



T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM BİLİMİ VE İNTERNET ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE REKLAMCILIK ANABİLİM DALI
HALKLA İLİŞKİLER YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki
Rolü: “Türkiye’de Son 5 Yılda Yapılmış Kampanyalar Üzerine Bir
İnceleme”**

Yüksek Lisans Tezi

Mısra ERDEM

İstanbul, 2021



T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM BİLİMİ VE İNTERNET ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE REKLAMCILIK ANABİLİM DALI
HALKLA İLİŞKİLER YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki
Rolü: “Türkiye’de Son 5 Yılda Yapılmış Kampanyalar Üzerine Bir
İnceleme”**

Yüksek Lisans Tezi

Mısra ERDEM

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hilal Özden ÖZDEMİR ÇAKIR

Ağustos, 2021

T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
İLETİŞİM BİLİMİ VE İNTERNET ENSTİTÜSÜ

ONAY SAYFASI

Yüksek lisans öğrencisi Mısra ERDEM'in "Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: Türkiye'de Son 5 Yılda Yapılmış Kampanyalar Üzerine Bir İnceleme konulu tez çalışması jürimiz tarafından ... oybirliği/oyçokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

UNVANI, ADI SOYADI

İMZA

TEZ DANIŞMANI :.....

JÜRİ ÜYESİ :.....

JÜRİ ÜYESİ :.....

İstanbul, 2021

Hazırlamış olduğum tez özgün bir çalışma olup YÖK ve İTİCÜ Lisansüstü Yönetmeliklerine uygun olarak hazırlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmayı yaparken bilimsel etik kurallarına tamamıyla uyduğumu; yararlandığım tüm kaynakları gösterdiğimi ve hiçbir kaynaktan yaptığım ayrıntılı alıntı olmadığını beyan ederim. Bu tezin ihtiva ettiği tüm hususlar şahsi görüşüm olup İstanbul Ticaret Üniversitesinin resmi görüşünü yansıtmamaktadır.

Mısra ERDEM

ÖZET

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplumlar, daha iyi sağlık uygulamalarına cevap vermede zorluklarla karşılaşabilirler. Nüfus artışı, zayıf ekonomi, yetersiz altyapı, kötü sağlık sistemi ve bazen de istikrarsız siyasi atmosfer gibi etkenler, bireylerin ve toplulukların sağlığını etkilemektedir. Bununla birlikte, hastalıkların büyük çoğunluğu önlenebilir niteliktedir. Davranış değişikliği genellikle uzunca bir zaman alsa ve sonuçları yıllar sonra görülse de, insan davranışları hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın korunmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Davranışı, davranış değişikliği önündeki engelleri, kullanılan iletişim kanallarını ve yöntemleri anlayarak daha iyi sağlık sonuçları olan faaliyetler planlamak ve uygulamak mümkündür.

Davranış değişikliği kesin bir bilim değildir. Her bireyin ve her toplumun davranışı farklıdır. Davranış değişikliği ile ilgili çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Davranış değişikliği müdahaleleri ve sonuçları hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Tüm dünyadaki teknolojik gelişmeler nedeniyle, davranış değişikliği kampanyalarında uygulama programları ile yeni teknolojilerin nasıl kullanılabilceği konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma betimsel bir literatür taramasıdır. Çalışmanın amacı, bireyler ve topluma ilişkin davranış ve davranış değişikliğini etkileyen faktörlerini sağlık yönünden tanımlamak, sağlık iletişim kampanyalarının davranış değişikliği üzerindeki etkilerini geliştirilen teori ve modeller bağlamında açıklamak ve kullanılabilecek yöntemler hakkında bilgi vermektir.

Çalışma kapsamında, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarından rassal olarak seçilen altı adedi, davranışsal teori ve modeller çerçevesinde incelenmiştir. İnceleme neticesinde, söz konusu kampanyalar sayesinde farkındalık yaratıldığı, insanların bilgi sahibi olmadıkları veyahut yanlış bilgiye sahip oldukları sağlık konuları hakkında bilgilendirildiği, koruyucu sağlık davranışları geliştirebildiği ve davranışlarını değiştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Sağlık, Sağlık İletişimi, Sağlık İletişim Kampanyası, Davranış, Sağlık Davranışı, Davranış Değişikliği

ABSTRACT

Communities, especially in developing countries, may face difficulties in responding to better health practices. Factors such as population growth, a weak economy, inadequate infrastructure, a poor healthcare system and sometimes an unstable political atmosphere affect the health of individuals and communities. However, the vast majority of diseases are preventable. Although behavior change often takes a long time and the results are seen years later, human behavior plays a central role in preventing disease and maintaining health. By understanding behavior, barriers to behavior change, communication channels and methods used, it is possible to plan and implement activities with better health outcomes.

Behavior change is not an exact science. The behavior of each individual and each society is different. Although there are many studies on behavior change, more research is needed. More information is needed about behavior change interventions and outcomes. Due to technological developments around the world, more information is needed on how new technologies can be used with implementation programs in behavior change campaigns.

This study is a descriptive literature review. The aim of the study is to define the factors affecting behavior and behavior change regarding individuals and society in terms of health, to explain the effects of health communication campaigns on behavior change in the context of developed theories and models, and to give information about the methods that can be used.

Within the scope of the study, six randomly selected health communication campaign carried out by the Ministry of Health in Turkey were examined within the framework of the behavioral theories and models. As a result of the examination, it was concluded that awareness was created, people were informed about health issues that they did not know or they had wrong information, they were able to develop preventive health behaviors and change their behaviors.

Keywords: Communication, Health, Health Communication, Health Communication Campaign, Behavior, Health Behavior, Behavior Change

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
RESİMLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM: SAĞLIK İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	2
1.1. Sağlık Kavramının Tanımı.....	2
1.2. Hastalık ve Hasta Kavramlarının Tanımı.....	3
1.3. Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	4
1.4. Sağlık Hizmetleri.....	5
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	6
1.6. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması.....	7
1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.6.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	8
1.6.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	8
1.7. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	8
II. BÖLÜM: DAVRANIŞ VE SAĞLIK DAVRANIŞINA İLİŞKİN KAVRAMLAR	10
2.1. Davranış Kavramı ve Davranışın Oluşumu.....	10
2.2. Davranışı Etkileyen Faktörler.....	10
2.2.1. Kişisel Faktörler.....	11
2.2.1.1. Bilgi ve Farkındalık.....	11
2.2.1.2. Tutumlar.....	11
2.2.1.3. Alışkanlık ve Rutin.....	12
2.2.1.4. Öz Yeterlilik.....	13
2.2.1.5. Duygu.....	13

2.2.1.6. Öğrenme.....	14
2.2.2. Sosyal Faktörler.....	14
2.2.2.1. İletişim ve Sosyal Normlar.....	14
2.2.2.2. Tanımlayıcı ve İhtiyati Normlar.....	15
2.2.2.3. İstenmeyen Sonuçlar Riski.....	15
2.2.3. Çevresel Faktörler.....	16
2.2.3.1. Yerel Çevre.....	16
2.2.3.2. Geniş Çevre.....	16
2.3. Davranış Çerçevesi.....	16
2.4. Davranışsal Değişim Süreci.....	18
2.5. Sağlık Davranışı.....	18
2.6. Sağlık Davranışı Değişikliği.....	20
III. BÖLÜM: İLETİŞİM VE SAĞLIK İLETİŞİMİ.....	22
3.1. İletişim Kavramı.....	22
3.2. İletişimin Özellikleri.....	24
3.3. İletişimin Öğeleri ve Temel İşlevleri.....	24
3.4. İletişimin Amaçları.....	26
3.5. İletişimin Çeşitleri.....	27
3.5.1. Etkilerine Göre İletişim.....	27
3.5.2. Yönüne Göre İletişim.....	28
3.5.3. Kullanılan Kodlara Göre İletişim.....	28
3.5.4. Şekillerine Göre İletişim.....	29
3.5.5. Bireylerin Konumlarına Göre İletişim.....	30
3.5.6. Zaman ve Yere Göre İletişim.....	30
3.6. Sağlık İletişimi Kavramı.....	30
3.7. Sağlık İletişiminin Tarihçesi.....	33
3.8. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	33
3.8.1. Yeni Tıbbi Model.....	34
3.8.2. Tüketimin Artması.....	34
3.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Ayrım Yapılması.....	35
3.8.4. Önleyici Tedavinin Ortaya Çıkışı.....	35
3.8.5. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Kabul Edilmesi.....	35
3.9. Sağlık İletişiminde Hedef Kitle.....	36

