasında ciddi boyutlarda panik ve travmalar yaşatmıştır. Verilen bilgilerin belirgin olmaması zihinleri bulandırmış ve halkın konuyla ilgili haberlere güveni sarsılmıştır. Bireylerin edindiği eksik ve yanlış enformasyon ile her görülen kenenin bu hastalığı yayacağı konusunda yanlış inanışlar oluşmuş, hatalı hatta gereksiz sağlık davranışları gözlemlenmiştir. Hastalığın etkisi mevsimlere bağlı olduğundan, bu konu zaman zaman önemini yitirirken, zaman zaman yoğun biçimde işlenmektedir (Ek:26, Ek:27, Ek: 28).

Sağlık konusunda ülkemizde yaşanan başka bir dezenformasyon ve mezenformasyon örneği de GDO (Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar) içeren besinlerle ilgili olmuştur. Hükümetin, GDO içeren besinlerle ilgili yönetmeliklerde kontrol mekanizması oluştururken bu yönetmeliklerde ani değişiklikler yapması haberleri ciddi boyutlarda dezenformasyon oluşturmuş, toplumda bu ürünlere şüphe ve korkuyla bakma psikolojisi meydana getirmiştir. Bilim adamları ve doktorların bile olaya farklı açıdan bakmaları halk arasında panik, korku, endişe ve her ürüne karşı paranoya oluşmasına neden olmuştur. Özellikle hamile ve çocuklarda GDO içeren ürünlerin etkisinin çokça gözleneceği konusunda yayınlanan haber programları, halkın nasıl davranacağı konusundaki belirsizlikleri doğurmuş, toplumda hayat kalitesini düşürerek mezenformasyon örnekleri oluşturulmuştur.

Konu hakkında alınan ani değişiklikleri protesto eden ve GDO içeren ürünlerin yasaklanmasını isteyen sivil toplum örgütleri bu konuda toplumu uyaran mesajlar da

vermiştir. Konuyla ilgili belirsizliklerin artması, toplum psikolojisinde bozukluklar meydana getirmiştir. Bu bozukluklar; bireylerin aldıkları her ürünün içeriğindeki maddeleri irdeleme ihtiyacı hissetmelerinden, insanların denek olarak kullanıldığını savunan kesimlerin oluşmasına kadar genişlemektedir. (<http://www.gidahareketi.org/Bize-De-Ucube-Tohum-Yasasi-Geliyor-Ayni-Irak-Gibi-112-yazisi.aspx>, Erişim tarihi 22.09.2010). Hatta televizyon programları ve dizilerinde konuyla ilgili korku, panik ve protestonun hicvedildiği bölümlere bile rastlamak mümkün hale gelmiştir. Konuyla ilgili sağlık okuryazarlığı artmakla birlikte, bu doğal veya organik besinlerin pahallı olması sonucu piyasada hakim olan GDO içeren ürünlerin üretimi ve satışını engelleyememiştir (Ek: 29, Ek: 30).

Özellikle son yıllarda dünyada ve ülkemizde yaşanan grip salgınlarının en son örneği Pandemik İnfluenza A (H1N1, domuz gribi) hakkında verilen bilgiler sağlık iletişimi ve oluşturulan sağlık okuryazarlığı açısından tam bir güncel örnek niteliğindedir. Çünkü konuyla ilgili çıkan haberlerde verilen bilgilerin eksikliği ve yanlışlığı, mezenformasyon ve dezenformasyonu da aşarak adeta sansasyon niteliğine bürünmüştür. Konu hakkındaki sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasından dolayı, konuyla ilgili doğru olarak yansıtılmak istenen bilgiler bile bir süre sonra, toplumda yanlış kanıya sebep olmuştur. Enfeksiyonun aniden patlak vermesi sonucu oluşan problemler, çözüm üretmesi beklenen sağlık profesyonellerini bile ikiye bölmüştür.

Genel grip virüsünün bile daha fazla can aldığı günümüzde oluşturulan sansasyonel haberler başka bir konuyu da gündeme getirmiştir. Bu da Pandemik İnfluenza (H1N1) salgını sonucu oluşan korku tufanının; sağlığın ticari çevrelerince çok iyi kullanıldığı, hatta bazı ilaç firmalarının kar paylarını arttırabilmek adına verilen yanlış bilgilerin düzeltilmiş kısmının, yalnızca belli bir kesim tarafından öğrenildiği ve bunun bilinçli olarak iletişim organlarıncaya yayıldığı belirtilmiştir. Bu olay bile, salgının suistimal boyutlarına ulaştığını göstererek, mezenformasyonun sansasyonel boyutunu bir kez daha gözler önüne sermiştir (86).

Türkiye yazılı basınında ve televizyonlarda son zamanlarda özellikle kimi hekimler ve üniversite öğretim üyelerinin Pandemik İnfluenza A (H1N1) hakkında görüşlerini içeren haberler, ne yazık ki yol gösterici olmaktan uzak kalmıştır. Özellikle varolan kanıtlar yeterli olarak incelenmeden açıklamalar yapıldığında, yol göstermek şöyle dursun, yazılan ve çizilenler, halk sağlığı açısından katkı yapma yerine ancak gürültü ve bilgi kirliliği oluşturarak mezenformasyon derecesinin artışını sağlamıştır. Bu durumda, doğal olarak halk da bu bilgi



kargaşasında ne yapacağını şaşırır duruma düşmüştür. Bu yanlış bilgilerin yayılımı sonradan düzeltilse bile yarattığı olumsuz etkilerden arındırılması olanaksız hale gelmiştir.

Pandemik İnfluenza A ilgili tartışmalar ve karşıt görüşler sadece ülkemizde değil tüm dünyada yaşanmıştır. Hatta Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) konuya aşırı tepki göstermesi bile karşıt görüşler oluşturmuş, salgının çıkmaması durumunda yapılan harcamaların yersiz olacağı tartışmalarını savunanlar dahi çıkmıştır (Ek: 31).

Konuyla ilgili tartışmalardan bir diğeri ise mevsimsel gripin, pandemik gripten daha ölümcül olduğu tartışmalarıdır. DSÖ, Pandemik influenza (H1N1) 2009 salgınının, mevsimsel grip ya da diğer grip salgınlarıyla karşılaştırılmasının bilimsel açıdan doğru olmadığını savunmuştur. Salgın hastalıklar biliminde yanıtlanması gereken üç önemli soru olan “*kim, nerede ve ne zaman*” soruları bu tartışmaya açıklık getirmektedir. Mevsimsel grip adı üstünde *mevsimsel* bir döngüyü içerir, yani Sonbahar/Kış (Ekim/Aralık) döneminin hastalığıdır. Pandemik grip ise Şubat/Mart 2009'da görüldüğünden kontrol altına alındığı zamana kadar devam etmiştir. İkinci önemli nokta iki gripin etkilediği yaş gruplarıdır. Mevsimsel grip en öldürücü olarak 65 ve üzeri yaş grubunu etkilemektedir. Pandemik grip ise genellikle 50 yaş altı yetişkinlerde görülmektedir. Tartışmalardan üçüncüsü, pandemik grip yeni başlamış, gelişen bir salgındır. Bu nedenle özellikle mevsimsel griple yapılacak bir karşılaştırma yanlış yorumlara ve sonuçlara neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak sağlık iletişimcilerinin konuyla ilgili vurguladığı bu noktalar ise çoğu zaman yanlış aktarılacak şekilde özellikle bu üç noktada mezenformasyon örnekleri oluşturmuş, doğru aktarılmaya çalışılsa da toplumda oluşan ön yargı ve düşük sağlık okuryazarlığı sebebiyle bireyler tarafından yanlış anlaşılmıştır.

Çözölmeye çalışılan tartışmalardan biri olan klinik çalışmalar ve H1N1 aşısının fazlarının tamamlanmaması olgusu mezenformasyonun en önemli örneklerinden biri hale gelmiştir. Bu konu kamuoyunda günlerce tartışılmıştır. Yeni üretilen ilaç ya da aşının kullanılabilir olması için 4 evre vardır. Ancak 4. evrenin, ilaç ya da aşının piyasaya çıktıktan sonra izlenerek yapılması gerekmektedir. Bu da kısa ya da uzun vadede ilaç ya da aşının güvenilirliğini kanıtlamakta ya da yasal düzenleyici kurumlarca yasaklanmasına neden olmaktadır. Gerek aşının içeriği ile ilgili yanlış ve eksik bilgiler, gerekse güvenilirliğinin kanıtlanmadığı haberlerinin yayılması aşı stoklarının erimesini engellemiştir. Beklenenin çok

altında kişi bu aşıyı olmuş ve bu durumun sıklıa tartişılması da ciddi bir mezenformasyon rneği oluşturmuştur (Ek: 31).

Aşının güvenilirliği konusu yine ciddi mezenformasyon ve dezenformasyon örneklerini beraberinde getirmiştir. Aşıyla ilgili çıkan haberlerde yaşanan çelişkinin boyutları, hükümetin yanlış uygulamaları toplumun gözleri önünde sergilenmiştir. Özellikle ülkeye aşı alınmasından sonra, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından herkesin aşılanması gerektiğine dair haberlerinin ardından, Başbakan Recep Tayip Erdoğan'ın aşı olmayacağını açıklaması çok tartişılmış, zaten aşı konusunda şüpheleri olan toplumun çoğu kesimi, bu olaydan etkilenerek aşı olmaktan vazgeçmiştir. Burada yaşanan örnek tipik bir dezenformasyon özelliği taşımaktadır. Konu hakkında kamu sağlığı enformasyonu tam olarak verilememiştir. Hastalık ile ilgili yapılan tartişmaların odak noktası haline gelen 45 milyon aşının deney aşamalarının tamamlanmadığı, etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olunmadığı imajının oluşması toplumda bu gibi konulara güveni sarsmıştır (Ek:32). ([http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com\\_content &view= article&id=397:umit-kartolu&catid=125:makale-ve-dokumanlar&Itemid=544](http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=397:umit-kartolu&catid=125:makale-ve-dokumanlar&Itemid=544), Erişim tarihi 17.08.2010).

Medyanın bu konuyla yaptığı çalışmaların kalitesi daha detaylı incelendiğinde, halka ciddi mezenformasyon örnekleri yaşattığı gözler önüne serilmiştir. Sağlık iletişiminde ciddi bir gücü elinde bulunduran televizyon, gazete ve internet haberleri, sabah programları, tanıtım programları, diziler, mizah programları gibi yayınlarda konu günlerce tartişılmıştır. Ucu açık bu tartişmalar halk arasında panik ve korkuya neden olmuş, sağlam ve doğru bilginin zaten zor elde edildiği bu konu hakkında, zm için ilerlemeyi zorlaştıran önemli etkenlerden biri olarak kafaları daha çok karıştırmıştır. Kamuoyunu günlerce meşgul eden konu adeta sömürü haline gelmiş, özellikle bu alanda rakip olan medya kuruluşları bu tartişma ve haberleri alevlendirerek kullanmıştır. Konuyla ilgili tartişmalar ve haberlerin oluşturduğu bilgi kirliliği, halk ile sağlık örgütlerini karşı karşıya getirmiştir., Erişim tarihi 12.08.2010).

Hastalıkla ilgili hararetli tartişmalar ciddi düzeyde mezenformasyon örnekleri halinde, insanların günlük hayatına işleyerek hijyen konusunda paranoya meydana gelmesine neden olmuştur. Bu süreç içinde eczane ve depolardaki, ıslak mendiller ve antibakteriyel jel stokları tükenmiştir. İnsanlarda obsesif bozukluklar görülmeye başlamış ve pandemik influenza ile oluşan psikolojik ve biyolojik sekonder hastalıklar boy göstermiştir. Sokaklarda tıbbi maske kullanımı, ıslak mendil, sıvı sabun ve dezenfektan madde satışı aşırı derecede artmış,

depolarda ve stoklardaki antibakteriyel el jellerinin tükenmesi merdiven altı üretimi arttırmıştır. Buna bağlı olarak kimyasal içeriği bilinmeyen el jellerinin zararları gündeme gelmiştir. Bu jelleri kullanan kişilerin cildinde alerjik reaksiyonlar görülmüştür. Hatta ülkemizde ilkokul çağında bir çocuğun çantasındaki antibakteriyel jeli kullanırken, jelin gözüne kaçması sonucu geçici körlük yaşadığı haberi bile yayınlanmıştır (Ek: 33).

Pandemik influenza ile ilgili Türkiye’de yayımlanmış bir makalede, özellikle ilaç tekeli elinde tutan ilaç yöneticilerinin belli stratejiler üreterek pazarlarını genişletebilecekleri belirtilmiştir. Bu stratejiler domuz gribi örneğinde olduğu gibi yeni hastalıklar tanımlamak üzere ilaç satış alanları yaratmak, bilinen hastalıkların tanım ve tedavilerini yönlendirmek suretiyle daha geniş bir grubun hasta kategorisine girmesini sağlamak, hastalıkları abartarak hastaların daha fazla ilaç tüketmelerini sağlamak, ilaç tüketim zincirindeki denetimi ortadan kaldırıp insanların gereksiz ilaç kullanmasını sağlamak olduğu üzerinde durulmuştur. Bunun yanında domuz gribi ilaç ve aşılarındaki sınır ve kontrolün ortadan kaldırıldığı, tüm dünya nüfusunun adeta bir pazar haline getirildiğinin altı çizilmiştir (87).

İnternette kanun açısından verilmesi engellenen bazı bilgi ve videolar, bireyler tarafından paylaşım sitelerinde paylaşılmıştır. Örneğin, Finlandiya eski sağlık bakanının pandemik grip aşısının ölümcül olduğunu savunması, sosyal paylaşım sitelerinde (facebook, twitter gibi) bile oldukça tartışılarak mezenformasyon örneklerinin artışı sağlanmıştır.

Tartışma kısmının ikinci bölümünü ‘‘Üniversite Gençliğinde GDO İçeren Ürünlerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi’’ başlıklı anket yorumları oluşturmaktadır. Bu kapsamda bir çalışma seçilmesindeki neden; yakın geçmişte farklı branşlar olarak kabul edilen sağlık enformasyonu, sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığının sebep sonuç ilişkisi içerisinde incelenmek istenmesidir.

Biyoteknolojinin konularından biri olan genetik mühendisliğinin temel uygulamaları arasında ‘‘genetik materyali değiştirme veya bir türden diğerine transfer etme işlemi’’ olarak adlandırılan işlem sonucu üretilen GDO’ lu ürünler güncelliğini gün geçtikçe artarak devam ettirmektedir. Geçmiş dönemlerde açlık sorununa çözüm olarak geliştirilen GDO’ lu ürünlerin geliştirilmesine çok önem verilmiştir. Bu dönemlerde konunun hep olumlu taraflarını destekleyen bilimsel camia ve sivil toplum kuruluşları savunmalarını; gıdaların nüfusa yetmemesi sorununa çözüm olarak üretilen GDO’ lu ürünlerin sadece gıda alanında değil başka sektörlere de fayda sağlayacağını altını çizerek yapmışlardır (88).

Ancak yıllarca GDO' lu ürünler e ait risklerin toplum düzeyine indirgenmemesi ve konuyla ilgili yasal düzenlemelerin aniden hayata geçirilmesi sonucu özellikle iletişim kanallarının, bu konunun negatif yönlerini almalarına ve toplumu olumsuz yönde etkilemelerine neden olmuştur.