3.10. Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlara Göre Hedef Kitle.....	38
3.11. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler ve Kanallar.....	39
3.11.1. Yöntemler.....	39
3.11.1.1. Medya Okur Yazarlığı.....	39
3.11.1.2. Sosyal Pazarlama.....	39
3.11.1.3. Medyada Savunuculuk.....	40
3.11.1.4. Reklam.....	40
3.11.1.5. Halkla İlişkiler.....	40
3.11.1.6. Eğlenceli Eğitim.....	40
3.11.1.7. Bireysel ve Grup Talimatları.....	40
3.11.1.8. Ortaklıkların Geliştirilmesi.....	40
3.11.2. Kanallar.....	41
3.12.2.1. Geleneksel Medya.....	41
3.12.2.2. Sosyal Medya.....	41
3.12. Sağlık İletişim Kampanyaları ve Özellikleri.....	42
3.13. Sağlık İletişimi Kampanyası Süreci.....	46
3.13.1. Planlama/Başlangıç Aşaması.....	46
3.13.2. Temel Kavram, Mesaj ve Materyallerin Geliştirilmesi.....	50
3.13.3. Programın Uyarlanması.....	50
3.13.4. Değerlendirme Aşaması.....	51
IV. BÖLÜM: SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN DAVRANIŞSAL	
TEORİ VE MODELLER.....	54
4.1. Teori ve Modellere Genel Bakış.....	54
4.2. Teori ve Modellerin Kullanım Alanları.....	56
4.3. Teori Temelli Yaklaşımla İlgili Sorunlar.....	56
4.4. Teori ve Modeller.....	57
4.4.1. Bireysel Teoriler.....	57
4.4.1.1. Sosyal Bilişsel Teori.....	59
4.4.1.2. Transteorik Model (Değişim Aşamaları Modeli)...	63
4.4.1.3. Sağlık İnanç Modeli.....	67
4.4.1.4. Tüketici Bilgi İşleme Süreci Modeli.....	73
4.4.1.5. İletişim-İkna Modeli.....	75
4.4.1.6. Nedene Dayalı Eylem Teorisi.....	78

4.4.1.7. Planlı Davranış Teorisi.....	79
4.4.1.8. Bütünleşik Davranış Teorisi.....	83
4.4.1.9. Relaps Önleme Modeli.....	85
4.4.2. Topluluk ve Grup Modelleri.....	85
4.4.2.1. Toplumsal Organizasyon Teorisi.....	86
4.4.2.2. Örgütsel Değişim Teorisi.....	87
4.4.2.2.1. Aşama Teorisi.....	88
4.4.2.2.2. Örgütsel Gelişim Teorisi.....	91
4.4.2.2.3. Örgütsel Arası İlişkiler Teorisi.....	94
4.4.2.2.4. Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi.....	96
4.4.2.3. Yeniliklerin Yayılması Teorisi.....	98
4.4.2.4. Sosyal Normlar Teorisi.....	101
4.4.2.5. İletişim Teorisi.....	103
4.4.2.5.1. Mesaj Üretimi.....	105
4.4.2.5.2. Medya Etkisi.....	106
4.4.2.5.4. Bireysel Düzeyde Ana Modeller.....	107
4.4.2.5.5. Makro Düzeydeki Teoriler.....	108
4.4.2.5.6. Planlı Medya Kullanımı	109
4.4.3. Precede-Proceed Planlama Modeli.....	114
4.4.4. Ekolojik Modeller.....	121
4.4.4.1. Sağlık Davranışı Müdahalelerine Başvuru - Tütün Kontrolü.....	123
V. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SON 5 YILDA YAPILMIŞ OLAN SAĞLIK İLETİŞİM KAMPANYALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	126
5.1. Çemberin Dışında Kal Medya Kampanyası.....	126
5.2. Her Gün 10 Bin Adım Kampanyası.....	129
5.3. Yaşama Yol Ver Medya Kampanyası.....	132
5.4. Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası.....	135
5.5. Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyası.....	140
5.6. Kolları Sıvıyoruz Kampanyası.....	145
VI. BÖLÜM: SONUÇ.....	151
KAYNAKÇA.....	156

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1	: Şekillerine Göre İletişim.....	29
Tablo 2	: Sosyal Bilişsel Teori.....	63
Tablo 3	: Transteorik Modelin Aşamalarına Dair Örnek.....	65
Tablo 4	: Transteorik Modelin Aşamalarına ve Potansiyel Değişim Stratejilerine Dair Örnek.....	66
Tablo 5	: ABD’de Kalın Bağırsak Kanseri Taramasında Kullanılan Sağlık İnanç Modeli Örneği.....	72
Tablo 6	: McGuire’den Uyarlanan Bilgi-İkna Matrisi.....	76
Tablo 7	: Planlı Davranış Teorisi’ne Bir Örnek.....	82
Tablo 8	: Örgütsel Değişime İlişkin Kavramların Özeti.....	90
Tablo 9	: Örgütsel Gelişime İlişkin Kavramlarının Özeti.....	92
Tablo 10	: Örgütler Arası İlişkilere İlişkin Kavramlarının Özeti.....	95
Tablo 11	: Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisinin Yapıları.....	97
Tablo 12	: Seçilmiş İletişim Kuramları ve Analiz Düzeyleri.....	104
Tablo 13	: Mesajların Uyarlanması.....	106
Tablo 14	: Transteorik Model’in Aşamaları Kapsamında Her Gün 10 Bin Adım Kampanyası.....	131
Tablo 15	: Sağlık İnanç Modeli Yapılarının Antibiyotik Konularına Uygulanması.....	138
Tablo 16	: Sağlık İnanç Modeli Yapılarının Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyasına Uygulanması.....	143
Tablo 17	: Kolları Sıvıyoruz Kampanyasının Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde Değerlendirilmesi.....	148
Tablo 18	: Teori ve Modellere Göre Kampanya Analizi.....	154

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	: Davranışı Etkileyen Faktörler.....	10
Şekil 2	: Temel İletişim Modeli.....	25
Şekil 3	: Çok Yönlü Bir Süreç Olarak İletişim.....	25
Şekil 4	: Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	34
Şekil 5	: Sağlık Hizmetlerinde Hedef Kitle.....	36
Şekil 6	: Thomas'a ve Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsüne Göre İletişim Süreçleri.....	45
Şekil 7	: Sağlık İletişimi Stratejilerinin Yapabilecekleri ve Yapamayacakları.....	49
Şekil 8	: Değerlendirme Adımları.....	52
Şekil 9	: Sosyal Bilişsel Teori Modelinin İşleyişi.....	60
Şekil 10	: Prochaska ve DiClemente'den Uyarlanan Transteorik Model.....	64
Şekil 11	: Rosenstock vd. Uyarlanan Sağlık İnanç Modeli.....	68
Şekil 12	: Tüketici Bilgi İşleme Süreci Modeli.....	73
Şekil 13	: Planlı Davranış Teorisi.....	79
Şekil 14	: Planlı Davranış Hipotezine Basit Bir Bakış.....	80
Şekil 15	: Bütünleşik Davranış Modeli.....	84
Şekil 16	: Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi.....	96
Şekil 17	: Yeniliğin Yayılması.....	99
Şekil 18	: Precede-Proceed Modeli'nin İlk Versiyonu.....	115
Şekil 19	: Precede-Proceed Planlama Modeli.....	117
Şekil 20	: Nedene Dayalı Eylem Teorisi Çerçevesinde Çemberin Dışında Kal Medya Kampanyasının Analizi.....	128
Şekil 21	: Transteorik Model Çerçevesinde Her Gün 10 Bin Adım Kampanyasının Analizi.....	132
Şekil 22	: Nedene Dayalı Eylem Teorisi Çerçevesinde Yaşama Yol Ver Kampanyasının Analizi.....	133
Şekil 23	: Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyasının Analizi.....	139
Şekil 24	: Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyasının Analizi.....	144
Şekil 25	: Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde Kolları Sıvıyoruz Kampanyasının Analizi.....	149