GDO' lu ürünler ile edinilen bilgilerin oluşturduğu mesajlar, anketimiz ile yorumlanmaya çalışılmış; bu alanda yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma aracılığıyla çalışmamızın; farklı üç yardımcı disiplin olan sağlık enformasyonu, sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığının olumlu sağlık davranışını oluşturma açısından birbirine olan etkilerinin incelendiği bir yaklaşımda ilerlemesine dikkat edilmiştir.

Çalışmada bu noktadan yola çıkılarak hazırlanan anket sorularının cevapları gelecek nesli de ilgilendirdiğinden üniversite gençliğinde araştırılmıştır. Tıbbi alanda yapılan klasik sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleme yöntemlerinden bağımsız olarak anket çalışmamızda, iletişim kanalları aracılığıyla edinilen enformasyonun etkileri irdelenmeye çalışılmıştır. Enformasyon ve iletişim araştırmacılarının; sağlık okuryazarlığı konusunda kendi alanlarında yaptıkları çalışmalara sıkça rastlanmış, ancak oluşan sağlık okuryazarlığı düzeyinin ağırlıklı sağlık ve tıp alanında irdelendiği görülmüştür. Çalışmamızda ise GDO'lu ürünlerle ilgili görüşler; sadece sağlık alanında değil; ülkemizde zaman içinde gerçekleştirilmiş kampanya, haber ve etkinlik örneklerinin derlemesiyle, iletişim ve enformasyon alanını da içine katarak yorumlanmıştır.

Diğer çalışmaları sadece okuryazarlık boyutunu içermesi, iletişim ve enformasyonun sağlık okuryazarlığına etkisini gözlemlemeyi amaçlayan çalışmamızın tartışma kısımlarını sınırlandırmıştır. Yapılan literatür taramalarında dünyada ve ülkemizde GDO' lu ürünlerle ilgili olarak, özellikle sağlık enformasyonu ve sağlık iletişiminin, sağlık okuryazarlığı üzerine etkilerini tartışan herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu noktada çalışmamız; sağlık okuryazarlığı için elde edilen sağlık enformasyonunun, sağlık iletişimi yoluyla topluma nasıl ve ne kadar yansıdığını gösteren başka bir örneğin bulunamadığı bir araştırma niteliğindedir.

GDO'lu ürünler ile ilgili kazanılmış sağlık okuryazarlığı boyutunda edindiğimiz bazı çalışmalara göz atacak olursak; ülkemizde Kaynar P. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; Refik Saydam Hıfzısıhha kurumunda çalışan eğitim düzeyi ilköğretim-lisansüstü arasında olan, 517'si kadın, 498'i erkek, ortalama yaş grubu 45 olan kişilerinde sağlık personelinin de bulunduğu toplam 1015 personelin GDO'lu ürünlerle ilgili tutum ve

davranışları gözlemlenmiştir. Söz konusu çalışmada yaş ve eğitim farklı düzeylerde iken, çalışmamızda yaş ve eğitimin homojen olması iki çalışma arasında farklılık oluşturmaktadır.(<http://www.foodsafetycongress.org/files/downloads/2.GGKSUNUMLAR/09.12.2010/30AGUSTOSSALONU/16.40-18.10/PINARKAYNAR/PINARKAYNAR2010.pdf> Erişim tarihi: 20.06.2011).

Çalışmada GDO' lu ürünlerin sağlık açısından oluşturacağı riskler konusunda görüş yoğunluğu % 50,8'lerdeyken, çalışmamızda bu oran %84,8'lerde seyretmektedir. Diğer çalışmada eğitim düzeyi arttıkça GDO'lu ürünlerin yararı konusunda görüş yoğunluğu sağlanırken, çalışmamızda eğitim seviyesinin homojen olmasına rağmen bu oran %2,6'larda seyrettiği görülmektedir.

Yine aynı çalışmada GDO içeren gıdaların satın almak istememe eğilimi gözlemlenmiştir. Birçok katılımcı GDO' lu ürünlerin üzerinde GDO yazısı olan bir etiketin olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu saptamalar sağlık okuryazarlığı açısından çalışmamızla örtüşmektedir.

Bu çalışmada personelin GDO konusunda daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği ve iletişim açısından iletişim araçlarının daha etkili kullanması gerektiği üzerinde durulmuştur. Gözlemlenen iki durum, enformasyon ve iletişim açısından çalışmamızla örtüşmektedir.

Ahmet Demir ve Akın Pala'nın yaptığı bir çalışmada ise (89), toplumun GDO' lu ürünlere bakış açısı irdelenmiştir. 439'u kadın, 474'ü erkek toplam 913 kişiyle yapılan bu çalışmada katılımcıların yarıya yakın kısmının (% 41,07) GDO terimini ilk kez televizyondan duyduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda GDO terimini televizyon ve radyodan duyanların oranı %66,8'dir.

Bu araştırmada katılımcıların %45,73'nün GDO'ların sağlık sorunları yaratabileceği cevabını verdikleri görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise GDO'LU ürünlerin zararlı olabileceğine dair görüşlerin %84,8 oranında olması, yapılan çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir.

Katılımcıların %91,79'unun alışverişlerinde ürünlerin etiketlerini okudukları tespit edilmiş, tamamına yakını (%95,62'si) ürünlerin üzerinde GDO etiketi olmasını desteklediği gözlemlenmiştir. Bu oranın, çalışmamızda %85,0 olduğu tespit edilmiştir. Üzerinde GDO olduğu belirtilen ürünü satın almayacağını söyleyen katılımcı oranının yüksek olması

(%85,76) yaptığımız çalışma sonuçlarıyla (%64,4) paralellik gösterse de daha yüksek bir yüzdede bulunmaktadır. Ancak yapılan bu çalışmalarda iletişimin etkilerinin ölçülemediği gözlemlenmiştir

2006 yılında Bolu'da yapılmış olan ve Türkiye 9. gıda kongresinde sunulmuş bir çalışmada; Marmara bölgesi ağırlıklı olmak üzere çeşitli illerde 18-60 yaş arası 408 kişiye 10 soruluk bir anket uygulanmış, ankete katılanların %60,0'ının GDO'lu ürünlerin sağlık açısından güvenilir olmadığı görüşüne sahip olduğu ve GDO içeren ürünlere karşı önyargılı kesimin 30-39 yaş grubundakiler olduğu belirtilmiştir. Eğitim seviyesi artışıyla, bu ürünleri kullanabileceklerini belirten tüketici yüzdesinin arttığı gözlemlenmiştir. Çalışmamızda ise GDO içeren ürünlerin zararlı olduğu fikrinin %84,8 oranında desteklendiği gözlemlenmektedir. Anketimizdeki yaş grubunun daha genç ve homojen olmasına ve tüketici eğitimi alınmasına rağmen GDO içeren ürünleri almayacaklarını belirtenlerin oranı %64,4 olduğu gözlemlenmektedir. Buna bağlı olarak anketimizde çıkan sonuç ile diğer çalışmanın sonuçlarının örtüşmediği görülmektedir. Yine diğer çalışmada GDO içeren gıdalar ile ilgili toplumun daha fazla aydınlatılması için doğru bir risk iletişimine ihtiyaç olduğuna değinilmiştir. Bu fikir çalışmamızda da desteklenmektedir ([www.gidadernegi.org/TR/Genel/dg.ashx?DIL=1&BELGEANAH](http://www.gidadernegi.org/TR/Genel/dg.ashx?DIL=1&BELGEANAH) Erişim tarihi 22.06.2011).

Ülkemizde Başaran ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (90); gençlerde GDO'lu ürünlerle ilgili tarımsal kültür, yine ankete katılanların GDO'lu ürünlerin etiketlemesiyle ilgili görüşleri ve satın alma eğilimleri gözlemlenmiştir. Buna göre ankete katılan 670 kişinin %23,7'sinin GDO'lu ürünlerin zararlı olduğu görüşünü savunduğu gözlemlenmiştir. Anketimize katılanların bu soruyu %84,8 oranında desteklemesi çalışmamızla bu çalışma arasında farklılık oluşturmaktadır. Diğer yandan çalışmaya katılanların %80'inin GDO'lu ürünlerin üzerinde GDO etiketinin bulunması gerektiğini savunması çalışmamızdaki sonuç (%85,0) ile paralellik göstermektedir.

2008 yılında GATA'dan Koçak N. ve arkadaşlarının yaptığı bir anket araştırmasında (91) ise ankete katılan 524 öğrenciden, anketi yeterli dolduran 428 kişi değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmaya göre katılımcıların %43,9'u, GDO içeren ürünlerle ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda bu oran %3,6 olarak belirlenmiştir. Bu duruma göre özellikle 2009-2011 yılları arasında sivil toplum kuruluşlarının yaptığı etkinlikler ve iletişim kanallarının yaptığı haberler sonucu toplumun bu kesimine

GDO içeren ürünlerle ilgili bir enformasyon akışı olduğu gözlemlenmiştir. Bu da sağlık alanında iletişim ve enformasyonun, özellikle genç nesil üzerinde ciddi bir birikim ve hızlı bir biçimde sağlık okuryazarlığı düzeyi oluşturduğunu göstermektedir.

Yine 2008 yılında Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'ında yapılmış bir çalışmada, sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde GDO içeren ürünlerle ilgili oluşan algı, tutum ve davranışlar gözlemlenmiştir. Buna göre katılımcıların GDO' lu ürünlere karşı risk algılarının yüksek (%81,6), ancak bilgi düzeylerinin düşük olduğu (%13) belirlenmiştir. Çalışmamızda da insan sağlığına zararını destekleyen %84,8 oranında katılımcı düzeyi bulunurken, yasal boyutla ilgili bilgisi olan kısmın %53 oranında seyrettiği gözlemlenmektedir. Dolayısıyla bu durum çalışmamızla kısmen de olsa örtüşmektedir (92).

Konunun yasal boyutuyla ilgili olarak; ABD, Kanada gibi ülkelerin GDO içeren ürünlere karşı genellikle liberal bir yaklaşım çizdiği görülürken, Avrupa ülkelerinde konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapıldığı dikkati çekmektedir. Bu konuya oldukça duyarlı bir tavır sergileyen Avrupa ülkelerinde, GDO içeren ürünlerin etiket içerikleri tamamen açık bir biçimde yazılmaktadır. GDO içeren ürünlerin takibi bazı programlarla (Co-Extra, Sigmea vb.) yapılmaktadır. ([www.coextra.eu/](http://www.coextra.eu/), Erişim tarihi 06.08.2011). Japonya, Malezya ve Avustralya'da da toplumun, GDO' lu ürün içeriklerinin açıkça belirtilmesi gerektiğini desteklemektedir. Buna karşın Amerika ve Kanada'da GDO içeren ürünleri üreten şirketler, devlet tarafından desteklenmektedir. Ülkemizde ise Tarım Bakanlığı'nın çıkardığı bir yönetmelikle ülkemizde GDO içeren ürünlerle ilgili genel bir düzenleme yapılmıştır. Ancak yapılan düzenlemenin, GDO' lu ürünlerin sadece ithalatı, işlenmesi ve ihracatı ile ilgili yönetmelik boyutunda olması bilimsel camiada yeterli bulunmamıştır. Güvenilirlik konusunda çelişkiye düşen çevreler, GDO' lu ürünlerin üretimi ve ticareti için yasal bir dayanağa kavuşturulması gerektiği üzerinde durmuştur. Hatta bu yasaların yapılacak geniş katılımlı sempozyumlarla desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte konunun basın yoluyla kamuoyuna yansması pek çok kişinin kafasını karıştırmıştır. Hatta bazı çevreler, yönetmelikle GDO içeren ürünlerin kontrollü de olsa serbest bırakılmasını ilkesel olarak doğru bulmamıştır. Avrupa Birliği'nin bu konuyu ulusal güvenlik sorunu olarak ele alması ve konunun sadece insan değil çevre sağlığı açısından da ele alınması bu çevreler için önemli noktalardır. (<http://yenisafak.com.tr/Yorum/?i=221041>, Erişim tarihi 05.08.2011). Bu nedenle toplumda GDO içeren ürünlerin, insan sağlığı ve çevre sağlığı açısından güvenli olduğu ispatlanmadan kullanım ve ticaretine izin verilmemesi gerektiği savunulmaktadır.

Anketimizde, GDO' lu ürünlerin girişini kontrollü biçimde serbest bırakan yönetmeliği destekleyen katılımcıların oranı %76,6'dır. Buna bağlı olarak bu durum anket çalışmamız ile örtüşmektedir.

Yunanistan'da 229 üniversite öğrencisiyle yapılan bir anket çalışmasında GDO içeren ürünlerle ilgili düşünceleri araştırılmış, ankete katılanların %63,0'unun bu ürünlere karşı negatif tutum benimsediği gözlenmiştir. Avrupa'da bu ürünlerin onaylanmış olduğuna dair bilgi verilmesine rağmen, katılımcıların %28'inin güvenilir önerisini reddettiği yönünde eğilimleri olduğu belirtilmiştir. Oysa çalışmamızda GDO' lu ürünlerin sağlığa zararlı olduğuna dair oranın %84,8'lerde, ancak doğal madde içermeyen ürünleri edinmeyle ilgili yanıtların %55,8'lerde, çalışmamızda ise yazılı ve/veya sözlü basın GDO ile ilgili haberlerin hayat tarzlarını değiştirmediklerine dair yanıtların %46,4'lerde olması anketlere verilen Yunanistan'daki cevapların frekans sonuçlarıyla farklılığını yansıtmaktadır. Buna bağlı olarak; yapılan anketlerin yaş ve eğitim düzeyi açısından aynı dilimdeki gruplarla gerçekleşmesi; GDO'lu ürünlerin sağlığa zararlı olduğuyla ilgili Türkiye'de sayıca daha yüksek (%84,8) olması, Yunanistan'da ise oransal olarak daha düşük (%63,0) ancak eğilime rağmen hala GDO' ya karşı ön yargılı olmaları bu oranı azımsatmıştır (93).

2002 yılında Çin'de 1000 kişi ile yapılan bir anket çalışmasına göre, katılımcıların %71,0'inin GDO içeren ürünlere karşı ön yargılı oldukları , % 60,0'ının GDO içeren ürünleri edinmede isteksiz olduğu belirlenmiştir. GDO içeren ürünleri tüketen ülkeler arasında ön sıralarda olan Çin'de uygulanan yasal düzenlemelerin etiketleme bakımından toplumu etkilemede yetersizlik gösterdiğine inanan katılımcıların oranı %55,0'dir. Bu durumun çalışmamızda olmayan bir nokta olarak bulunması, yapılması gereken yasal düzenlemelerin de bu konuda hız kazanması gerektiğini göstermektedir (94).

Amerika'da yapılan bir çalışmada İspanyol ve beyaz ırka mensup Amerikalı öğrencilerle bir anket çalışması yapılmıştır. İspanyol kökenli Amerikalı öğrencilerin %80'inin, beyaz ırka mensup öğrencilerin ise %91'inin çok güvenmemelerine rağmen GDO içeren besinleri tükettikleri gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar ile çalışmamızdaki sonuçlar arasında oransal farklılıklar bulunmaktadır. Çalışmamızda "doğal madde içermeyen ürün alır mısınız?" sorusuna verilen evet yanıtı %55,8 oranındadır. Bu sonuçlar, Amerika'da doğal olmayan maddelerin daha yaygın kullanıldığı fikrini desteklemektedir (95).



Günümüzde sağlık okuryazarlığı sonucu oluşan sağlık davranışlarının olumlu yöne doğru yol alması için, sağlık okuryazarlığının yeni bir boyut kazanması gereklidir. GDO örneğinden yola çıkılacak olunursa; üniversitelerde edinilmiş bilgilerin gençlerde okul eğitimi ile birlikte iletişim kanallarından edinildiği gözlenmektedir. Ana bilim dallarının açılmasıyla (genetik mühendisliği vs.) ve teorik eğitimin iletişim kanalları ile desteklenmesi, gençlerde edinilen bu bilgileri pratiğe dökme şansları ve eğilimlerinin daha yüksek olmasına neden olmuştur. Oysa 70'li yaşlardaki bir bireyin GDO ile ilgili sağlık okuryazarlığını alabileceği ortam, ancak etkili bir iletişim kanalıdır. GDO örneğinde edinilen enformasyonunun; devlet aracılığının yanı sıra, sivil toplum kuruluşlarının, hatta bireylerin (Prof. Dr. Kenan Demirkol gibi) girişimleri sonucu geliştiği gözlenebilmektedir ancak bunlar doğru bir sağlık okuryazarlığı, dolayısıyla olumlu sağlık davranışı için yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık enformasyonu, sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı disiplinlerinin yasal bir zemine oturtulması gerekmektedir.

Küreselleşme, enformasyon ve sağlık iletişimi kavramlarıyla bütünleşebilen sağlık okuryazarlığı; diğerlerinden ne bağımsız ne de onlara bağlıdır. Bununla birlikte sağlık enformasyonu, sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili ortaya bir sorun çıkmaktadır. Bu sorun da disiplinlerin birbirlerine olan katkılarının ve yansımalarının ölçülememesidir. Örneğimizde olduğu gibi iletişim ve enformasyon; sağlık okuryazarlığını ancak belli noktalar ve belli zamanlarda etkilerken, belli zamanlarda ise etkisiz kalabilmekte hatta ters yönde etkisini gösterebilmektedir. Ayrıca enformasyon, iletişim ve sağlık okuryazarlığının aynı zamanda kendi müdahale alanlarının da olması birbirlerini etkiledikleri alan ve zamanda aralarında çatışma olmasına da neden olmaktadır. Bu nedenlerle sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde enformasyon ve iletişimin; ne zaman ve hangi şartlarda önemli hale geldikleri yeterince anlaşılabilir. Dolayısıyla sağlıkla ilgili konular kendi müdahale alanlarını icra eden bu disiplinlerin belli bir sağlık davranışı oluşumu için birleşmeleri ve birbirlerini desteklemeleri ile anlamlı hale gelmektedir.

Tüm bu örnekler ve çalışmalar bir kez daha ortaya koymuştur ki, sağlık enformasyonu yaşamın temelini teşkil eden bir konudur. Bir sistem olarak ele alınmalı ve bu konunun doğru olarak yaygınlaşması için yardımcı disiplinler olan sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığının ana disiplin haline gelmeleri sağlanırken, bu üç olgunun aynı zamanda birbiriyle etkileşim halinde olması için çalışmalar, projeler ve yasal düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

## 6. EK LİSTESİ



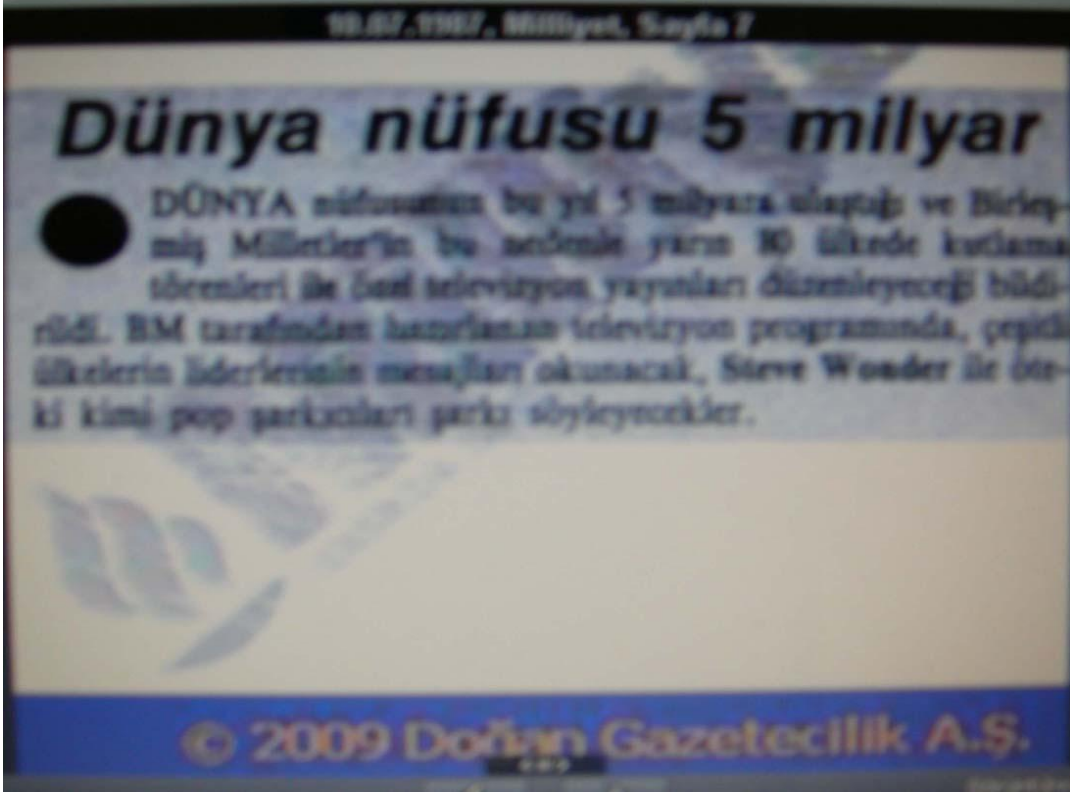
**Ek 1:** Örnek 1, Aile Planlaması Kampanyaları.

**Yayınlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber.

**Yayın Tarihi:** 12. 04. 1987, Sayfa 2.

**Konu:** Dönem hükümetinin başlattığı "Aile Planlaması Kampanyası" ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1987/04/12>



**Ek 2:** Örnek 1, Aile Planlaması Kampanyaları.

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber, Sayfa 7.

**Yayın Tarihi:** 10.07.1987

**Konu:** Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun "Aile Planlaması" etkinlikleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1987/07/10>



**Ek 3:** Örnek 1, Aile Planlaması Kampanyaları.

**Yayımlayan Kuruluş :** Milliyet Arşiv Haber, Sayfa 3.

**Yayın Tarihi:** 29.11.1988

**Konu:** Bürokrat, sağlık profesyoneli ve iletişimcilerin katıldığı sempozyum haberi.

**Haberin Ahndığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1988/10/29>



**Ek 4:** Örnek 1, Aile Planlaması Kampanyaları.

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber, sayfa 3.

**Yayın Tarihi:** 29.10.1988

**Konu:** Doğum kontrol yöntemleri ve istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1988/01/14>

# tüm gazeteler

## Çernobil nükleer felaketinin 23. yıldönümü



**Ukrayna`da, dünyanın en büyük nükleer kazası olan Çernobil`deki nükleer reaktörün patlamasının 23. yıl dönümünde anma töreni düzenlendi**

Aralarında Devlet Başkanı Viktor Yuşçenko ve üst düzey yetkililerin de bulunduğu 100 kadar kişi, Kiev`de gece yarısından sonra düzenlenen törende, kazanın kurbanlarının anısına dikilen anıta çiçekler bıraktı. Geleneksel anma töreni, Çernobil`in 4 numaralı reaktörünün 26 Nisan 1986`da yerel saatle 01.23`te patlaması nedeniyle, her yıl 01.20 sularında düzenleniyor. Törene, patlamanın ardından tesisin temizlenmesinde çalışan çok sayıda görevlinin de katıldığı ve bu görevlilerden çoğunun törende gözyaşlarını tutamadığı görüldü. Çernobil çalışanlarının bir bölümünün yaşadığı, tesise 50 kilometre mesafedeki Slavutiç kasabasında da, kazanın kurbanları için yüzlerce Ukraynalının katıldığı bir ayin düzenlendi.

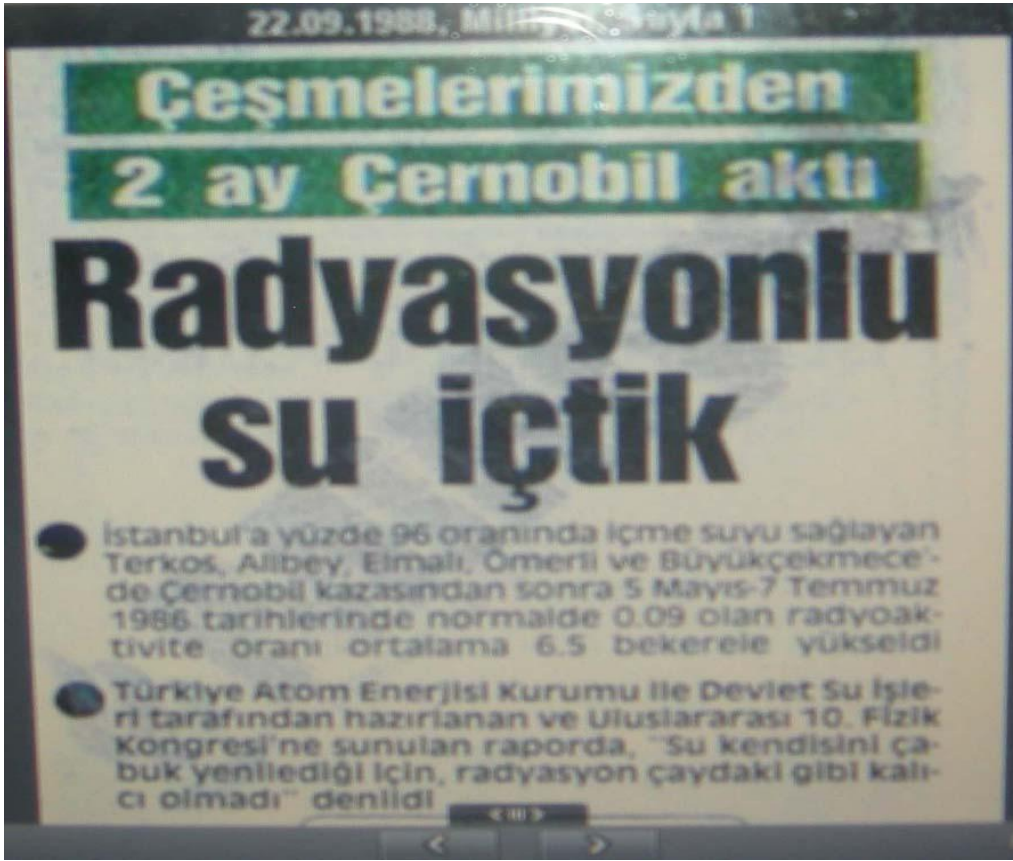
**Ek 5: Örnek 2, Kanser İle İlgili Kampanyalar .**

**Yayımlayan Kuruluş:** Tüm Gazeteler Haber Portalı.

**Yayın Tarihi:** 26.04.2009

**Konu:** Çernobil patlamasının neden olduğu radyasyon ile ilgili haberler ve etkinlikler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.tumgazeteler.com>



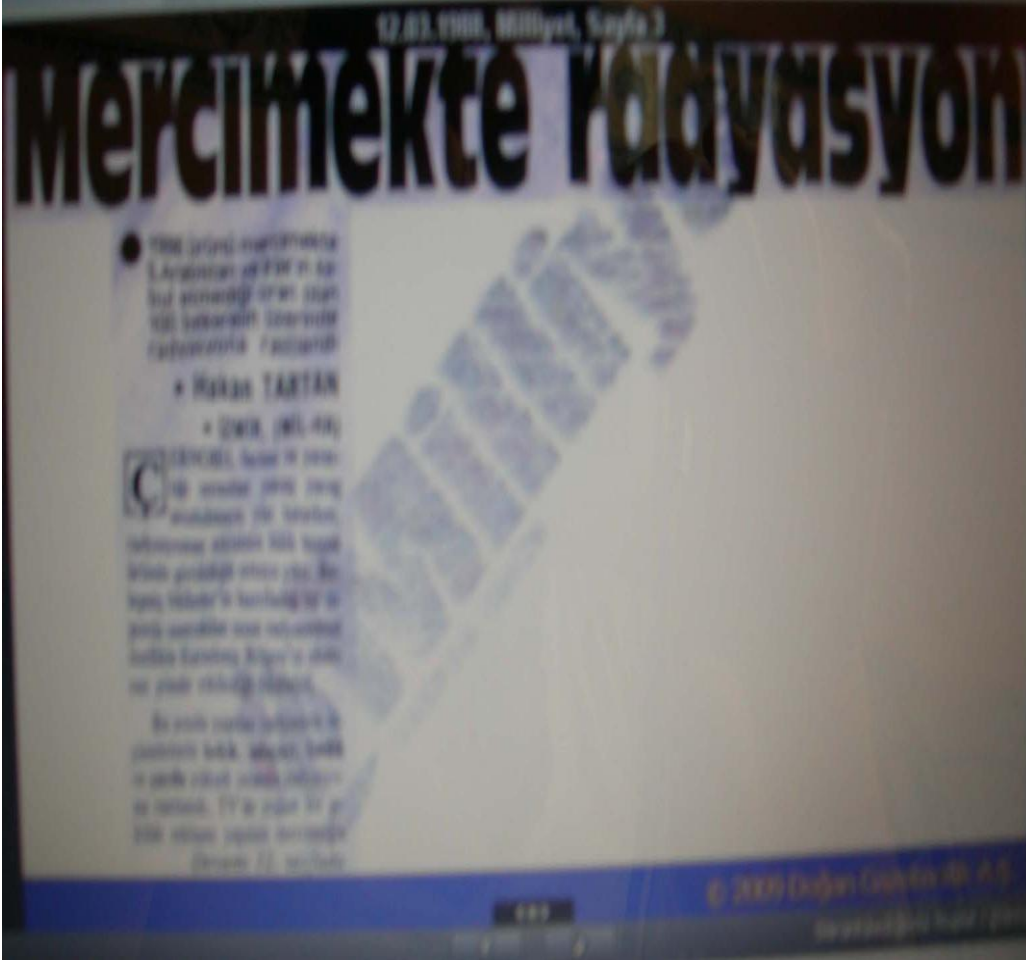
**Ek 6:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber, Sayfa 1.