RESİMLER LİSTESİ

Resim 1	: The Truth Kampanyasına Dair Reklam Afişi.....	110
Resim 2	: Lean Projesine İlişkin Bir Görsel.....	113
Resim 3	: Çemberin Dışında Kal Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel...	126
Resim 4	: Her Gün 10 Bin Adım Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel...	130
Resim 5	: Yaşama Yol Ver Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel.....	133
Resim 6	: Akılcı Antibiyotik Kullanımı Medya Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel.....	136
Resim 7	: Maske, Mesafe ve Temizlik Medya Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel.....	141

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
M. Ö.	: Milattan Önce
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SARS	: Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu
SGGM	: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
TKET	: Topluluk Koalisyon Eylem Teorisi
TTM	: Transteorik Model
TV	: Televizyon
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Sağlık, insanlar ve toplumlar açısından büyük önem arz etmektedir. Ülkelerin gelişmişliğini gösteren ölçülerin başında sağlık alanındaki gelişmişlik düzeyi gelir. Tüm ülkeler sağlıklı bireylere sahip olmak ve bunun devamlılığını isterler. Bu doğrultuda sağlığın teşvikini ve geliştirilmesini amaçlayan herhangi bir eylemde, iletişim önemli bir role sahiptir. 20. yüzyıl boyunca önleyici sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinden olumsuz sağlık sonuçları riskini artıran davranışların sona ermesine kadar geniş bir dizi davranışsal sonuç dahil olmak üzere, çoğu önemli halk sağlığı sorununu ele almak için iletişim kampanyaları geliştirilmiştir. Günümüzde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik kampanyalar sayesinde insanlar çok fazla bilgi sahibi olmadıkları sağlık sorunları konusunda bilgi edinebilmekte ve sağlıklı davranış için yapmaları gerekenleri ayrıntılarıyla öğrenebilmektedir.

Sağlık iletişimi kampanyalarının davranış değişikliği oluşturmadaki rolünün sağlık davranışı teori ve modelleri çerçevesinde değerlendirilmesi, bu tez çalışmasının ana temasını teşkil etmektedir.

Çalışma, altı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, sağlık ile ilgili temel kavramlar açıklanmıştır. İkinci bölümde, davranış ve davranış değişikliği ile kavramlar açıklandıktan sonra ve davranışı etkileyen faktörler sağlık açısından geniş bir bağlamda ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, iletişim ve sağlık iletişimiyle ilgili temel kavramlara, iletişimin ne şekilde gerçekleştirildiği, hedef kitlelerin kimler olduğu ve iletişimde hangi kanal ve yöntemler kullanıldığı açıklandıktan sonra sağlık iletişim kampanyalarının tanımı, özellikleri ve kampanya süreci detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Dördüncü bölüm çalışmanın temelini teşkil eden teori ve modellerin yer aldığı bölümdür. Bu bölümde öncelikli olarak teori ve modellere ilişkin genel bir değerlendirme yapılmış, teori ve modellerin ne amaçla kullanıldığı ve kullanım alanlarının nereler olduğu belirtilmiştir. Akabinde ilgili teori ve modeller mikro düzeyden makro düzeye tek tek tanımlanmış, daha iyi anlaşılmaları için örnek ve uygulamalara yer verilmiştir.

Beşinci bölümde ise Türkiye’de 2016-2021 yılları arasında gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarından rastgele seçilen 6 adet sağlık iletişim kampanyası, davranışsal teori ve modeller çerçevesinde analiz edilmiştir.

I. BÖLÜM

SAĞLIK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

Araştırmanın bu bölümünde, sağlık ve sağlık iletişiminin temel kavramlar incelenecek ve bu kavramların ortaya çıkış ve gelişim süreci değerlendirilecektir. Bu temelde yapılan sağlık iletişimi uygulamaları değerlendirmeleri daha sonraki bölümlerde incelenecektir.

1.1. Sağlık Kavramının Tanımı

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır.

Sağlık kavramı ve algılanışı kültürden kültüre ve toplumdan topluma değişebilmektedir. Bir ülkede sağlıklı olarak değerlendirilebilirken başka bir ülkenin şartlarında sağlıklı bulunmayabilir. Toplumun sahip olduğu değerler sağlık kavramını doğrudan etkileyen unsurlardır.

1948’de, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kapsamlı bir sağlık tanımı geliştirmiştir. Sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (İlhan, 2018, s.4).

Günümüzde WHO tanımına birçok eleştiri yapılsa da, büyük ölçüde kabul gören bu tanımlayamaya göre, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Sağlığın tanımı, 11 Eylül 2001’de ABD’de ikiz kulelere yapılan saldırıdan sonra yeni bir boyut kazanmıştır. Sağlığın tanımlanmasında yiyecek, barınma ve tıbbi bakım sağlanması gibi bileşenlerin yanı sıra terörizme ve biyo-kimyasal savaşa karşı “güvenliğin” de eklenmiş olmasıdır (Ertekin, 2017, s.83). Bu bakış açısıyla, muhtemel yaşanacak savaşlarda güvenlik kavramının sivil halkın doğrudan sağlığı ile ilgili olduğu söylenebilir.

Sağlık günlük kullanımında negatif ve pozitif olmak üzere iki anlamı bulunmaktadır (Ertekin, 2017, s.84).

- **Sağlığın Negatif Tanımı:** Sağlığın negatif tanımlanmasında, rahatsızlık ya da hastalığın olması kastedilmektedir (Naidio ve Wills 2000). Bir başka ifade ile şayet bir kimsenin herhangi bir rahatsızlığı ve hastalığı yok ise bu “sağlıklı” aksi halde “sağlıklı değil” demektir.
- **Sağlığın Pozitif Tanımı:** Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık, yalnızca hastalığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlığın negatif tanımlamalarında önceleri hep tıbbi ve biyolojik parametreler kullanılırken, pozitif tanımlamalarında fiziksel, zihinsel ve sosyal unsurlar bir arada kullanılmaktadır.

Naido ve Wills (2000), sağlık kavramının bireysel, toplumsal ve çevresel boyutlarda olduğu aşağıda belirtilen düzeylerde ele alınabileceğini ifade etmişlerdir:

- **Fiziksel Sağlık:** Vücutla ilgilidir. (Örneğin, fitness-zindelik, hasta olmama vb.)
- **Zihinsel Sağlık:** Olumlu düşünce yapısı ve kişinin kendi değerine inancı (Örneğin, kendini iyi hissetme, sorunlarla başa çıkabilme vb.)
- **Duygusal Sağlık:** Duyguları ifade etme yeteneği ve ilişki kurup sürdürebilme yeteneği (Örneğin, sevildiğini hissetme, değer verildiğini hissetme)
- **Sosyal Sağlık:** Aile ve arkadaşlardan destek görme duygusu (Örneğin, konuşacak arkadaşların olması, diğer bireylerle iletişim kurabilme ve aktivitelerde bulunma vb.)
- **Ruhsal Sağlık:** Ahlaki, dini kuralları ya da inançları koyma ve kabul etme yetisi.
- **Cinsel Sağlık:** Kişinin cinselliğini tatmin edici biçimde ifade etmeyi başarma duygusu ve bunu kabul etmesi.

1.2. Hastalık ve Hasta Kavramlarının Tanımı

Çok genel bir deyişle hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmetten yararlanan kişidir veya fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı bulunan, vücut organlarının normal işlevini yerine getirmediği bir durumda olan ve tedaviye ihtiyaç duyan kişi olarak da tanımlanabilir. (Tengilimoğlu, 2011, s.63). Ancak bu tanım oldukça yetersizdir. Bu

tanıma göre insanlar, ancak sağlık hizmetini satın aldıklarında ya da tükettiklerinde hasta tanımına uymaktadırlar.

Öyleyse Bürger'in de tanımladığı üzere hasta, daha önceden, şu anda veya potansiyel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmış/yararlanacak olan birey olarak tanımlanabilir (Ertekin, 2017, s.92).

Hastalık kavramı ise bireylerin rahatsızlıklarına neden olan fiziki, biyolojik ve ruhsal sorunlar olarak anlatılabilir. M.Ö. 5. yüzyıla kadar hastalıklar tanrıların insanları cezalandırması olarak değerlendiriliyordu. Modern tıbbın ortaya çıkmasını sağlayan Hipokrat bu inanişe karşı çıkarak hastalıkların fiziksel ve gerçekçi bir açıklaması olduğunu düşünmüştür. Bazı hastalıkların belirtilerini tanımlayıp bilimsel buluşlar sayesinde hastalık kavramında kullanılan doğaüstü güçler terini akılcılığa bırakmıştır.

Bilimin insan bedenini tanıması ve metabolizma işleyişinin anlaşılıp değerlendirilmesi için 16. yüzyılda icat edilen nabız saati ve termometre gibi aletlerin önemi oldukça büyüktür. Tıp biliminin gelişmesinde etkili olan bu icatlar 17. yüzyılda dönüm noktası oluşturmuştur. Mikroskopun icadıyla mikropların keşfi sağlanmış ve hastalıkların sebebinin mikropların olduğu tespit edilmiştir. Bu gelişmeye insan vücudu daha anlaşılır olmuş ve salgın hastalıkların kontrol edilebilirliği artmıştır.

1.3. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sosyal bir canlı olan insan yaşadığı toplumun yaşam ve yaşayış şekline göre hayatını devam ettirir. Toplum insan hayatını kolaylaştırır ve daha iyi yaşam koşulları oluşturur. Sağlık toplumda yaşayan bireyler koşullardan dolayı ve dolaysız olarak etkilenir.

Henrick L. Blum sağlık kavramında çevresel yaklaşımı geliştirmiş ve sağlık durumunu etkileyen dört faktör üzerinde durmuştur. Bu dört temel faktörün de toplumsal sistemlerden etkilendiğini ve aynı zamanda birbirlerini de etkileyerek sağlık durumunda belirleyici bir rol üstlendiklerini ileri sürmüştür (İlhan, 2018, s.4).

Dört temel faktör aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- 1) Çevre
- 2) Davranış (Yaşam Biçimi)
- 3) Kalıtım (Genetik)
- 4) Sağlık Hizmetleri

Yukarıda adı geçen dört faktörün etki düzeyleri farklıdır. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör, çevre ve ikincisi de davranış biçimidir. Bunları sağlık hizmetleri ve kalıtım izler. Sağlığı etkileyen bu dört faktör aynı zamanda nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistemlerin etkisi altındadırlar.

1.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalık tedavisi için çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak ifade edilebilir (Fişek, 1985, s.1).

Öztürk (2000), sağlık hizmetleri kavramını, “sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dahilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır (Öztürk, 2000, s.142).

Sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım amacıyla kişisel ve kurumsal olarak kamunun veya özel kuruluşların sunduğu hizmetler şeklinde tanımlanabilir.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini anlayabilmek için öncelikle hizmet kavramı ve özelliklerinin bilinmesi gerekir. Hizmet, maddi bir niteliği olmayan, alım satımı mümkün olan, belirli bir fiyatı olan ve fayda sağlayan soyut bir iktisadi faaliyet olarak tanımlanabilir. Hizmeti, üretildiği anda alıcıya değer aktaran soyut bir ürün olarak da tanımlamak mümkündür (İlhan 2018, s.5).

Hizmetin; soyut olma (fiziksel varlığa sahip olmama), heterojen olma (türdeş olmama), üretim ve tüketimi eş zamanlı olma (ayrılmazlık) ve dayanıksız olma (stoklanamaz) gibi dört temel özelliği bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri şu özellikleri taşır (İlhan, 2018, s.5-6):

- Arzı pahalıdır.
- Talep tüketici tarafından belirlenmez.
- Toplumsal olma özelliği vardır.
- Kar amaçlı değil sosyal amaçlıdır.
- Talep tesadüfidir.
- Talep esnekliği katıdır.
- İkamesi yoktur.

Sağlık hizmetleri; gerek teknoloji yoğun gerekse de insan faktörüne dayanması açısından arzı son derece pahalı olan bir özelliğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı yaygındır. Her geçen gün de bilimsel ilerlemelerle yeni teknolojiler hizmet süreçlerine dahil olmaktadır (İlhan, 2018, s.5).

Sağlık hizmetlerinde talebi, hizmeti kullanan (örneğin, tedavi edici hizmetlerde hasta) belirlemez. Talep her zaman için sağlık mensubu profesyonelleri (sıklıkla hekimler) tarafından tespit edilir (İlhan, 2018, s.5).

Sağlık hizmetleri toplumsal hizmetlerdir. Çünkü sağlık hizmetlerine ulaşanlar kadar ulaşmayanlar da o hizmetten yararlanır. Örnek olarak özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde bir kişinin aşı olması diğerlerini de hastalığa yakalanmaktan korur. Bu yüzden de sağlık hizmetleri toplumsal hizmetlerdir ve kar amacı gütmeyenler (İlhan, 2018, s.5).

Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman, nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilmez. Dolayısıyla sağlık hizmetleri durmaz, sürekli ve her türlü tedbirin her an alınmasını gerektirir (İlhan, 2018, s.5-6).

Tespit edilen sağlık hizmeti talebi her ne şart altında olursa olsun gerçekleşen talep olmak zorundadır. Çünkü kullanılması mecburidir. Eldeki her türlü imkan zorlanarak hizmete ulaşılmaya çalışılır. Ayrıca, sağlık hizmetinin yerine konulabilecek başka bir hizmetin tercih edilme şansı yoktur. Yani ikamesi bulunmamaktadır (İlhan, 2018, s.6).

Sağlık hizmetlerinin bu özellikleri göz önünde bulundurularak, toplumun sağlık düzeyini yükseltici planlama ve uygulamalar yapılması gerekir. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı, ulaşılabilirliği, hakkaniyeti, etkililiği, verimliliği ve toplumun veya bireyin ihtiyacına göre kaliteli sağlık hizmeti sunulması, sağlığı planlayıcı ve uygulayıcıların önceliği olmalıdır.

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanmaktadır (İlhan, 2018, s.6-7).

1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplum hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etmenlerini yok etmeye yönelik hizmetlerdir. Kişilere yönelik yapılan bağışıklama, erken tanı testleri, aile planlaması, beslenme durumlarını iyileştirmeye yönelik gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi hizmetleri, fiziksel, biyolojik ve sosyal çevreye yönelik olumsuzlukların neden olduğu sağlık problemlerini önlemek için çevreye yönelik müdahaleleri kapsayan hizmetlerin tanımıdır (İlhan, 2018, s.6).

1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Uzman hekim sorumluluğunda hemşire ve diğer sağlık personelinin işbirliği ile sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, gününbirlik (ayaktan) ve yataklı tedavi hizmetleri olarak iki gruba ayrılmaktadır (İlhan, 2018, s.6).

1.6.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık veya kaza sonucu kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, multi disiplinler bir yaklaşımla tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza veya hastalık sonucu sakatlanan kişilere işlevsel beceriler kazandırmayı hedefler (İlhan, 2018, s.7).

1.6.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Bu hizmetler sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmesi için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesinde temel sorumluluk bireye aittir. Sağlığın geliştirilmesi; bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (İlhan, 2018, s.7).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, birey ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsar. Sağlığın geliştirilmesi çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. Dolayısıyla sağlığın geliştirilmesi, bireylerin veya sağlık kurumlarının sorumluluğunda değildir. Ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına sağlığın geliştirilmesi için görevler düşmektedir.

1.7. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli ana faktörler bulunmaktadır. Bu alanda sistematik çalışmaların öncülüğünü yapan Anderson arkadaşları, hizmet kullanımını belirleyen ana faktörleri; hazırlayıcı (predisposin) faktörler, kolaylaştırıcı (enabling) faktörler ve gereksinim (need) faktörler olarak sıralamıştır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2008, s.7-9):

- a) **Hazırlayıcı Faktörler:** Bazı bireylerin diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim, belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler bireyin toplumsal, ekonomik ve kişilik (davranış) özellikleridir. Bu faktörlere yaş, cinsiyet, meslek, gelir ve hastalık bilgisi örnek gösterilebilir.
- b) **Kolaylaştırıcı Faktörler:** Bireyler sağlık hizmetlerini kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı araçların var olması gerekir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak

tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanması için kolaylaştırıcı faktörlerin var olması gerekir. Kolaylaştırıcı faktörlere ailenin toplam geliri, kuyrukta bekleme süresi, özel muayene olanağı, hizmetin sürekliliği ve ulaşılabilirliği örnek gösterilebilir.