**Yayın Tarihi:**22.09.1988

**Konu:** Radyasyona karşı hükümet politikalarının yetersizliği, radyasyonlu ürün haberleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1988/09/22>



**Ek 7:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber, Sayfa 3.

**Yayın Tarihi:** 12.03.1988

**Konu:** Radyasyona karşı hükümet politikalarının yetersizliği, radyasyonlu ürün haberleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1988/03/12>





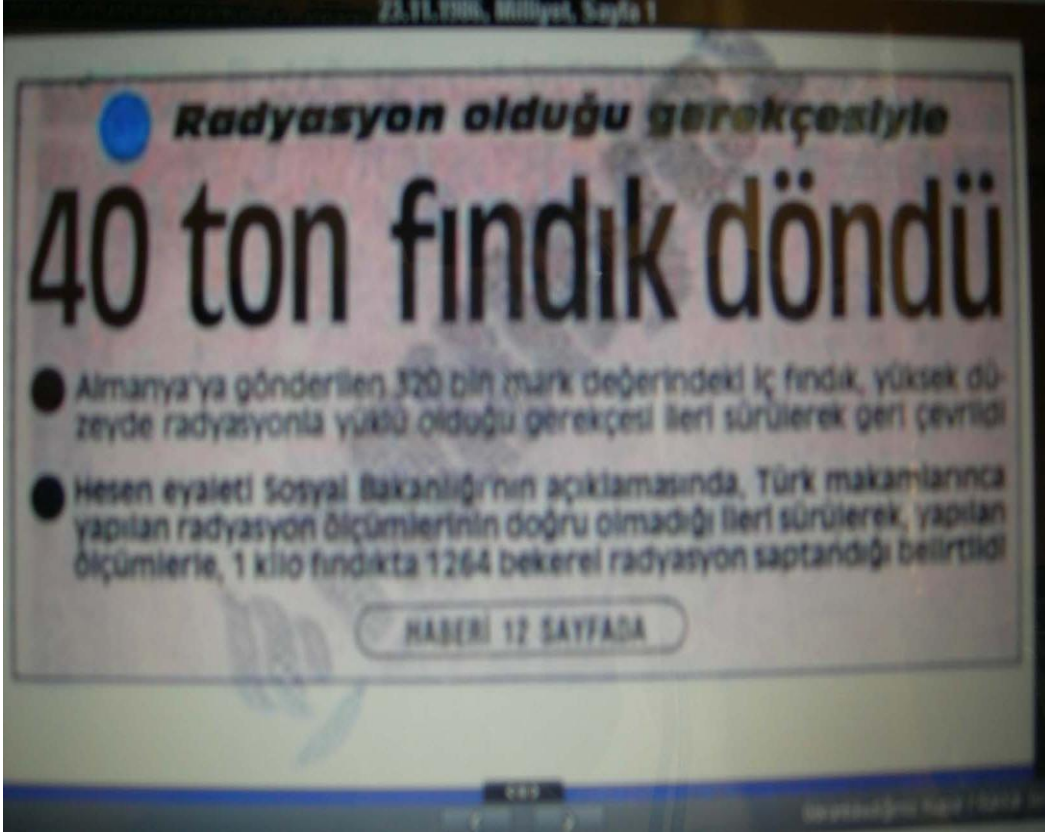
**Ek 8:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber, Sayfa 3.

**Yayın Tarihi:**20.07.1988

**Konu:** Radyasyona karşı hükümet politikalarının yetersizliği, radyasyonlu ürün haberleri.

**Haberin Ahndığı Web Sitesi:**<http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1988/07/20>



**Ek 9:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Arşiv Haber, Sayfa 1.

**Yayın Tarihi:** 23.11.1986

**Konu:** Radyasyona karşı hükümet politikalarının yetersizliği, radyasyonlu ürünler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1986/11/23>



**Kazım Koyuncu ve Çernobil** Keşke Olmasaydı. Yaşar Taşkın Koç'un hazırlayıp sunduğu 'Keşke Olmasaydı'da bu akşam Karadenizli müzisyen Kazım Koyuncu'nun dosyası ekrana geliyor. Annesi, babası, kardeşi, arkadaşları, beraber müzik yaptığı insanlar ve konuyla ilgili bilim adamı röportajlarının bulunduğu; doğup büyüdüğü evde çekimler yapılarak gerçekleştirilen bölümde Çernobil, kanser, Karadeniz ve müzik ele alınıyor.

**Ek 10:** Örnek 2, Kanser İle İlgili Kampanyalar

**Yayımlayan Kuruluş:** Sabah Gazetesi Haber

**Yayın Tarihi:** 04.08.2008

**Konu:** Çernobil patlaması sonucu oluşan radyasyondan dolayı bu bölgede yaşayan birçok sanatçımız Kazım Koyuncu'yu anma etkinliği.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.sabah.com.tr/2008/08/04/gny/haber,E9308C7D6112404188836EB35BB03ADhtml>



Açılış sayfası yap Sık kullanılanlara ekle İletişim

## Hayat kurtaran bilezik

**Bisikletçi Lance Armstrong'un, kanser hastalarına yardım için başlattığı 'sarı bilezik kampanyası', Filiz Akın sayesinde bugün Türkiye'de de başlıyor**

*Deniz Altuntaş.* Kanserini yendikten sonra spora dönen ve pek çok başarıya imza atan ABD'li dünya bisiklet şampiyonu Lance Armstrong'un başlattığı 'sarı bilezik' kampanyası, kanser hastalarının tedavisi için yapılan yardımların simgesi haline gelmişti. ABD başta olmak üzere pek çok ülkede talep gören sarı bileziklerin satışından elde edilen gelir, kanser hastalarının tedavisinde kullanılıyor. Bu projenin Türkiye'deki öncüsü ise Filiz Akın oldu.

Lance Armstrong'dan etkilendiklerini söyleyen Akın, geliri, kanser tedavisinde kullanılacak sarı bilezikleri Ulus 29'da tanıttı. **"Migros'larda 1 YTL"**

Kanserin, tedavisi çok pahalı bir hastalık olduğunu ifade eden Akın, şunları söyledi:

"İmkânları kısıtlı olan insanlara yardım edelim istedik. Meme Kanseri Vakfı'na yardım edeceğiz. Bilezikler, bugünden itibaren MMM Migros mağazalarında kasaların yanında 1 YTL fiyatla satılacak. Dünyada günde 400 bin adet satışı olan bu bileziklerin tüm kazancı meme kanseri vakfına gidecek. Bu bileziklerle hayat kurtarabiliriz."

**Ek 11:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan:** Milliyet Haber.

**Yayın Tarihi:** 27.04.2005

**Konu:** Meme kanseri ile ilgili Filiz Akın'ın yürüttüğü "Sarı Bilezik" kampanyası.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.milliyet.com.tr/2005/04/27/magazin/amag.html>



[Anasayfa](#) / [Sağlık](#) / AVON'la Sağlık TIR'ı Trabzon'da

## AVON'la Sağlık TIR'ı Trabzon'da

“Sağlığa Yolculuk Projesi” kapsamında, Acıbadem Mobil Sağlık Hizmetleri'nin katkılarıyla özel olarak hazırlanan “AVON'la Sağlığa Yolculuk TIR'ı” Trabzonlu kadınlarla buluşuyor. AVON, 14 yıldır meme kanseri hakkında toplumu bilinçlendirmek ve kadınlara meme kanserine karşı erken teşhis olanağı sağlamak amacıyla ‘AVON'la Sağlığa Yolculuk Projesi’ni yürütüyor.



Türkiye’de pek çok ilde ücretsiz mamografi taramaları gerçekleştirerek ve bilinçlendirme seminerleri düzenleyerek kadınlara mümkün olduğu her noktada ulaşmayı hedefleyen AVON, projeyi bir ileri aşamaya taşıyarak ‘AVON'la Sağlığa Yolculuk Tırı’ ile yola devam ediyor. ‘AVON'la Sağlığa Yolculuk Tırı’, Trabzon Belediyesi'nin de katkılarıyla 12-13 Mayıs tarihlerinde Trabzon'da ziyaretçileriyle buluşuyor. Hizmet Gazetesi© 2010

**Ek 12:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Hizmet Gazetesi Arşivi.

**Yayın Tarihi:** 10.05.2010

**Konu:** Sivil toplum kuruluşları ve çeşitli firmaların, sosyal sorumluluk projeleri adı altında katıldığı meme ve serviks kanseri erken tanı için tarama etkinlikleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.hizmetgazete.com/index.php?sayfa=avonla.saglik.tiri.trabzonda&d=tr>

## KANSER ARTIK BİRİNCİ ÖLÜM NEDENİ:

**Ekonomik açıdan da en fazla zarar veren hastalık, kanser.**



Kanser, dünyada en fazla ölüme neden olan hastalıklar listesinde ilk sıraya yerleşiyor. Kanser, ekonomik açıdan da en fazla zarara yol açan hastalık konumunda. Sigara kullanımı ve hızla artan obezite, kanser, kalp ve damar hastalıkları ile şeker hastalığının her geçen gün daha yaygın şekilde görülmesine neden oluyor. Dünyadaki ölümlerin yüzde 60'tan fazlası bu üç kronik hastalıktan kaynaklanıyor. Dünya Sağlık Örgütüne göre kanser bu yıl kalp rahatsızlıklarını geçerek en fazla ölüme yol açan hastalık olacak. 2008'de 7 milyon 600 bin kişi kanserden hayatını kaybederken, her yıl 12 milyon 400 kişiye kanser teşhisi konuyor. "Amerikan Kanser Derneği" tarafından hazırlanan son bir rapor kanserin aynı zamanda en maliyetli hastalık olduğunu da ortaya koydu. KANSERLE MÜCADELEYE DAHA FAZLA KAYNAK AYRILMALI 2008'de kanser tam 895 milyar dolar ekonomik kayba yol açtı.Kanseri, 753 milyar dolar maliyetle kalp hastalıkları takip ediyor. Kaynak: NTV

**Ek 13:** Örnek 2, Kanser ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Net Haber Arşiv Portalı.

**Yayın Tarihi:** 18.08 2010

**Konu:** Kanserde erken teşhisin önemi ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.nethaber.com/Yasam/157796/KANSER-ARTIK-BIRINCI-OLUM-NEDENI>



Sigarayı bırak, 6 bin YTL kazan

**Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün kontrolünde gerçekleştirilen, sigarayı bırakma düşüncesinin harekete geçirilmesini amaçlayan “Bırak-Kazan 2006” kampanyasının 1-28 Mayıs tarihleri arasında yapılacak.**

İZMİR - 4 hafta sürecek kampanya boyunca sigara içmeyen kişiler arasında yapılacak kura çekimiyle bir kişi 6 bin YTL kazanacak. **2004’TE 60 BİN KİŞİ KATILDI**  
2002 yılında düzenlenen kampanyaya ülke genelinde 9 bin 98 sağlık personeli olmak üzere 98 bin 845 kişinin, 2004 yılındaki kampanyaya 60bin kişinin katılımının sağlandığını ifade eden Özkan, 1-28 Mayıs tarihleri arasındaki kampanyaya vatandaşların ilgi göstermesini istedi.

**Ek 14:** Örnek 3, Sigara ile İlgili Kampanyalar.

**Yayın tarihi:** 12.04.2006

**Yayınlayan Kuruluş:** NTV Haber Portalı.

**Konu:** “Sigarayı Bırak Kazan” kampanyası ile ilgili haber.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/368730.asp>

# tüm gazeteler

## Vatandaşlara sorumluluk düşüyor



**Türkiye`de dumansız hava sahasının genişletilmesiyle, vatandaşla ve işletmeciler yasağa uymayanları uyarmak ve ilgili birimlere bildirmekle sorumlu tutuluyor.**

Sağlık Bakanlığınca hazırlanan ``Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberi``nde tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu alanlarda vatandaşların ve işletme sahiplerinin, yasağı çiğneyenlere karşı nasıl bir tutum sergilemesi gerektiği ayrıntılı olarak yer alıyor.

Buna göre, tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu alanda tütün ürünü tüketen bir kişiyi gören vatandaş, önce karşısındaki yasağı ihlal eden kişiye ``sigara içilmez`` işaretini gösterip, sigarasını söndürmesini rica edecek. Kişi sigarasını söndürmeyi reddederse de vatandaş, 24 saat açık olan ``ALO SABİM 184``, kendi ilindeki Dumansız Hava Sahası İrtibat Merkezi veya yasal uyarı yazısı üzerinde telefon numarası bulunan kolluk kuvvetini arayabilecek ya da olay yerine göre ``155 polis`` ya da ``156 jandarma`` hattına ihbarda bulunabilecek. Böyle bir ihbar alan ``Dumansız Hava Sahası İrtibat Merkezi`` sorumlusu, şikayeti değerlendirecek ve derhal ekipler yönlendirilecek. Olay yerine intikal eden ekip, sigara içen kişi hakkında gerekli tutanağı düzenleyecek. Sigara için kişi, cezayı peşin ödeyebilecek. İşletme sorumlusu ise uyarılacak, eğer uyarıya rağmen şikayete konu olay tekrar edilmişse işletme hakkında tutanak tutulacak ve belediye encümenine/mahalli mülki amire iletilecek.  
ANKARA- Yeşim Sert Karaaslan- AA-

**Ek 15:** Örnek 3, Sigara Kullanımı ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** Tüm Gazeteler Arşiv Haber.

**Yayın Tarihi:** 23.07.2009

**Konu:** ``Dumansız Hava Sahası`` ile ilgili haberler.**Haberin Alındığı Web Sitesi:**  
<http://www.tumgazeteler.com/?a=5344425>





## • Dumansız hava sahası sağlığa yararlı

**İlgili Haberler** [Sigaraya harcanan para korkutucu](#) [L&M markalı sigarada indirim](#) [Yanlış sağlık alışkanlıkları nasıl düzeltilir?](#)  
[Sigaranın "stresi giderdiği" de yalanmış](#) [Tiryaki resimli uyarıya kendi önlemini alıyor](#)

**TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl, sigara yasanının uygulamaya girmesinden sonra sadece İstanbul'da solunum yolu enfeksiyonu ve astım kriziyle ilgili olarak hastane acillerine başvuru sayısının önemli derecede azaldığını bildirdi.**

Prof. Dr. Erdöl, Danıştay'ın sigara yasağını Anayasa'ya aykırı bulduğunu, son kararı vermesi için konuyu Anayasa Mahkemesi'ne taşıdığını hatırlattı. Anayasa Mahkemesi'nin, kahvehanelerde sigara içilmesine yasak getiren yasa hükmünün iptali için yapılan başvuruyu reddetmesini beklediklerini belirten Erdöl, "Anayasa Mahkemesi'nin böyle bir karar vereceğini umuyorum" dedi. Yasanın yürürlükten kalkması veya yasağın yumuşatılması durumunda Türkiye'nin geri kalmış ülke konumunda olacağını vurgulayan Erdöl, şöyle devam etti: "Bu işten tek karlı çıkacak olan tütün sektörü olur. Böyle bir karar alındığı zaman, bu kararı emsal gösterip tüm alanlar için dava açılabilir. Böylelikle tekrar her yerde sigara içilebilir. 5727 sayılı sigara yasağı ile ilgili düzenleme sonrası ülkede sigara satışlarının azaldığı, insanların daha sağlıklı ortamlarda yaşamaya başladıkları bir gerçek. Sağlıklı bir ortamda yaşama hakkı Anayasa ile güvence altındayken 5727 sayılı yasanın Anayasa'ya aykırı olduğu kabul edilemez."

**Ek 16:** Örnek 3, Sigara Kullanımı ile İlgili Kampanyalar.

**Yayımlayan Kuruluş:** CNN Türk Sağlık Haberleri.

**Yayın Tarihi:** 31.07.2010

**Konu:** "Dumansız Hava Sahası" ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.cnnturk.com/2010/saglik/07/31/dumansiz.hava.sahasi.sagliga.yaradi/585233.0/index.html>



**Kuru, sulu hepsi zararlı. ANKARA 20.07.2010**

Ödül töreninde konuşan Erdoğan sigara için "İntiharın özgürlüğü olmaz" derken alkol konusunda öğüt verdi: İnadına 'Belli miktarı yararlı' diyenler var. Üzümden elde edilmiyor mu bu? Onu ye...Dünya Sağlık Örgütü, Başbakan Tayyip Erdoğan'a Dumansız Hava Sahası Uygulaması nedeniyle Küresel Sigara ile Mücadele 2010 Yılı Özel Ödülü'nü verdi. Sigara içmenin intiharla eşdeğer olduğunu belirten Erdoğan, dumansız hava sahası uygulamasına 'özgürlüğümüz kısıtlanıyor' diye karşı çıkanlara "İntiharın özgürlüğü olmaz" dedi. Erdoğan'ın mesajları şöyle:

■ **ELİ SİLAHLIDAN FARKI YOK:** Ben bu olayı intihar olarak görüyorum. İntiharın özgürlüğü olmaz. Kullanıyor, kullanabilir bu ayrı bir konu. Ama bunu kimse özgürlükler tanımı içerisinde yorumlamasın. Biz muhafazakar ve demokrat bir iktidar olarak olayı böyle tanımlıyoruz. Ve bir kısıtlamaya, yasaklamaya bu alanda bizler gittik. Yapılanın sigara içmeyenlerin sağlığını korumak amacıyla hayata geçirilmiş bir uygulama olduğunu belirtmek durumundayım. Elinde silahla sağa sola saldıran insan ne ise, bana göre aktif bir içici olarak, pasif içici durumunda olan bizlerin de o tür ortamlardaki hali odur.

■ **YANIMDA İÇEMEZSİN:** Ben mecbur muyum canım senin içtiğin sigaranın dumanı ile zehirlenmeye? Sen bana bunu yapamazsın, böyle bir hakkın yok, öyle ise saygı duy çık dışarıda iç. Benim yanımda bunu içemezsin. Benim Bakanlar Kurulumda bir kişi sigara içemez, zaten sigara içen de kalmadı Allah'a şükür. Varsa bile gizli içiyorlar. Bizim toplantılarda sigara falan içilmez. Çünkü sağlıklı düşüneneceksen sigara içmeyeceksin.

■ **AĞIR KAYIP VERDİK:** Sigara tüketiminin terörden daha fazla kayıp verdiğini müşahede ediyoruz. Bugün dünyada bilinen 50'nin üzerinde hastalık sadece sigara kullanımından dolayı ortaya çıkıyor. Dünyada yılda 5 milyon kişi, ülkemizde ise her yıl yaklaşık 100 bin kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybediyor.

**Ek 17: Örnek 3, Sigara Kullanımı ile İlgili Kampanyalar.**

**Yayımlayan Kuruluş:** Sabah Gündem Haberleri .

**Yayın Tarihi:** 20.07.2010

**Konu:** ‘Dumansız Hava Sahası’ ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**[http://www.sabah.com.tr/Gundem/2010/07/20/kuru\\_sulu\\_hepsi\\_zararli\\_alkol\\_icecegine\\_uzum\\_ye\\_32070973667](http://www.sabah.com.tr/Gundem/2010/07/20/kuru_sulu_hepsi_zararli_alkol_icecegine_uzum_ye_32070973667)

**1 Aralık Dünya AIDS günüÇarşamba,**

Dünya genelinde 3 milyonu bu yıl olmak üzere son 24 yılda 25 milyon kişinin AIDS'ten öldüğü, en az 40 milyon kişinin de HIV virüsü taşıdığı bildirildi.

1 Aralık Dünya AIDS Günü vesilesiyle bir rapor yayınlayan Birleşmiş Milletler (BM), AIDS'in insanoğlunu ciddi bir şekilde tehdit ettiğini bildirdi

**İLİŞKİLİ BAŞLIKLAR**

»Dünya genelinde 3 milyonu bu yıl olmak üzere son 24 yılda 25 milyon kişinin AIDS'ten öldüğü, en az 40 milyon kişinin de HIV virüsü taşıdığı bildirildi.

1 Aralık Dünya AIDS Günü vesilesiyle bir rapor yayınlayan Birleşmiş Milletler (BM), AIDS'in insanoğlunu ciddi bir şekilde tehdit ettiğini bildirdi.

Dünya genelinde yaklaşık 40 milyon 300 bin kişinin HIV virüsü taşıdığı tahmin ediliyor.

Yine tüm dünyada 3 yaşın altında toplam 2 milyon 300 bin çocuk HIV virüsü taşıyor.

AIDS hastalarının 17.5 milyonunu kadınlar oluşturuyor.

**2005 yılı itibarıyla AIDS'li hastaların bölgelere göre dağılımı**

Güney Afrika: 25.8 milyon Kuzey Afrika ve Ortadoğu: 510 bin Latin Amerika: 1.8 milyon

Karayib Adaları: 300 bin Kuzey Amerika: 1.2 milyon Batı Avrupa: 720 bin

Doğu Avrupa ve Orta Asya 1.6 milyon Güney Asya: 870 bin

Güney ve Güneydoğu Asya: 7.4 milyon Okyanusya: 74 bin

**2005'te AIDS'e yakalananların bölgelere göre dağılımı**

Güney Afrika: 3.2 milyon Kuzey Afrika ve Ortadoğu: 67 bin Latin Amerika: 200 bin

Karayib Adaları: 30 bin Kuzey Amerika: 43 bin Batı Avrupa: 22 bin

Doğu Avrupa ve Orta Asya : 270 bin Güney Asya: 140 bin

Güney ve Güneydoğu Asya: 990 bin Okyanusya: 8 bin 200

**2005'te AIDS'ten ölenlerin bölgelere göre dağılımı**

Güney Afrika: 2.4 milyon Kuzey Afrika ve Ortadoğu: 58 bin Latin Amerika: 66 bin

Karayib Adaları: 24 bin Kuzey Amerika: 18 bin Batı Avrupa: 12 bin

Doğu Avrupa ve Orta Asya: 62 bin Güney Asya: 41 bin

Güney ve Güneydoğu Asya: 480 bin Okyanusya: 3 bin 600

AIDS ile ilgili veriler, BM bünyesindeki UNAIDS ve WHO'nun Kasım 2005'de yayınladığı en son raporlarda yer almaktadır. -İHA-

**Ek 18:** Örnek 4, HIV/AIDS Kampanyaları .

**Yayımlayan Kuruluş:** Medimagazin Haberleri.

**Yayın Tarihi:** 30.11.2005

**Konu:** Dünya Sağlık Örgütü'nün 1 aralık AIDS günü çerçevesince yapılan araştırmalar.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-1-aralik-dunya-aids-gunu-1-666-2471.html>

**.Tarih .Kültür .Arkeoloji FOCUS DERGİSİ ETKİNLİKLERİ.****AIDS'LE**

**MÜCADELE ETKİNLİKLERİ AĞUSTOS 2002** sayısı ile birlikte Focus dergisi "Suskunluğa Son" kampanyası başlattı. Kampanya çerçevesinde Focus dergisi AIDS Savaşım Derneği ile birlikte başta Focus okuyucuları olmak üzere toplumun çeşitli kesimlerini HIV/AIDS konusunda bilgilendirmek için toplumsal bir misyon üstlendi. Bu etkinlikler ile gerek derginin içinde editorial destek sağlanarak, gerekse AIDS Savaşım Derneği ile birlikte İstanbul'da seminerler zinciri düzenlenerek toplumu bilinçlendirme amacı güdüyor.



**16 Ekim 2002'de Boğaziçi Üniversitesi Kuzey Kampüsü'nde** başlayan etkinliklerde AIDS Savaşım Derneği'nin AIDS Paneli, Mimar Sinan Üniversitesi öğrencilerinin AIDS ile ilgili küçük bir tiyatro gösterisi, ve Focus stand etkinlikleri vardı. □ **1 Aralık 2002 Dünya AIDS Günü'nde** İstanbul Cemal Reşit Rey Konser Salonu'nda AIDS Savaşım Derneği'nce gerçekleştirilen etkinliğe Focus dergisi de stand açarak katıldı

**3 Aralık 2002'de TED İstanbul Koleji'nde** AIDS Savaşım Derneği'nin de katkılarıyla "AIDS'i Tanıyalım, AIDS'ten Korunalım" konulu konferans düzenlendi.

**4 Mart 2003 Yeditepe Üniversitesi Kayışdağı Kampüsü'nde** AIDS Savaşım Derneği'nin de katkılarıyla AIDS'le Mücadele Semineri ve Coşkun Aral'ın Haberci programının AIDS ile bölümünün yer aldığı video gösterisi yapıldı.

**18 Mart 2003'te İstanbul Üniversitesi Vezneciler Kampüsü'nde** de AIDS'le Mücadele Semineri ve Coşkun Aral'ın AIDS ile ilgili video gösterisi yapıldı. Bu sefer de İstanbul Üniversitesi Biyoloji Araştırma Laboratuvarı (BAL) işbirliği ile AIDS Semineri verildi. İlk önce, Fen Fakültesi önünde standımızı açarak üniversiteli gençlerle hem sohbet etme imkanına kavuştuk, hem de bol bol anket formu doldurttuk... saat 14:00 gibi AIDS Savaşım Derneği doktorları ile ÖKM (Öğrenci Kültür Merkezi)'nde Biyoloji Bölümü ve Fen Fakültesi öğrencileri ile AIDS konulu bir panel düzenledik, daha sonra da Coşkun Aral'ın Haberci programından AIDS konulu videoyu hep birlikte izledik. İstanbul Üniversitesi öğrencilerinin yanı sıra dışarıdan başka öğrencilerin de katıldığı ve oldukça yoğun ilginin olduğu etkinlikten sonra öğrencilere Focus dergisi hediye ettik.

**31 Mart 2003'te Sabancı Üniversitesi'nde** yer alan Cinsel Sorumluluk Haftası çerçevesinde Focus dergisi olarak stand açtık, ve AIDS Savaşım Derneği işbirliği söyleşiler yaptık. Ayrıca yaptığımız anketlerle öğrencileri daha yakından tanıdık.

**2 Mayıs 2003'te Yıldız Teknik Üniversitesi Yıldız kampüsü'nde** AIDS Savaşım Derneği işbirliği ile bu sefer güneşin altında, yemyeşil Yıldız Üniversitesi bahçesinde stand başında "HIV+ ve Psikoloji" konulu sohbet yaptık. Yıldız Teknik Üniversitesi öğrencileri Focus standında hem AIDS'le ilgili sorularına yanıt buldular, hem de dergiye abone olma fırsatını yakaladılar.

**Ek 19: Örnek 4, HIV/AIDS Kampanyaları.**

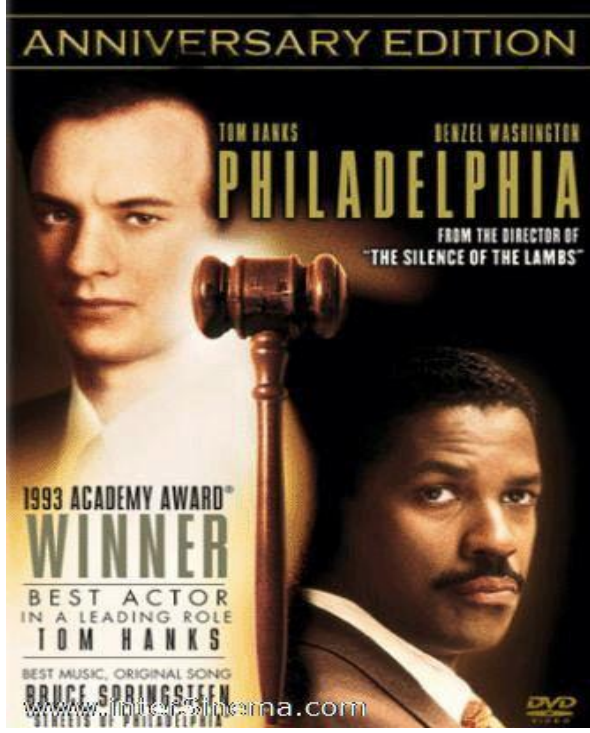
**Yayımlayan Kuruluş:** Doğan Burda Digital Servisi.

**Yayın Tarihi:** Mayıs 2005

**Konu:** Kurum ve sivil toplum örgütlerinin HIV etkinlikleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.focusdergisi.com.tr/etkinlikler/00322/index.php>



#### Philadelphia Filminin Konusu

Gösterime girdiği yıl (1993) 201,300,000 \$ gişe hasılatı olan film Aids olan bir iş adamı(oda avukattı sanırım ) eşcinselin hukuk ve hayatta kalma mücadelesi..Eşcinsel olduğu ve üstelik aids'li olduğu için işinden haksız yere kovulan Andrew hakkını sonuna kadar korumaya kararlıdır.. Her gittiği avukat ona sırtını döndüğü için son çare olarak Joe'ya başvurur. İlk başlarda ön yargılı olsada günler geçtikçe Joe'da Andrew'a destek olmaya başlar..

Yönetmen : [Jonathan Demme](#)

Yapım yılı/ ülkesi: 1993/ ABD.

Senaryo: [Ron Nyswaner](#)

Orjinal Dili: İngilizce

Oyuncular: [Tom Hanks](#), [Denzel Washington](#), [Roberta Maxwell](#),

Filmin süresi: 125 dk

[Buzz Kilman](#), [Karen Finley](#)

**Ek 20:** Örnek 4, HIV/AIDS Kampanyaları.

**Yayımlayan Kuruluş:** Vidi Film.

**Yayın Tarihi:** 1993

**Konu:** Vizyona girmiş HIV/AIDS ile ilgili filmlerin afişleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.vidifilm.com/tag/philadelphia-filmi-izle>



**Ek 21:** Örnek 4, HIV/AIDS Kampanyaları.

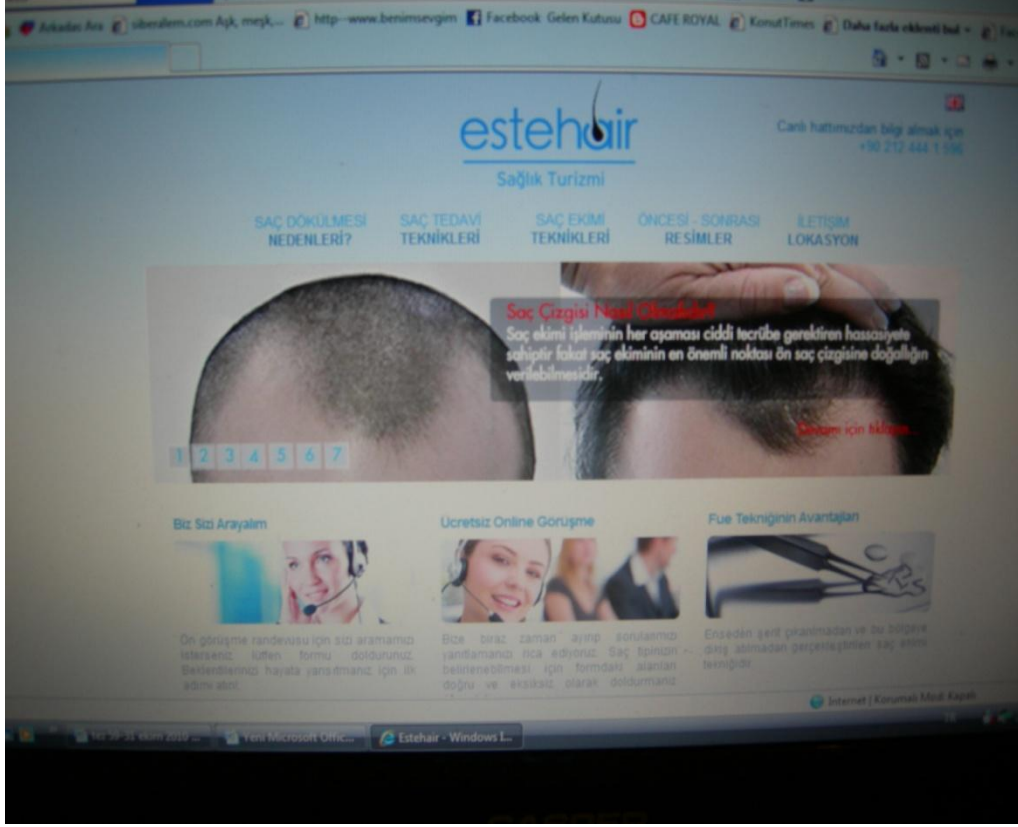
**Yayımlayan Kuruluş:** Wikipedia.