- c) **Gereksinim Faktörleri:** Birey veya onun ailesi, hastalığı veya hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılayabilirler. Hastalığın algılanması, başka bir ifadeyle hizmet gereksiniminin algılanması, sağlık hizmeti kullanmaya yol açan temel uyarandır. Zira birey, hastalık durumunu algıladıktan sonra hizmet arama davranışı göstererek sağlık kurumuna yönelmektedir. Gereksinim faktörlerine semptomlar, algılanan sağlık düzeyi, sağlıkla ilgili endişeler ve tanılar örnek gösterilebilir.

II. BÖLÜM

DAVRANIŞ ve SAĞLIK Davranışı Kavramı

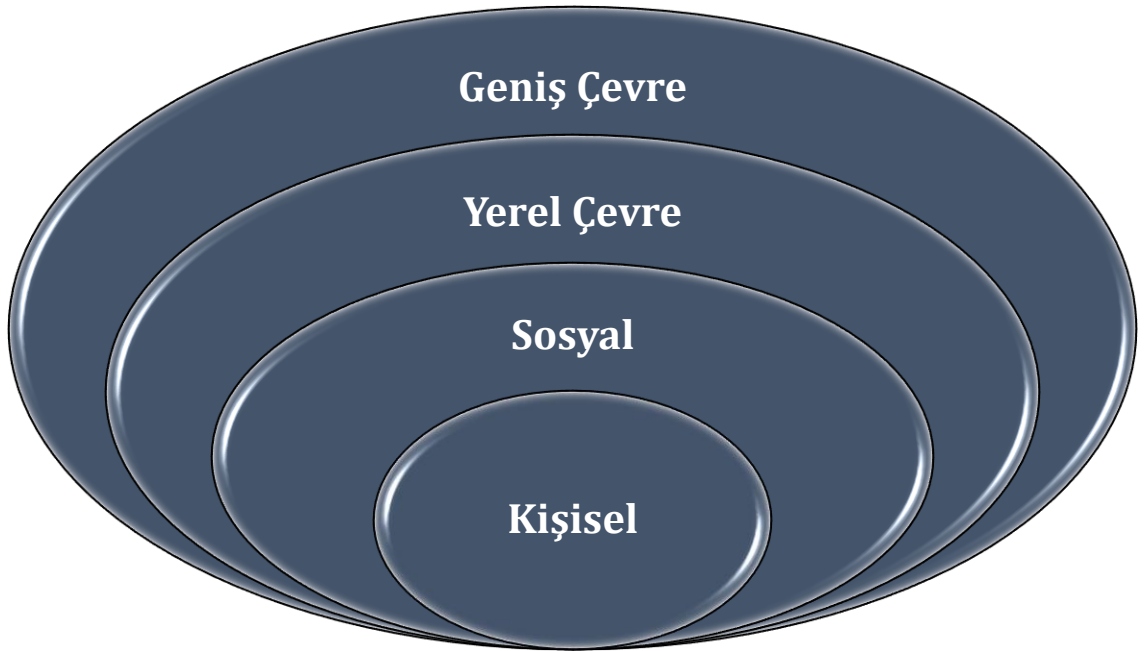
2.1. Davranış Kavramı ve Davranışın Oluşumu

Davranış, bireyler, organizmalar, sistemler veya yapay varlıklar tarafından kendileri veya çevreleriyle bağlantılı olarak gerçekleştirilen eylemler ve tavırlar dizisidir (National Institute for Clinical Excellence, 2007).

Davranış biliminin temelinde insan ve insanın davranışları bulunmaktadır. Davranışların hangi şartlarda ve nasıl ortaya çıktığını inceleyen davranış bilimi bunu gerçekleştirirken birçok bilimden faydalanmaktadır. Bireyin değer ve tutumlarının davranışlara olan etkisini merkeze alarak uygulanan eylemleri değerlendirmektedir. İnsan davranışı çok boyutludur ve bu davranışı tetikleyen birçok psikolojik ve fizyolojik faktörler bulunmaktadır.

2.2. Davranışı Etkileyen Faktörler

Davranışı etkilemede önemli bir rol oynayabilecek her düzeydeki faktörler; kişisel, sosyal, yerel çevre ve geniş çevre olmak üzere dört bölüm halinde incelenecektir.



Şekil 1: Davranışı Etkileyen Faktörler

2.2.1. Kişisel Faktörler

Davranışı etkileyen birçok kişisel faktör bulunmaktadır. Bu bölümde önemli görülen birkaç kişisel faktöre yer verilecektir.

2.2.1.1. Bilgi ve Farkındalık

İnsanlardan davranışlarını değiştirmeleri istendiğinde, beklentilerin açıkça ortaya konması gerekir. Mesela bu, yerleşim yerlerinde araç kullanılırken gözlemlenmesi istenen hız sınırı olabilir. Standart ekonomik teori, insanlara bilgi verilirse kişisel faydayı en üst düzeye çıkaracaklarını ve maliyetleri en aza indirecek şekilde hareket edeceklerini varsayar. Bu genellikle “rasyonel seçim teorisi” olarak adlandırılan bir kavramdır. (Darnton, 2008).

AIDA (dikkat, ilgi, arzu, eylem) pazarlama modeli, bilgi açığı modelinin bir örneğidir. Söz konusu model, bilgi sağlamanın ilgi uyandıracığı, bunun da arzuya ve ardından eyleme yol açacağı fikrine dayanır.

Bazen insanlara sadece ilgili bilgileri vermek gerekir. Ancak bilgi ve farkındalık, davranış değişikliğini sağlamak için nadiren tek başına yeterlidir. Zira diğer faktörler insanların rasyonel benliklerini geçersiz kılabilir ve insanlar rasyonel hesaplamalarında sistematik hatalar yapabilir. Bu nedenle bilgi sağlamak, bir son noktadan ziyade davranış değişikliğini etkilemeye yönelik ilk adımdır.

2.2.1.2. Tutumlar

Tutumlar belirli davranışlara özgüdür. Erken psikolojik modeller, ağırlıklı olarak doğrusal bir tarzda niyete yol açan tutumları gösterir. Sonraki modellerde ise tutumun hala bir rol oynar ancak bir dizi başka faktörün yanında ortaya çıkar (Darnton, 2008).

Tutumlar davranışı etkileyebilirken, günümüzdeki kanıtlar bağlantının önce düşünüldüğü kadar güçlü olmadığını göstermektedir. “Değer eylem boşluğu” ifadesi, bir kişinin davranışlarıyla tutarsız değerlere sahip olduğu durumları tanımlar. Değer eylem boşluğu, özellikle çevreye yönelik tutumlarla ilgili olarak belirgin olabilir. İnsanlar çevreyi korumanın önemli olduğuna inanabilirken, konu davranışları değiştirmeye geldiğinde diğer faktörler öncelikli olabilir. Darnton (2008), davranışı etkileyen faktörlerin en az %80’inin bilgi veya farkındalıktan kaynaklanmadığını iddia eden çevre yanlısı araştırmalara atıfta bulunmuştur.

Tutumların davranıştan önce gelebilmesine rağmen, bunun tersinin de doğru olabileceğini unutmamak gerekir. Festinger'in Bilişsel Uyumsuzluk Teorisi'ne (1957) göre, iki tutarsız görüşe sahip bir kişi, görüşlerini değiştirmeye ve böylece algılarını hizaya getirmeye itecek bir iç çatışma (bilişsel uyumsuzluk) hissedecektir. Bu bilişsel uyumsuzluğa sigara içenler örnek gösterilebilir. Sigara içenlerin çoğu, sigaranın akciğer kanserine ve diğer sağlık sorunlarına neden olduğunu bilir, ancak aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmek isterler. Sigara içenler ya sigarayı bırakarak ya da örneğin, sigara içmenin kendilerini zayıf tuttuğunu iddia ederek veyahut günde 30 adet sigara içen ve 100 yaşına kadar yaşayan birini tanıdıklarını iddia ederek bu "uyumsuzluğu" azaltmaya çalışabilirler. İletişim, tutumları değiştirmeye yardımcı olabilir. Örneğin dünyanın birçok ülkesinde hükümetler düzenledikleri kampanyalarla, alkollü araç kullanmaya yönelik tutumları değiştirmiş, yanı sıra yasal değişiklik ve diğer müdahalelerle birlikte davranış değişikliği sağlamayı başarmıştır. Ancak, bilgi ve farkındalıkta olduğu gibi, tutumları değiştirmek tek başına davranış değişikliği sağlamak için yeterli olmayabilir. Bu nedenle, tutum değişikliğini davranış değişikliğinin öncüsü olarak görmek yanıltıcı olabilir (Yücel ve Çizel, 2018).

2.2.1.3. Alışkanlık ve Rutin

Alışkanlık veya rutin, sık görülen davranışları etkilemede önemli bir faktör olabilir. Son yıllarda, sosyal psikolojide ve sinirbilim gibi alanlarda ortaya çıkan bir çalışma alanı haline gelmiştir. Burada, hayvanlar üzerinde yapılan deneyler, otomatik zihnin bireylerin günlük işleyişinin çoğunu idare ederken, yönetici zihnin hem otomatik zihni hem de odaklanmış zihinsel görevleri üstlendiği ikili süreçli bilişsel sistem hakkında fikir verilmiştir (Darnton, 2008).

Belirli bir davranış ne kadar çok tekrar edilirse, o kadar otomatik hale gelir. Zaman geçtikçe ve davranış daha sık üstlenildikçe, alışkanlık davranışı yönlendiren kilit faktör haline gelebilir. Bu tür davranışlar genellikle bilinçsizdir (örneğin diş fırçalarken suyun açık bırakılması gibi) ve açıklanması veya gerekçelendirilmesi zordur. Bu nedenle alışılmış davranışları etkilemek için tasarlanan iletişimler, bir alışkanlığı bilinçli bir davranışa dönüştürmekte hangi stratejilerin en etkili olacağına bakmalıdır. Davranışın gerçekleştiği noktada kullanılan ortam medyası, bunu yapmaya çalışan bir iletişim örneğidir ve çok etkili olabilir.

Kurt Lewin'in değişim teorileri (1951), alışkanlıkları kırmanın, alışkanlığı bilinçli bir incelemeye yükseltmek için "duygusal bir heyecan" gerektirdiğini ileri sürmektedir. Sigara içmek hem bağımlılık yapan hem de alışkanlık haline gelen bir davranıştır. İngiliz Kalp Vakfı'nın düzenlemiş olduğu "Yağlı Sigara" kampanyası, sigarayı verdiği zararları ilişkilendirerek alışkanlık unsurunun üstesinden gelmek için yola çıkmıştır. Amaç, sigara içen kişinin sigara içmeyi her düşündüğünde, sigaranın verdiği zararını da düşünmesini sağlamaktır. Bu da, sigara içmeyi bilinçsiz bir alışkanlıktan bilinçli bir eyleme dönüştürmek için "duygusal heyecanı" oluşturmuştur.

2.2.1.4. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik, bireyin bir eylemi başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceğini ve bu eylemin beklenen sonucu getireceğine dair hissini tanımlar. Önemli olan inançtır, bireyin bir amaca ulaşmak için gerçekten gücünün yetip yetmeyeceği değildir. Bu, bir kişinin davranışlarını değiştirmeye yönelik çabasını ve deneyip denemeyeceğini belirleyecektir. İnsanların eylemlilik duygusu, geçmiş deneyimler ve kişisel inançlar da dahil olmak üzere birçok şey tarafından yönlendirilebilir. Örneğin, bazı insanlar doğal olarak diğerlerinden daha karamsardır. Bu faktör birçok sosyal psikolojik modelde görülmektedir (Darnton, 2008).

İletişim, örneğin belirli bir davranışın daha ulaşılabilir görünmesini sağlayan net mesajlar vererek, diğer bireylerin değişikliği nasıl yaptığını göstermek için referanslar kullanarak veya ilgili becerileri öğretmeye yardımcı olarak, bireylerin eylemlilik duygusunu artırmaya yardımcı olabilir.

2.2.1.5. Duygu

Duygular, bireylerin haberi olmadan tetiklenebilir ve hem bilinçli hem de bilinçsiz davranışları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabilir. Çoğu model duyguyu, davranış değişikliğini dolaylı olarak etkileyen bir faktör olarak görürken, bazen davranışın yalnızca duygu tarafından yönlendirildiği durumlar da vardır. Örneğin, bir fobi veya korku, bireyin belirli durumlarda nasıl davranacağını belirleyebilir (Darnton, 2008).

İletişimin duyguyu harekete geçirmeyi amaçladığı durumlarda, duygunun davranış üzerinde doğrudan bir etkisi olmayacağı düşünülüğünde, duygusal tepkiden hangi faktörlerin etkilenebileceğini anlamak önemlidir.

2.2.1.6. Öğrenme

İnsanları dünyadaki diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biri de öğrenme yeteneğindeki üstünlüğüdür. Öğrenme, insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri, toplumsal yaşama uyum sağlayabilmeleri ve kendilerini gerçekleştirebilmeleri için sahip oldukları önemli bir davranıştır. Öğrenme, pekiştirilmiş tekrarlama veya deneyim sonucu davranışta görülen oldukça kalıcı bir değişimdir (Tengilimoğlu, 2011, s.84).

2.2.2. Sosyal Faktörler

Stratejik planlama sürecinin biçimlendirici aşamaları sırasında son derece önemli bir görev, kişilerarası etkilerin bir veya daha fazla grup için ne ölçüde önemli olabileceğini anlamaktır (Andreasen, 1995).

Diğer bireylerin değerleri, tutumları, inançları ve davranışları, bireyler üzerinde güçlü bir sosyal etkiye sahip olabilir. Sosyal normlar, neyin “kabul edilebilir” davranış olduğunu belirleyen grup kurallarıdır. Sosyal normlar, bireylerin düşünceleri ve davranışları üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir. Bu nedenle birçok farklı sosyal psikolojik modelde ortaya çıkar. Sosyal normlar gruba göre değişir. Bu nedenle bir grup genç için norm olan, farklı koşullarda yaşayan başka bir grup tarafından benimsenen normdan farklı olabilir. Bu kurallara uygun hareket etmemek, gruptan dışlanmaya yol açabilir (Andreasen, 1995).

Bireyler sosyal durumlarda nasıl davranacaklarından emin olmadıklarında, genellikle etraflarındaki bireylerin daha fazlasını bildiğini varsayar ve nasıl davranılacağına dair ipuçları arar. Bu, sosyal kanıt olarak tanımlanır.

Bireyler başkalarından ne ölçüde etkilendikleri hususunu hafife alma eğilimindedir. Çoğu insan, özellikle araştırmacılar için dikkate alınması gereken önemli bir faktör olan herhangi bir etkiyi reddedecektir.

2.2.2.1. İletişim ve Sosyal Normlar

İletişim, sosyal normları vurgulamada ve bireyleri bu normlara göre hareket etmeye teşvik etmede etkili olabilir. Buna Goldstein ve diğerleri (2008) tarafından gerçekleştirilen otel misafirlerini içeren çalışmaları örnek olarak gösterilebilir. Deneyde, konukların yarısının banyolarında havluların yeniden kullanılmasının çevreye nasıl fayda sağlayabileceğine dair mesaj içeren tabelalar yerleştirildi. Diğer yarısında aynı mesaj

vardı fakat çoğu otel misafirinin kaldıkları süre boyunca havlularını en az bir kez daha kullandığını belirten ekstra bir mesaj daha yerleştirilmişti. Sonuç olarak ek mesaja maruz kalan konuklar havlularını yeniden kullanma oranı diğer konuklara göre %26 fazlaydı. Bu, sosyal kanıtın gücünün açık bir göstergesidir (Goldstein vd, 2008).

2.2.2.2. Tanımlayıcı ve İhtiyati Normlar

Sosyal psikolog Robert Cialdini, iki tür sosyal norm arasında ayırım yapar: “Tanımlayıcı normlar” ve “ihtiyati normlar”. Tanımlayıcı normlar yukarıda belirtilen sosyal normların tanımına uyar. Yani bireyler kendi davranışlarını diğer insanların nasıl davrandığına dayandırır. İhtiyati normlar bireylere ne yapmaları gerektiğini söyleyen kurallar ve düzenlemelerdir (Cialdini vd, 1991).