**Yayın Tarihi:** 11. 10. 1993

**Konu:** Vizyona girmiş HIV/AIDS ile ilgili filmlerin afişleri.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

[http://en.wikipedia.org/wiki/And\\_the\\_Band\\_Played\\_On\\_\(film\)](http://en.wikipedia.org/wiki/And_the_Band_Played_On_(film))



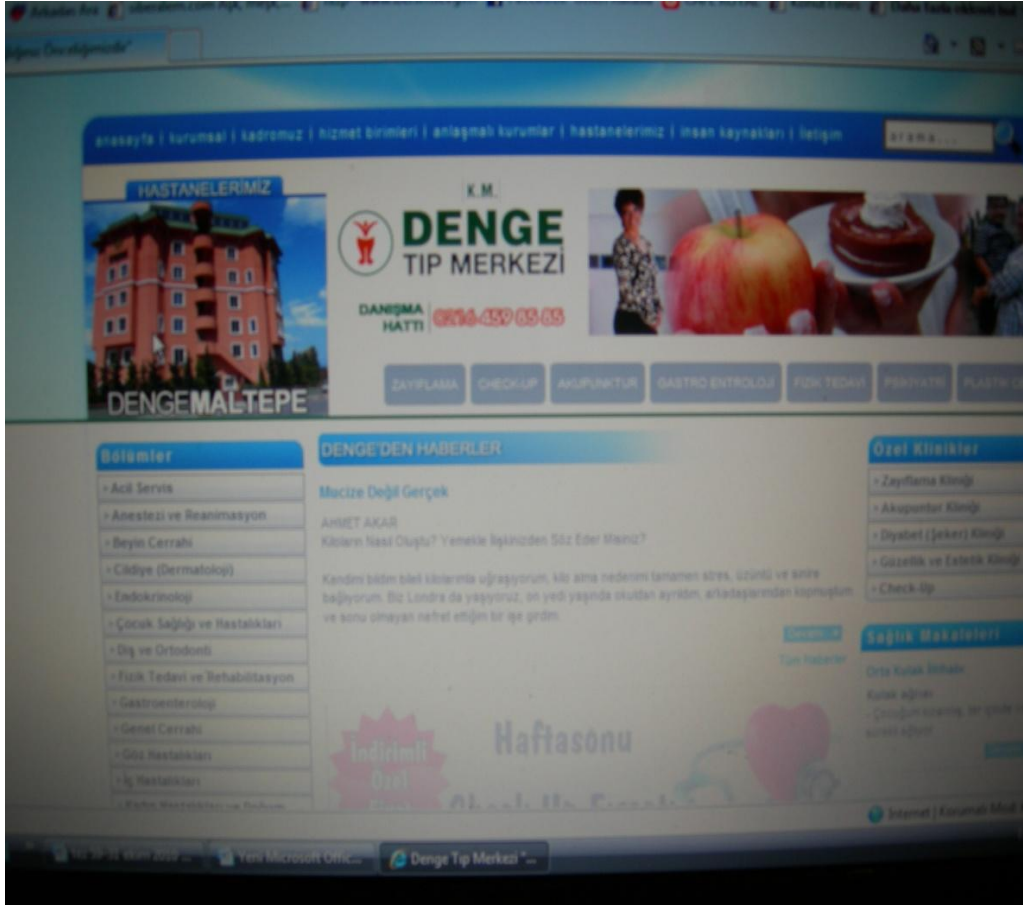
**Ek 22:** Örnek 5, Estetik Antiaging Uygulamalar ile İlgili Kampanyalar.

**Web sitesinden alıntı yapıldığı tarih:** 10.11.2010

**Yayımlayan Kuruluş:** Saç ekimi uygulayan merkezler.

**Konu:** Saç ekimi .

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.estehair.com/sac-ekimi.htm>



**Ek 23:** Örnek 5, Estetik Antiaging Uygulamalar ile İlgili Kampanyalar.

**Web Sitesinden Alıntı Yapıldığı Tarih:** 10.11.2010

**Yayımlayan Kuruluş:** Zayıflama merkezleri.

**Konu:** Zayıflama, diyet .

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.dengesaglik.com.tr/>



[www.trsatıs.net](http://www.trsatıs.net)

www.acaicilegizayiflanmahapi.com  
Amerikada Yok Satıyor!!!  
Şimdi Türkiye'de...  
Hemen Satınal  
İNDİRİMLİ Orjinal Acai

Sponsor Reklamlar:

**Bakanlık Onaylı Biber Hapı**  
www.redpepper.gen.tr  
Red Pepper Orjinal Biber Hapı ile  
yaza formda girmek için geç kalmayın  
2 haftada  
**4 Kilo**  
Sipariş vermek için hemen tıklayın!  
İNDİRİMLİ  
sipariş ver

Tütüne Son Sigara Bırakma Tabletiyle,  
Sigarayı 7 günde bırakın!  
TARİH VE KÖYİSİZİ  
BAKANLIĞI  
%100 DOĞAL  
Tutuneson  
Tercih Sizin!  
sigara kullanan  
sigara kullanmayan  
sipariş ver

**Ek 24:** Örnek 5,Estetik ve Antiaging Uygulamalar ile İlgili Kampanyalar.

Örnek 2, Sigara ile İlgili Kampanyalar .

**Yayınlayan Kuruluş:** İnternet satış siteleri.

**Yayın Tarihi:** 2010

**Konu:** İnternet kanalı yoluyla satılan estetik ve sağlık ürünleri

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.trsatıs.net/>



## Zayıflama ilacı öldürdü

Sağlık Bakanlığı genç kadının ölümünden sonra ilacı toplattı...

03.08.2010 17:46:20 Kastamonu'nun Çatalzeytin ilçesinde yaklaşık 2 ay önce karın ağrısı, ishal ve kusma şikayetleri sonrası tedavi gördüğü hastanede hayatını kaybeden 23 yaşındaki Nilay Dinçer'in kullandığı "Pepper Time" (kırmızı biber hapı) isimli zayıflama ilacı, Sağlık Bakanlığı tarafından toplatıldı. Edinilen bilgiye göre, evli ve bir çocuk annesi Nilay Dinçer'in rahatsızlanarak özel bir hastanede tedavi altına alınması ve bir süre sonra da hayatını kaybetmesi üzerine inceleme başlatılan Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü, hastanın teşhis, tedavi ve ölümü sürecini mercek altına aldı. Bu arada soruşturma başlatan Sağlık Bakanlığı da genç kadının hastaneye başvurduğu andan itibaren kullandığı ilaçlar, yapılan tetkikler ve düzenlenen raporları İl Sağlık Müdürlüğünden talep etti.

### - "GEREKLİ RAPORU SAĞLIK BAKANLIĞINA GÖNDERDİK" -

Kastamonu İl Sağlık Müdürü Dr. Yusuf Öztürk AA muhabirine yaptığı açıklamada, olayla ilgili başlatılan soruşturma çerçevesinde Nilay Dinçer ile ilgili tüm tetkik ve raporların Sağlık Bakanlığına gönderildiğini söyledi. Hastanın kullandığı zayıflama ilacıyla ilgili bakanlığın çalışmalarını sürdürdüğünü kaydeden Öztürk, "Şu an için Nilay Dinçer'in ölüm sebebinin bu ya da başka bir ilaçtan olduğunu söylemememiz kesinlikle mümkün değil" dedi.

### - "SİBUTRAMİN" ETKEN MADDESİ İÇEREN 9 İLAÇ DAHA PİYASADA -

Öte yandan Sağlık Bakanlığı yetkilileri, şu anda piyasada bulunan zayıflama ilaçlarından sadece birinin ruhsatlı olduğunu, bunun dışında ilaca benzeyen 3 ayrı markanın da ara ürün olarak satıldığını bildirdi. Daha önce izin verilmiş bazı zayıflama ilaçlarının "sibutramin" etken maddesi içerdiği için bir süre önce ruhsatlarının askıya alındığını belirten yetkililer, söz konusu ilaçların bu nedenle piyasada bulunmadığı bilgisini verdi..

### TOPLATILAN İLAÇ İNTERNETTEN SATILYOR

Öte yandan Sağlık Bakanlığının toplattığı ve dağıtımını yasakladığı zayıflama ilacı "Pepper Time"ın halen bazı internet sitelerinde satıldığı belirlendi. AA muhabirinin yaptığı araştırmada, birçok internet sitesi üzerinden serbestçe satılan zayıflama ilacının sipariş üzerine kutusu 49 liradan istenilen adrese gönderildiği ortaya çıktı.

**Ek 25:** Örnek 5, Estetik ve Antiaging Uygulamalar ile İlgili Kampanyalar

**Yayımlayan Kuruluş:** Kanal D Haber Portalı.

**Yayın Tarihi:** 03.08.2010

**Konu:** İnternette satılan estetik ve zayıflama ürünlerin zararları ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://haber.kanald.com.tr/Haber/Saglik-35/Zayiflama-ilaci-oldurdu-6874.aspx>



## Uzmanından 'kene salgını' uyarıları

**Kene ısırması sonucu Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığının neden olduğu ölümlerdeki artış, "salgın" diye nitelenecek boyuta ulaştı. NTVMSNBC konuyu uzmanlara sordu.**



İSTANBUL - Sağlık Bakanlığı verilerine göre; kayıtlara geçen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığından ölüm sayısı 2002-2003 yılında 6 iken, 2007'de 33 oldu, bu yılın ilk 6 ayında ise 25'e yükseldi. Geçmiş yıllarda daha çok Doğu, Güneydoğu'da görülürken, bu yıl Ankara, Çanakkale, İzmir, İstanbul'da da görülmeye başladı. İstanbul İl Sağlık Kurulu üyelerinden Prof. Dr. Ayşen Gargılı hastalık taşıyan kenelerin gelişimini anlattı, bugünkü durumu "kene salgını" olarak niteledi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'den Doç. Dr. Önder Ergönül ise hastalığın seyrini, bulaşma şartlarını anlattı, erken müdahaleye rağmen ölüm riskinin yüzde 10 olduğunu altını çizdi. **PROF. GARGILI: KIŞ HAFİF GEÇERSE, KENE ARTIYOR**

Prof. Gargılı'nın NTVMSNBC'ye bugünkü duruma ilişkin yaptığı değerlendirme şöyle:

"Bugün ülkemizde başlamış ve yaşanmakta olan bir salgın var. Bunu kesinlikle söyleyebiliyoruz. Olay trajik boyutlara ulaştı.

### **BAŞKA BÖCEKLER HASTALIK BULAŞTIRMAZ**



"Yaban hayvanları, bu hastalığı taşıyan kenelerin en sevdiği konaklardan. Sevilen konak çoğalıyorsa, bu konaktaki kene sayısı da artacaktır. Yani konak artışı kenenin artışına da neden olacaktır. Kene popülasyonu arttıkça, virüslü kenelerin oranı artacak, dolayısıyla insanlarla karşılaşma riski artacaktır. **LAÇLAMAK DOĞAL HAYATI ÖLDÜRÜYOR**

"Nereyi ilaçlayacaksınız? Bu keneler doğada, ormanda, kırsal alanda yaşıyor. Bütün tarlaları, ormanları, yabani-doğal hayatı ilaçlamanız lazım

**Ek 26: Örnek 6, Kırım Kongo Kanamalı Ateş Hastalığı ile İlgili Haber ve Etkinlikler**

**Yayımlayan Kuruluş:** NTV Arşiv Haber

**Yayın Tarihi:** 19.06.2008

**Konu:** Kene ilaçlamalarıyla ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/450522.asp>

# KKKA`lı kan başka hastayı iyileştirdi

**Balıkesir`de 15 gün önce Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığına yakalanan bir kişi, başka bir KKKA virüslü hastanın kanı ile elde edilen anti serum sayesinde iyileşti.**

Balıkesir`de 15 gün önce Kırım Kongo Kanamalı Ateşi(KKKA) hastalığına yakalanan bir kişi, başka bir KKKA virüslü hastanın kanı ile elde edilen anti serum sayesinde iyileşti.

Balıkesir İvrindi`de Hüsnu Çelik`i (65) kene ısırıldı. Hüsnu Çelik, yüksek ateş, ishal ve baş ağrısı şikayetleri ile hastaneye başvurdu. Balıkesir Devlet Hastanesi`ne yatan Hüsnu Çelik`e, 2 ay önce KKKA`ne yakalanıp iyileşen Nesli Bayırlı`nın (60) kanından elde edilen anti serum verildi. Çelik`in 15 gün içinde iyileştiğini söyleyen İl Sağlık Müdürü Mehmet Çalışkan, `Doktorlarımız, bu yolla tedavide başarılı olduklarını göstermişler. Arkadaşlarımız tedavilerini bilimsel olarak da kanıtlanmış oldular` dedi. • İHA

**Ek 27:** Örnek 6, Kırım Kongo Kanamalı Ateş Hastalığı ile İlgili Haber ve Etkinlikler.

**Yayımlayan Kuruluş:** Star Gazete Haber.

**Yayın Tarihi:**05.06.2009

**Konu:** KKKA hastalığı ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.stargazete.com/guncel/kkka-li-kan-baska-hastayi-iyilestirdi-haber-205705.htm>

## Kene ısırın kadına KKKA bulaştı



**Tokat'ta, kene ısırması sonucu Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) virüsü bulaşan 60 yaşındaki Tahliye Tutar tedavi altına alındı.**

Merkeze bağlı Çamaltı köyünde yaşayan 3 çocuk sahibi Tahliye Tutar'ı bir hafta önce kene ısırıldı. Keneyi kendisi çıkaran ve iki gün önce rahatsızlanan Tutar, yakınları tarafından Vali Recep Yazıcıoğlu Devlet Hastanesi'ne getirildi.

Buradan, hastalık şüphesiyle Cevdet Aykan Devlet Hastanesi'ne sevk edilen Tutar'ın tetkiklerinde KKKA virüsü tespit edildi ve intaniye servisinde tedavi altına alındı.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1 Ocak- 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı tanısı konan toplam bin 274 vaka tespit edilmişti. Bunların 61'i ölümle sonuçlanmıştı. 2008 yılının aynı döneminde 1.298 vaka görülürken bunların 59'u hayatını kaybetmişti.