2.2.2.3. İstenmeyen Sonuçlar Riski

İletişimciler, değiştirmeye çalıştıkları davranışı yaygın ve dolayısıyla kabul edilebilir gibi gösterme riskinin farkında olmalıdır. Örneğin, hastaneler ve hekimler, kaçırılan randevular sorununu vurgulamaya çalışırken genellikle gelmeyen hasta sayısını belirtirler. Bu yaklaşımın, davranışı istemeden meşrulaştırma riskini taşıdığı öne sürülmüştür. “Bunu başkaları yapıyor, öyleyse ben neden yapmayayım?” Dolayısıyla bunun yerine insanların büyük çoğunluğunun zamanında geldiği gerçeğine odaklanmak daha iyi bir alternatif olacaktır (Schultz vd., 2007).

Benzer şekilde, özellikle fazla alkol alma veya uyuşturucu kullanımı gibi riskli sağlık davranışları konusunda farkındalık yaratmanın sorunu daha da kötüleştirmeye hizmet edebileceği iddia edilmiştir. ABD’de kolejlerin alkol tüketimini azaltmak için aldıkları farklı yaklaşımlar üzerine yapılan araştırmalar, çoğu kampanyanın yüksek alkol tüketimi olan “tanımlayıcı normu” vurguladığını ortaya çıkarmıştır. Araştırmacılar, deneme iletişimlerini kullanarak bu tür mesajların, açıklanan miktardan daha az alkol kullanan öğrencileri, tüketimlerini norm olarak sunulan düzeye çıkarmaya gerçekten teşvik edebileceğini bulmuştur (Schultz vd., 2007).

Sosyal normların hızla değiştiği durumlar olsa da, bu genellikle yasal değişikliğin bir sonucu olmuştur. Örneğin, toplum içinde sigara içme yasağı (sigara zaten daha az kabul edilebilir hale gelmişti, ancak yasak bunu daha da arttırdı). Daha yaygın olarak, sosyal normlar yavaş değişir ve bu nedenle, yasal değişiklik olmadığında herhangi bir değişikliğin filtrelenmesi ve toplumda yaygınlaştırılması zaman alacağından uzun vadeli

bir yaklaşım gerekecektir. Başka bir deyişle, kısa bir iletişim faaliyeti patlamasının tek başına bir sosyal normu değiştirmede etkili olması olası değildir.

2.2.3. Çevresel Faktörler

İnsanların davranışlarını anlamak için içinde yaşadıkları fiziksel koşulları ve çevreyi dikkate almak esastır. Çevresel faktörler, bir bireyin nasıl davranacağını belirlemede son derece önemli olabilir. Davranış değişikliği meydana gelmeden önce, hem bireyin yerel (dış) ortamında hem de daha geniş (makro) ortamında “kolaylaştırıcı koşullar” mevcut olmalıdır.

2.2.3.1. Yerel Çevre

Bireyler belirli bir şekilde davranmaya ne kadar motive olursa olsun, yerel çevreleri bu davranışların önüne engeller koyarsa, başarılı olmaları pek mümkün değildir. Örneğin, bir kişi araba yerine toplu taşıma araçlarını kullanmak için güçlü bir motivasyona sahip olabilir. Ancak bulunduğu bölgede toplu taşıma araçlarına erişim azsa, davranışlarını değiştirmeleri imkansız değilse de zor olacaktır.

2.2.3.2. Geniş Çevre

Ulusal ve hatta uluslararası düzeyde işleyen faktörlerin de bireysel davranışlar üzerinde büyük etkisi olabilir. Daha geniş veya makro çevresel faktörler teknolojiyi, ekonomiyi, vergilendirmeyi ve mevzuatı içerebilir.

Çoğu sosyal psikolojik davranış modeli, dış etkenlere açıkça atıfta bulunmaz. Sadece birkaç model çevresel faktörlere atıfta bulunsa da, iletişimcilerin bunları tam olarak hesaba katmaları önemlidir.

2.3. Davranış Çerçevesi

Davranış çerçevesi, cevaplanması gereken basit dört soruyu yanıtlar:

- Kime ulaşmaya çalışıyorsun?
- Onların ne yapmalarını istiyorsun?
- Onların davranışlarını hangi faktörler etkiler?
- Bu faktörleri en etkili şekilde hangi eylemler ele alacak?

Diğer taraftan, davranış şu dört soruyu bir ifade şeklinde sunar. Belirli bir kitlenin belirli bir davranışı gerçekleştirmesine yardımcı olmak için faydaya (hedef kitlenin değer

verdiği bir şeye) odaklanılmalı ve buna öz yeterlilik, azaltılmış engeller, gelişmiş sağlık okuryazarlığı vb. faktörlerle yaklaşılması, bu esnada da kitleye medya veya diğer iletişim kanalları kullanılarak ulaşılmalıdır.

Ayrıca, resmi kurumlar gibi güvenilir kaynaklardan yayınlanmış literatür veya yayınlanmamış araştırma raporları ile zemin hazırlanabilir. Ancak hedef kitleye ilişkin bir iletişim stratejisi oluşturmak amacıyla ihtiyaç duyulan belirli bilgileri toplamak için büyük olasılıkla lokasyonda nitel araştırma yapılması gerekir.

Birincil Hedef Kitle: Sağlık sorunundan en çok etkilenen insan grubu akılda bulundurulur işe başlanmalıdır. Bazı durumlarda bu grup, aynı zamanda davranışlarının bir iletişim müdahalesi yoluyla etkilenmesi umulan insan grubu olarak tanımlanan birincil hedef kitledir. Bazen yararlanıcılar (örneğin, bebekler, küçük çocuklar ve zihinsel engelli kişiler) kendileri için hareket edemezler. Bu durumda, birincil hedef kitle, eylemleri sağlık sonucunu doğrudan etkileyenlerden oluşur. Bu örnekte bakıcılar (anneler ve diğerleri) çocuğa veya zihinsel engelli kişiye fayda sağlamak için davranış değişikliği amaçlanan birincil hedef kitledir.

Diğer taraftan araştırma, birincil hedef kitle içinde belirli iletişim biçimlerinden fayda sağlayacak alt gruplar olup olmadığını belirlemelidir. Bu gruplar yaş, cinsiyet veya çocuk sayısı gibi demografik değişkenlere, coğrafi konuma, etnik kimliğe veya belirli bir hastalık ya da engelle ilgili deneyimlere dayalı olabilir. Eğitim seviyesi, okur-yazarlık durumu, dil kullanımı, medya tercihleri gibi diğer değişkenler, belirli medya kanalları aracılığı ile nasıl ve nerede ulaşılabilecekleri açısından alt grupları tanımlamak için kullanılabilir. Son olarak, belki de en önemlisi, birincil hedef kitlenin söz konusu davranışla ilişkisi segmentasyonun kesinleşmesini sağlar. Bu davranışsal seçmenler, yeni bir davranış benimsemeye hazır olma, öz yeterlilik ihtiyaçları, rol model algısı, yolu tıkayan engeller gibi teorik olarak tanımlanmış diğer yapıları içermektedir.

İkincil Hedef Kitle: Araştırma, birincil hedef kitleye ulaşmak veya onları etkilemek için ikincil bir hedef kitle (veya hatta üçüncül bir hedef kitle) ile çalışma ihtiyacını ortaya çıkarmış olabilir. Bu insanlar, bir davranış değişikliğini destekleyen müttefikler olarak görülebilir. Veya birincil hedef kitlenin kendi başına hareket etme özgürlüğüne kavuşmadan önce fikirlerini ve hatta eylemlerini değiştirilmeye ikna edilmeleri gerekebilir. Sağlık uzmanları çoğu zaman toplumda etkili bir sağlık bekçisi

gibi hareket eder. Kabul etmeleri durumunda, bir davranış değişikliği hedefini desteklemeye yardımcı olabilirler veya aynı fikirde değillerse davranışın benimsenmesini önleyebilirler. Bu ikincil grup da demografik özelliklere, tutumlara, teoriye dayalı yapılara, eğitim seviyesine veya eğitime erişim ihtiyacına göre segmentlere ayrılabilir.

Değişecek Davranış: Planın başında, ideal bir davranış hedeflenmektedir. Eğer hedef kitle bu davranışı uygulama ikna edilebilirse, sağlık sorununun büyük ölçüde azalacağına inanılmaktadır.