← ÖNCEKİ HABER



SONRAKİ HABER →

**Ek 28:** Örnek 6, Kırım Kongo Kanamalı Ateş Hastalığı ile İlgili Haber ve Etkinlikler.

**Yayımlayan Kuruluş:** Hürriyet

**Yayın Tarihi:**23.07. 2010

**Konu:** KKKA hastalığı ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.hurriyet.com.tr/yasasinhayat/14348022.asp>

# GDO'lu ürünleri boykot çağrısı

» [HABER](#) » [VİDEOLAR](#) Paylaş » [Facebook](#) » [Google](#) » [Twitter](#)



Tüketici Hakları Derneği, "Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (**GDO**)" içeren ürünleri boykot çağrısında bulundu. Kızılay Güvenpark yakınlarında toplanan dernek üyesi grup, dövizler taşıyarak sloganlar attı.

Genetiği değiştirilmiş organizmalar içerdiğini ileri sürdükleri ürünleri kurdukları stantta sergileyen grup, vatandaşlara söz konusu ürünleri boykot etme çağrısı yaptı.

Tüketici Hakları Derneği Genel Başkanı Turhan Çakar yaptığı açıklamada, çıkarılan yönetmelikle, bugüne kadar yasal boşluktan yararlanılarak Türkiye'ye giren genetiği değiştirilmiş organizmalar içeren ürünlerin [ithalat](#) ve tüketiminin bundan sonra da yasal olarak serbest bırakıldığını iddia etti. Söz konusu yönetmeliğin insan ve hayvanların bir kobay gibi kullanılabileceği anlamına gelen ifadeler içerdiğini öne süren Çakar, şu görüşleri savundu: "Yönetmelik, gıda ya da hayvan yemleri içindeki **GDO**'ların oranları binde 9'dan daha az ise bu ürünleri **GDO**'suz olarak kabul etmektedir. Yönetmelik zararlı olduğu kabul edilerek doğrudan yasaklanan **GDO**'ların gıda ve yemlerdeki oranı binde 5'ten az ise bunlara izin vermektedir. Bu nedenle GDO'lu ürünleri boykot ediyoruz

**Ek 29:** Örnek 7, GDO İçeren Ürünler İle İlgili Haber ve Etkinlikler.

**Yayımlayan Kuruluş:** CNN Türk Haber Portalı.

**Yayın Tarihi:** 18.11.2009

**Konu:** GDO içeren ürünler ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** [http://www.cnnturk.com/2009/ekonomi/genel/11/08/gdolu\\_urunleri.boykot.cagrisi/550871.0/index.html](http://www.cnnturk.com/2009/ekonomi/genel/11/08/gdolu_urunleri.boykot.cagrisi/550871.0/index.html)



## GDO yönetmeliği değişti

**Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, 26 Ekim'de çıkardığı ve çok tartışılan GDO yönetmeliğinde 25 gün sonra değişiklik yaptı.**

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, 26 Ekim 2009 tarihinden önce kontrol belgesi alınmış ürünlerin ithalatında, bu ürünlerin AB kriterlerine uygun olması koşuluyla, izin, başvuru ve ithalat konusundaki hükümlerin uygulama tarihini 1 Mart 2010 tarihine uzattı. Böylece, yönetmeliğin çıkarılmasından önce kontrol belgesi almış ithalatçılara 1 Mart 2010 tarihine kadar süre tanınmış oldu.

### **ÜRÜNLERİN GDO'SUZ OLDUĞU YAZILABİLECEK**

Değişikliğe göre, ilk yönetmelikteki “Gıda veya yem, GDO'lardan biri ya da birkaçını toplamda en az yüzde 0,9 oranında içeriyor ise, GDO'lu olarak kabul edilir. Gıda veya yemin yüzde 0,5 ten fazla izin verilmeyen GDO içermesi halinde ithalatına, işlenmesine, nakline, dağıtımına ve satışına izin verilmez. GDO'suz ürünlerin etiketinde ürünün GDO'suz olduğuna dair ifadeler bulunamaz” hükümleri yönetmelikten çıkarıldı.

### **SÜRE UZATILDI**

Yönetmelikle, 26 Ekim 2009 tarihinden önce kontrol belgesi alınmış ürünlerin ithalatında, bu ürünlerin AB'nin kabul ettiği kriterlere uygun olması koşuluyla “izin koşulları, başvuru, ithalat”a ilişkin hükümlerinin 1 Mart 2010 tarihinden itibaren uygulanacağı hükme bağlandı.

Bakanlık tarafından GDO ile ilgili bilimsel ve teknik verileri araştırarak, yorumlayacak ve görüş oluşturacak, görev süreleri iki yıl olan uzmanlar listesinin oluşturulmasına ilişkin düzenleme de değişikliğe gidildi. Uzmanlar listesinin üniversiteler, TÜBİTAK ve araştırma kuruluşlarında görevli konu ile ilgili uzman veya öğretim üyelerinden oluşturulacağı hükme bağlandı. Daha önce, bu listede TAGEM, TUGEM ve KKGGM birimlerinden temsilciler de yer alıyordu. Değişiklikle, GDO'lu gıda ve yemlerin “transit geçişlerini” yasaklayan madde yönetmelikten çıkarıldı.

**Ek 30:** Örnek 7, GDO İçeren Ürünler İle İlgili Haber ve Etkinlikler.

**Yayınlayan Kuruluş:** Hürriyet Haber.

**Yayın Tarihi:**20.11. 2009

**Konu:** GDO yasası ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:** <http://www.hurriyet.com.tr/yasasinhayat/12997229.asp>

## ABD'de 40 milyon domuz gribi aşısı kullanılmadan çöpe gitti



İlişkili Başlıklar

[Tüm Başlıklar](#)

[Domuz Gribi \(601 haber\)](#)

ABD halkı için üretilmiş domuz gribi aşılarının dörtte biri (40 milyonu), son kullanma tarihi geçtiği için çöpe gitti. Yetkililer, bazılarının kullanma tarihi bugün sona eren aşılardan değerinin 260 milyon dolar olduğunu bildirdiler.

Bu miktarın, her yıl mevsimlik grip aşılardan genelde arta kalan miktarın 4 kat fazlası olduğu ifade edildi. Yetkililer "bunun tarihi standartların çok üstünde olduğunu" belirttiler. Yaklaşık 30 milyon aşının daha kullanma tarihi geçtiğinde, Amerikan halkı için üretilmiş aşılardan yüzde 43'ü boşa gitmiş olacak. Dünya çapında domuz gribinden ölenlerin sayısı, korkulanın ve her yıl normal gripten ölenlerin çok altında kalmış, talep olmayınca milyonlarca aşı da kullanılamamıştı. Hatta bazı uzmanlar, domuz gribinin kayıtlardaki en hafif salgın olduğunu söylemişlerdi.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), geçen yılın nisanında, domuz gribi daha yeni ortaya çıktığı sırada tüm dünyada hükümetlerin referans aldığı "pandemi" tanımını değiştirmişti. Eski tanımı pandemi ilan edilebilmesi için yeni bir virüsün ortaya çıkması, hızla yayılması, insanların bu hastalığa bağışıklığının bulunmaması, yüksek ölüm oranına sahip olması ve bulaşma oranının yüksek olması gerekiyordu. Ancak yeni kararlarla DSÖ son iki şarttan vazgeçerek pandemi ilan etti.

Domuz gribi salgınının, ilaç şirketlerinin karlarını artırmak için bu firmalarla ortak düzenlenen "bir korku kampanyası" olduğu, bu yüzden abartıldığı da iddia edilmişti.

**Ek 31:** Örnek 8, Pandemi İnfluenza A (H1N1, Domuz Gribi) ile İlgili Haber ve Etkinlikler.

**Yayımlayan Kuruluş:** Net Haber Portalı.

**Yayın Tarihi:** 02.07.2010

**Konu:** Pandemi İnfluenza A ile ilgili haberler .

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.nethaber.com/Dunya/151733/ABDde-40-milyon-domuz-gribi>



### **Başbakan Erdoğan aşı olmayacak**

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan domuz gribi aşısı olmayı düşünmediğini söyledi. AK Parti grup toplantısında konuşan Erdoğan aşı olmanın isteğe bağlı olması gerektiğini ve aşı olmayanların ihbar edilmemesi gerektiğini söyledi...

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan, aşı olacağına yönelik haberler üzerine Sağlık Bakanı Akdağ'a tepki göstererek, "Benim adıma vermişsin aşı olmayacağım" dedi. Erdoğan, AKP Grup toplantısının ardından Sağlık Bakanı Akdağ dönerek, "Benim adıma vermişsin. Ben aşı olmayı düşünmüyorum" dedi. Bu arada gazetecilerin bu yöndeki sorularına Başbakan 'Aşı olmayı düşünmüyorum, bu tercih işi' diyerek yanıtladı. Başbakan'ın bu kararı kafaları karıştırdı. Bu aşı kampanyasının doğruluğu konusunda tartışmalar başladı. Başbakan Erdoğan TBMM'deki grup toplantısının ardından, kendisine yöneltilen bir soru üzerine, 'domuz gribi aşısı olmayı düşünmediğini' söyledi. Başbakan Erdoğan ayrıca, kendisi ve Cumhurbaşkanı Abdullah Gül'ün aşı olacağına ilişkin açıklama yapan Sağlık Bakanı Recep Akdağ'a da tepki göstererek, "Cumhurbaşkanı Gül'ün ve benim adıma vermişsin. Hemen düzelt" dedi. Akdağ'ın da Başbakan'a "Öyle değil efendim" karşılığını verdiği duyuldu. Erdoğan, Akdağ'ı dinlemeden yoluna devam ederken, Sağlık Bakanı morali bozuk bir şekilde Meclis'i terk etti.

**KAMPANYA YAPILMASI YANLIŞ** Başbakan Erdoğan, parti grubunda da Domuz Gribi ile ilgili şu sözleri söyledi; "Sağlık bakanımla aynı düşünmüyorum. Vatandaşım kendi isteğine bağlı olarak böyle bir yolu tercih ederse eyvallah. Ama etmiyorsa illa yaptırılmasını diye bir kampanyanın sürdürülmesi yanlıştır. Cebren bu iş olmaz."

### **AKDAĞ: BAŞBAKAN'A YANLIŞ BİLGİ VERİLMİŞ**

Bugün domuz gribi aşısı olan Sağlık Bakanı Recep Akdağ ise, Erdoğan'ın grup toplantısının ardından kendisine yönelik sert sözlerini CNN Türk'te yorumladı.

"Başbakanımızın konuşması bütün olarak değerlendirilirse şunu açıkça görüyoruz: Başbakanımız sorumlu bir hükümetin Başbakanı gibi yapılması gerekenleri sıralıyor. Ben bu konuşmadan sonra Başbakan ile görüştim. Aslında aramızda ayrılık yok. Biz aynı şeyleri söylüyoruz. Başbakan'a bu konuda yanlış bilgi gitmiş onu düzelttim ben. Biz de zaten aşıları gönüllülük esasına göre yapacağız. Ailelerin görüşünü alacağız. Biz zorla aşı yapmayacağız, yapamayız da zaten. Bu konu basın tarafından magazin tarafına götürülüyor.

### **BAŞBAKAN RİSKLİ GRUPTA DEĞİL**

Bir defa Sayın Başbakan aşı yapılması için risk gruplarında değil. Biz bu aşıları risk grubuna göre yapacağız. Başbakan zaten aşının yapılacağı kişiler arasında değil. Tam tersine biz Başbakan'ı aşılasaydık, "Risk gruplarındaki insanlar varken Başbakan'ı neden aşıladınız?" diyeceklerdi.

**Ek 32: Örnek 8, Pandemik İnfluenza A (H1N1, Domuz Gribi) ile İlgili Haber ve Etkinlikler.**

**Yayımlayan Kuruluş:** Milliyet Haber Portalı.

**Yayın Tarihi:** 03.11.2009

**Konu:** H1N1 aşısı ile ilgili dezenformasyon haber örneği.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://www.milliyet.com.tr/default.aspx?aType=SonDakika&ArticleID=1157659>



**Domuz gribi için aldığı jelden kör oldu** Annesinin domuz gribi korunması için

eczanedan alıp çantasına koyduğu antibakteriyel el temizleme jeli gözüne sıçrayan 7 yaşındaki küçük kız kornea hücrelerinin erimesi sonrası görme yetisini kaybetti. Olay geçen cuma günü yaşandı.

Birinci sınıf öğrencisi küçük D, okula gittiğinde diğer arkadaşları gibi annesinin çantasına koyduğu jeli kullanmak istedi. Ancak kutunun kapağını açmak isterken jeli gözüne sıçrattı. Alkol bazlı kimyasal madde içeren jel, küçük kız acı içinde bıraktı. Öğretmenleri hemen küçük kızın yüzünü

yıkayıp annesine haber verdi.**SAĞ GÖZDEN KORNEA HÜCRESİ**

Gözündeki acı gitmeyen ve görememeye başlayan küçük kızın sol gözünün kornea hücrelerinin jeldeki alkol bazlı kimyasal maddeden dolayı eridiği belirlendi. Küçük kızın sol gözü olaydan sonra hiçbir müdahaleye cevap vermedi. Ancak önceki gün kornea hücrelerinde az da olsa iyileşme görüldü. Doktorlar sol gözü kurtaramazsa, küçük kızın sağ gözünden alınan kornea hücreleri ya da kornea nakliyle görmesi sağlanacak.

**Ek 33:** Örnek 8, Pandemik İnfluenza A (H1N1, Domuz Gribi) ile İlgili Haber ve Etkinlikler.

**Yayımlayan Kuruluş:** Mynet Haber.

**Yayın Tarihi:** 13.11.2009

**Konu:** Pandemik İnfluenza A ile ilgili haberler.

**Haberin Alındığı Web Sitesi:**

<http://haber.mynet.com/detay/yasam/domuz-gribi-icin-aldigi-jelden-kor-oldu/479810-yorum>

## ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİNDE GDO İÇEREN ÜRÜNLERİN SAĞLIKOKURYAZARLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu anket çalışması Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO) ilgilidir. GDO'lu ürünler hakkında bilgi, algı ve edinme durumunun tespiti amaçlanmıştır. Cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Yaşınız: Cinsiyetiniz :  Bay  Bayan

Eğitim Durumunuz:  İlköğretim  Lise  Önlisans  Lisans  Yüksek Lisans  Doktora

1. GDO terimini ilk kez nereden duydunuz?
  - a. Televizyon
  - b. Radyo
  - c. İnternet
  - d. Gazete
  - e. Arkadaş
2. GDO içeren ürünler hakkında herhangi bir bilginiz var mı?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum  Duymuşluğum var
3. Sizce GDO'lu ürünlerin zararları var mıdır?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
4. Üzerinde GDO olduğu belirtilen bir ürün alır mısınız?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
5. Aldığımız ürünün son kullanma tarihine kontrol eder misiniz?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
6. Doğal madde içermeyen ürün alırmısınız?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
7. GDO yönetmeliğinin değiştirilmesi ile ilgili bilginiz var mı?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
8. Son bir yıldır organik ürün satan pazarlardan gıda alışverişi yapar mısınız?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
9. Son bir yıldır marketlerdeki organik reyonlar ilginizi ve ziyaretinizi çeker mi?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
10. Yazılı ve sözlü basında GDO ile ilgili haberler hayat tarzını değiştirdi mi?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
11. Değiştirdiyse ne yönde? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).
  - a. Ürünlerde neden GDO kullanıldığını öğrendim.
  - b. Organik ürünler kullanmaya çalışıyorum.
  - c. GDO içeren ürünler kullanmaya devam ediyorum.
  - d. Gıdaların içeriklerini kontrol ediyorum.
  - e. Gıdaların son kullanma tarihine dikkat ediyorum.
12. Aldığımız ürünün tazeliğini uzun süre koruması alımlarınızı etkiler mi?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
13. GDO içeren ürünlerin GDO'lu olarak etiketlenmesini doğru buluyor musunuz?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
14. GDO'lu ürünlerin Türkiye'ye girişinin belli bir kotaya rağmen serbest bırakılmasını doğru buluyor musunuz?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
15. Sizce gıdalarda GDO kullanılmasının sebebi ne olabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).
  - a. Gıdaların nüfusa yetmesi ve korunması için
  - b. Gıda çeşitliliğini arttırmak için
  - c. Gıda üretimini hızlandırmak için
  - d. Besin zehirlenmelerini engellemek için
  - e. Ürün satışını artırmak için

**Ek 34:** Uygulanan anket formu

## 7. KAYNAKLAR

1. Naidoo J and Wills J.( 2000). Health Promotion: Foundations for Practice. London Ballirè Tindall, 2<sup>nd</sup> ed., pp. 5-6.
2. Güler E. (2006). Sağlık Sektöründeki Mal ve Hizmetler İçin Yapılan Reklamların Hukuksal Boyutunun Türkiye'deki Durumu. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı Doç. Dr. Nural Bekiroğlu).
3. Brashers DE. Goldsmith DJ. and Hsieh E. (April 2002). Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. Human Communication Research, Vol: 28, No.2, p. 258.
4. Viswanath K. and Finnegan Jr JR. (July-Augst 1991). Health and Knowledge Gaps. American Behavoiral Scientist, Vol. 34, Issue. 6, p. 712.
5. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Kamu Sağlığı Enformasyonu ve Medya. Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 83-84.
6. Naidoo J. and Wills J. (2000). Health Promotion: Foundations for Practice, 2. Baskı, London: Balliere Tindall, pp. 245-246.
7. Preker AS. (2000). Global Development Challenges and Health Care Reform. The Economics of Public and Private Roles in Health Care, HNP Dicsussion Papers, Washington World Bank.
8. Mutlu A. Işık AK. (2002). Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları, s. 28-30.
9. Meyer GS. (2001). Ahrq The Role of Government in Transforming Quality. Critical Issues for a New Administration Conference.
10. Baker L. (2002). The Government's Role in Health Care Delivery. Pub Med, ANN Health Law, p. 73-92.
11. Özsarı H. (Ağustos-Eylül 1998). Sağlık Projeleri ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları Hakkında Genel Bilgi Notu. Modern Hastane Yönetimi, Cilt 2, Sayı 6, s. 1-8.

12. Geist-Martin P. Ray BE. and Sharf BF. (2000). *Communicating Health: Personal, Cultural and Political Complexities*. California: Wadsworth Publishing, p.265.
13. Maibach E. and Parrott L. (1995). *Designing Health Messages: Approaches From Communication Theory and Public Health Practice*. California: Sage Publications, p.247.
14. Kline NK. (2003 ). *Popular Media and Health: Images, Effects and Institutions*. *Handbook of Health Communication*, pp. 558-560.
15. Durandin G. (1993). *L'information, La Désinformation et la Réalité*. Paris: PUF, p.20.
16. Akpınar N. Köse İ. Doğan S. Özçam A. Aydoğan E. Yurt N. Tüleylioğlu M. Güliter B. Atbakan E. Ceyhan B. Ünkaracalar E. İnce H. Tekin M. (2007). *Sağlıkta e-Dönüşüm*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ankara, s.10-31.
17. Musoğlu E. (2003). *Sağlıkta Tıp Bilişiminin Önemi ve Dünyada Son Durum*. *Tıp Bilişimi Güz Okulu*, Antalya, s. 2-29.
18. Erdal S. ve Erdal M. (1-3 Kasım 2001). *İnternet Sağlık Sektöründe Gizlilik ve Etik Standartlar*. *İnternet Konferansı/inet-2001/İstanbul: Harbiye Kültür Merkezi-Askeri Müze*, s. 1-12.
19. King JL. Kraemer KL. ( May 1984). *Evolution and Organizational Information Systems: An Assesment of Nolan's Stage Model*. *Communications of the ACM*, Volume 27, Number 5, p. 466-475.
20. Nolan RL. (July-August 1977). *Controlling the Costs of Data Services*. *Harvard Business Review*, s. 114-124.
21. Nolan RL. (1979). *Managing the crisis in Data Processing*. *Harvard Buisness Review*, 57(1): 115-126.
22. Yıldırım HH. (Temmuz 2008). *Avrupa Birliği ve e-Sağlık*. *Medical Tribune Türkiye, Sağlıkta Bilişim Eki*, p. 1-4.
23. Eysenbach G. (2001). *What is e-Health?*. *J of Medical Internet Research*, 3 (2): 20.
24. Al-Rousan M. Al-Ali AR. and Eberlein A. (2006). *Remote Patient Monitoring and Information System*. *Int J Electron Health*, 2 (3): p. 231-249.

25. Orwat C. Graefe A. Faulwasser T. (Jun 2008). Towards Pervasive Computing in Health Care- a Literature Review. BMC Med Inform Decis Mak, p. 8-26.
26. Kreps GL. Thornton BC. (1992). Health Communication Theory and Practice. 2<sup>nd</sup> ed., Illinois: Waveland Pres.
27. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Kamu Sağlığı Enformasyonunun Kaynakları. Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 95-110.
28. Mathien M. (1999) Health and Human Rights. London: Routledge.
29. Signorelli N. (1993). Mass Media Images and Impact on Health. A Sourcebook. CT: Greenwood Press, p. 5-20.
30. Saygılı S. ve Erdal M. (Ekim 2001). Yeni Teknolojilerin Sağlık Sektöründeki Etkileri ve İnternet Kullanımı. Güncel Eczacılık Dergisi, Sayı. 98, s. 15-18.
31. Ratzan SC. (2000). Electronic Communication. Nelson DE v.d. (ed.), Communicating Public Health Effectively: A Guide for Practitioners, Washington DC: APHA Publications, p. 75-77.
32. Lum M (v.d.). (2002). Communicating Public Health Effectively: A Guide for Practitioners, p. 54-55.
33. Katz J. and Bunker J. (2000). What Counts as Evidence in Health Information?. Promoting Health: Knowledge and Practice, UK: MacMillan /The Open University, p. 120-125.
34. Freimuth VS. (1989). The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health. Communication and Health: Systems and Applications, p. 171- 173.
35. Katz J. and Bunker J. (2000). What Counts as Evidence in Health Information?. Promoting Health: Knowledge and Practice. UK: MacMillan /The Open University, pp.202-204.
36. Freimuth VS. (1989). The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap In Health. Communication and Health: Systems and Applications, p.171.
37. Wallack L. (1993). Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches, p. 150-163.
38. Kreps LG. (2003). Opportunities for Health Communication Scholarship To Shape Public Health Policy and Practice: Examples from the National Cancer Institute. Tersa Thompson v.d.

- (e.d.), Handbook of Health Communication, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, p. 611.
39. Ratzan SC. (1998). Preface. Journal of Health Communication, Supplement Issue, p.3.
  40. Okay A. (2009). Sağlık İletişimi Temel Kavramlar ve Prensipler. İstanbul: MediaCat Kitapları, s.57.
  41. Kreps GL. (2003). Trends and Directions in Health Communication. Research. Medien & Kommunikationswissenschaft, 51, 3-4, p. 355.
  42. Thomas RK. (2006). Health Communication. New York: Springer Science+Business Media Inc., p.3.
  43. Donohew L. and Ray BE. (Nov 1989). Introduction: System Perspectives on Health Communication. Communication and Health: System and Applications, p. 3-6.
  44. Thompson TL. (2003). Introduction, Handbook of Health Communication. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003, p. 2.
  45. Ratzan S. (March 2002). Public Health At Risk: Media and Political Malpractice. Journal of Health Communication, Vol. 7, Issue. 2, p. 83-85.
  46. MacDonald G. (1992). Communication Theory and Health Promotion. Health Promotion: Disciplines and Diversity, p. 185.
  47. Oktay M. (1996). Davranış Bilimlerine Giriş. İstanbul: Der Yayınları, s. 2110-2115.
  48. Rice RE. and Atkin C. (ed). (2001). Public Communication Campaigns. III.Edition, McGuire WJ. Input and Output Variables Currently Promising for Constructing Persuasive Communications. California: Sage Publications.
  49. Arkin E. Maibach E. and Parvanta C. (2002). General Public: Communicating to Persuade. Communicating Public Health Information Effectively, p.63.
  50. Elder GJ. Booth Mills E. (ed). (1993). Communication of Health and Behaviour Change: A Developing Country Perspective. San Francisco: Josey- Bass Publishers, p. 20-22.
  51. Mucuk İ. (2001). Pazarlama İlkeleri. Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2001.

52. Bayraktaroğlu G. İltar B. (2007). Sosyal Pazarlama: Engeller ve Öneriler. Ege Akademik Bakış, 7(1), 117- 132.
53. Kreps GL. and Thornton B. (1993). Perspectives and Health Communication. Illinois: Waveland Press, p. 200.
54. Çınarlı İ. (2004). Sağlıkın Geliştirilmesinde Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi. Marmara Üniversitesi, Doktora tezi, (Prof. Dr. Filiz Balta Peltekoğlu).
55. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Sağlık İletişimi ve Medya. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 55-74.
56. Wallack L. (1996). Media Advocacy: A Strategy for Empowering People and Communicates. Health Promotion: An Anthology, USA: Pan American Health Organization Scientific Publication, No: 557, , p. 269.
57. Gökçe O. (1996). Kamuoyu Kavramının Anlam ve Kapsamı, Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Dergisi Kurgu 14, s. 211-227.
58. Bektaş A. (1996). Kamuoyu, İletişim ve Demokrasi. Bağlam Yayıncılık: İstanbul, s.110-119.
59. Yüksel, E. (2007). Kamuoyu Oluşturma ve Gündem Belirleme Kavramları Nerede Kesişmekte, Nerede Ayrılmaktadır?, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, sayı 7 (1), s. 571-586.
60. Halkla İlişkiler Raporu. (1987). (Çev. A Fikret Işıkyayar). Eskişehir: A.Ü. Yayın No: 251.
61. Cutlip MS. Center AH. and Brom GM. (1985). Effective Public Relations, 5B. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
62. Ratzan SC. (January-March 1999). Strategic Health Communication and Social Marketing on Risk Issues. Journal of Health Communication, Vol. 4, Issue. 1, p. 4.
63. Ayhan B. ve Cangöz K. (27- 28 Nisan 2006). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, 21. Yüzyılda Halkla İlişkilerde Yeni Yönelimler, Sorunlar ve Çözümler, s. 73-77.
64. Oktay M. (1996). Halkla İlişkiler Mesleğinin İletişim Yöntem ve Araçları. Der Yayınları, İstanbul, s. 37.



65. Şahin Ü. (1998) Hastane İşletmeciliğinde Verimlik Yönünden Halkla İlişkilerin Önemi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Programı.
66. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Kamu Sağlığı Enformasyonu ve Medya. Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 89-90.
67. Wallack L. (1990). Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge. p.40-50.
68. Ratzan SC. (1998). Health Communication Ethics. Journal of Health Communication, Vol. 3, Issue. 4, October- December, p. 291.
69. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Kamu Sağlığı Enformasyonu ve Medya. Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 95-97.
70. Atkin C. and Wallack L. (ed.) (1990). Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts. Newbury Park: Sage Publications, p.12-19.
71. Lum MR. (v.d.) (2002). Communicating Public Health Effectively:A Guide for Practitioners, pp. 55-57.
72. Kongar E. (2000). Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği. İstanbul: Remzi Kitabevi, s. 53-55.
73. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Sağlık İletişimi ve Medya. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 111-120.
74. Daulaire N. (1999). Globalization and Health. Development, 42(4): 22-24.
75. Yıldırım HH. Yalçın T. (27-28 Eylül 2001). Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, Türkiye.
76. Kongar E. (16 Ekim 2000). Küreselleşme. Sosyal demokrasi ve Faşizm. Cumhuriyet Gazetesi.
77. Yach D. and Bettcher D. (May 1998). The Globalization of Public Health I: Thearts and Oppurtunities. American Journal of Public Health, Vol.88, No.5, p. 735-737.

78. Erbaydar T. (2003 Özel Ek). Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25(4), p. 45-51.
79. Feecham RGA. (2001). Globalization: From Rhetoric to Evidence. Bulletin of the World Health Organization, Ref. No. 01-1489, p. 804.
80. Bettcher DW. Yach D. Guindon GE. (2000). Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges. Bulletin of the World Health Organization, Ref. No.99-215, p. 521-524.
81. Hayran O. ve Sur H. (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul: Yüce Yayınları, s. 1113.
82. Akalın E. (17.06.2009). Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi. Protokol sinopsisi. Toplum Tabanlı Epidemiyolojik Saha Çalışması,s: 2-16.
83. Freimuth VS.(1990). The Chronically Uninformed: Closing the Knowledge Gap in Health, p. 176-180.
84. Çınarlı İ. (Haziran 2008). Sağlık Okuryazarlığı ve Medya. Sağlık İletişimi ve Medya, Nobel Yayın ve Dağıtım, Ankara, s.123-124.
85. Kincaid DL. (v.d.) (1993). Turkey's Mass Media Family Planing Campaigns. Backer TE, Rogers EM (ed.), Organizational Aspects of Health Communication Campaigns: What Works?. California: Sage Publications, p. 68-71.
86. Winter J. (30 April 2009). A Pandemic of Fear and Greed: Media and Swine Flu. The Spirit of Resistance Lives.
87. Akdur R. (18.03.2010). Domuz Gribinin Güncelleştirdiği Gerçek! Yaratılan Hastalıklar ve Salgınlar. Bilim ve Ütopya Klinik Farmakoloji Derneği Bilimsel Yazılar Sayfası, Sayı:169.
88. Çelik V. Balık DT (2007). Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO). Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 23 (1-2), s. 13 – 23.
89. Demir A. Pala A.(2007). Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara Toplumun Bakış Açısı, Hayvansal Üretim Dergisi, 48(1), s. 33-43.
90. Başaran P. Kılıç B. Soyyiğit H. Şengün H. ( 2004). Public perceptions of GMOs in food in Turkey: A pilot survey Journal: Food, Agriculture & Environment (JFAE),ISSN: 1459-0263, Vol. 2, Issue 3&4, pages 25-28.

91. Koçak N. Türker T.Kılıç S. Hasde M. (2010); Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Gülhane Tıp Dergisi 52: 198-204.
92. Ergin I, Gürsoy ŞT, Öcek ZA, Çiçekoğlu.(2008). M, Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara Dair Bilgi, Tutum ve Davranışları. TAF Prev Med Bull, 7(6): 503-508.
93. Batrinou AM. Spiliotis V. Sakellaris G. (2008). Acceptability of Genetically Modified Maize by Young People. Britsh Food Journal, Vol. 110 ISS:3, PP.250-259.
94. Ho P and Eduard B. Vermeer EB. (2004). Food Safety Concerns and Biotechnology: Consumers' Attitudes to Genetically Modified Products in Urban China. AgBioForum the Journal of Agrobiotechnology Management & Economics, Vol 7, No 4, Article 2, s. 158-175.
95. McCollough, C. Strychar K. (2010). College Student Awareness and Perception of Genetically Modified Foods. College Student Awareness and Perception of Genetically Modified Foods. Nature Education Knowledge, Vol 1, No 8, s. 52.