2.4. Davranışsal Değişim Süreci

Pete Jackson'un davranışsal değişimi uyarmak için geliştirdiği iletişim yaklaşımı beş aşamalı bir süreci içermektedir. Söz konusu süreç aşağıdaki gibi özetlenebilir (Seitel, 2004, s.55):

- **Farkındalık Yaratmak:** Halkla ilişkiler uygulamaları ve reklamlarla hedef kitlelerde bir durum, kurum, kişi ya da markalara yönelik bir farkındalık yaratılması amaçlanmaktadır.
- **Gizli Bir Gönüllülük Geliştirmek:** Bilgi, duygu, sezme, bellek ve ilişkiler gibi faktörleri temel alan bir fikirden başlayan bir süreçtir.
- **Olayı Tetiklemek:** Olayı tetiklemek ya doğal ya da planlanmış olarak hedef kitlenin davranışlarını değiştirmeye yönelik bir yapıyı teşkil etmektedir.
- **Orta Düzeyde Davranış:** Jackson bu davranışı araştırma düzeyi olarak tanımlar. Birey arzulanan davranışın en iyi nasıl uygulanacağı ile ilgili belirlemeyi bu aşamada gerçekleştirir. Süreç hakkındaki bilgiler ve unsurlar bu aşamada araştırılır.
- **Davranışsal Değişim:** Son aşamadır ve yeni bir davranışın uyarlanması ifade eder.

2.5. Sağlık Davranışı

Toplumsal ve kültürel farklılıklar gözetmeksizin bireyin sağlığa ilişkin olarak var olan eylemlerinin tümüne sağlık davranışı denilebilir. Birey yaşam tarzı, beklentileri ve imkânları doğrultusunda uygun davranışlar seçerek sağlıklı yaşam biçimi gerçekleştirir.

Sağlık davranışları geleneksel olarak sigara içmek, aşırı içki içmek, hızlı yiyecekler tüketmek ve hareketsiz alışkanlıklar gibi riskli davranışları ifade eder. 1980

yılında İngiltere’de Kara Rapor’un yayınlanmasından bu yana, sağlık davranışları yapısal olarak tanımlanmamışsa da, diğer tüm davranışlar gibi sosyal olarak tanımlanmıştır (Glanz vd., 2008, s.12).

En geniş anlamıyla sağlık davranışı, sosyal değişim, politika geliştirme ve uygulama, gelişmiş başa çıkma becerileri ve gelişmiş yaşam kalitesi dahil olmak üzere bireylerin, grupların ve kuruluşların eylemlerinin yanı sıra bunların belirleyicileri, bağlantıları ve sonuçları anlamına gelir (Parkerson ve diğer., 1993). Bu Gochman’ın önerdiği sağlık davranışı tanımına (yalnızca bireyleri vurgulamasına rağmen) benzemektedir. Gochman’a göre sağlık davranışı, sadece gözlemlenebilir, açık eylemleri değil, aynı zamanda raporlanabilen ve ölçülebilen zihinsel olayları ve duygu durumlarını da içerir. Gochman sağlık davranışını geniş anlamda şu şekilde tanımlamıştır: İnançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar ve diğer bilişsel unsurlar gibi kişisel nitelikler; duygusal durumlar ve özellikler dahil olmak üzere kişilik özellikleri; sağlığın korunması, restorasyonu ve iyileştirilmesi ile ilgili açık davranış kalıpları, eylemleri ve alışkanlıklarıdır (Gochman, 1982).

Gochman’ın tanımı, Kasl ve Cobb tarafından ufuk açıcı makalelerinde önerilen belirli sağlık davranışı kategorilerinin tanımlarıyla tutarlıdır ve bunları kapsar. Kasl ve Cobb (1966) sağlık davranışını şu üç yönüyle tanımlamıştır:

- 1) Sağlıklı bireyler, asemptomatik bir durumda hastalığı önlemek veya tespit etmek için aktif hale gelir. Bu koruyucu sağlık davranışıdır.
- 2) Kendini hasta olarak gören bireyler, teşhis ve tedavi için aktif hale gelir. Bu hastalık davranışıdır.
- 3) Etkilenen bir birey, sağlık hizmeti sağlayıcıların tedavisini yönetmesi için aktif hale gelir. Bu pasif bir tutum ve bağımlı davranışla ilişkilidir.

Davranış değişiklikleri konusunda bilinçli bir uzlaşma, sağlık eğitimi programlarının istenen hedefidir.

Sağlık eğitimi, mevcut sağlık sorunlarının tedavisinde tüm taraflar arasında işbirliği sağlamanın yanı sıra, riskli sağlık davranışını azaltmayı ve önleyici sağlık davranışını teşvik etmeyi amaçlamaktadır (Kasl ve Cobb, 1966).

2.6. Sağlık Davranışı Değişikliği

Sağlık hizmetlerinde önlemenin ve koruyuculuğun etkisi arttıkça, davranış değişikliği halk sağlığının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin odak noktası haline gelmiştir. Davranış değişikliği genellikle, hastalık riskini önlemek veya azaltmak için gerekli bir bireysel uyum olarak konumlandırılır. Daha iyi bir sağlık için davranış değişikliğine her düzeyde ihtiyaç vardır; birey, aile, topluluk, ülke ve dünya (Newson vd., 2013).

Bireysel düzeyde inançlar, davranışlar ve biyoloji, sağlık ve hastalık arasındaki dengeyi etkiler. Sosyal ve ekonomik öncelikler, kültür, sağlığı geliştirici ortama erişim ve sağlık hizmetleri, aileler ve topluluklar düzeyinde sağlığın temel belirleyicileridir.

Kültür, bireyin davranışı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabilir. Bu nedenle sağlık programları kültürel olarak uygun stratejiler geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Kültür bir gruptaki uygulamaları ve normları yansıtır. Dil ve iletişim şekli, etnik köken kadar kültürün de bir parçasıdır. Kültür, kişisel sağlık ve hastalık anlayışının nasıl inşa edildiğini şekillendirir. Kültürel farklılıklar, etkili müdahalelerin önünde büyük engeller oluşturabilir. Bu nedenle sağlığı geliştirme programının planlanması, tasarlanması ve uygulanmasında kültürel çeşitliliğe yönelik farkındalık ve duyarlılık dikkate alınmalıdır. Özellikle de Batı tarzı bir iletişim, diğer kültürlerde soğuk ve çok doğrudan gelebilir (Huff ve Kline, 1999).

Yoksulluk ve zayıf eğitim, gelişmekte olan ülkelerde davranış değişikliğini etkiler. Yoksulluk müdahalelere erişimi sınırlar. Yetersiz eğitim bilgiye engeldir. Toplumdaki yoksulluk, zayıf altyapı, kötü iletişim ağı gibi kısıtlamalar nedeniyle müdahalelere erişim mümkün değilse, davranış değişikliğinin benimsenmesi olumsuz etkilenecektir (Quick, 2003).

Sağlık riski tehdidi ve korkusu, insanları bilgi aramaya motive edebilir. Ancak korku, insanların risk altında olduklarını inkar etmelerine de neden olabilir. Önerilen müdahalenin tehdidi önleyeceğine dair kanıtlar ile insanların tehdidi önleyebileceklerine dair güveni, davranış değişikliği üzerinde bir etkiye sahiptir. İnsanlar, kampanyadan ve onun somut faydalarından geri bildirim alırlarsa, kampanyalara daha açık olabilirler (Tindana vd., 2011).

Günlük yaşamı aşırı derecede sekteye uğratan ve kültürel engelleri olan kampanyalar davranış değişikliğinin önüne geçebilmektedir. Bununla birlikte, hedef kitleyi sağlık davranışı değişikliğinin olumlu sonuçları ve faydaları konusunda ikna ederek, engelleri azaltmak veya kaldırmak mümkün olmaktadır. Ayrıca, mesajları yorumladıkları, yaydıkları veya engelledikleri için davranış değişikliği mesajlarının hedef gruplar yerine kanaat önderlerini hedef alması gerektiği de öne sürülmektedir.

Davranışın çevreden etkilenen alışılmış, normatif ve önleyici olduğu görülmüştür. Önceki davranış değişikliği yaklaşımları, daha çok kendi kararlarını verme özerkliğine sahip olan ve sosyal bağlamlarını göz ardı ederek kendi seçimlerine göre hareket eden bireylere odaklanmıştır. Ancak sosyal belirleyiciler sağlıklı bir kişisel davranışa yol açmaktadır. Çevresel baskılar davranışı etkiler. Çünkü birey, sevdiklerinden ve otorite sahibi kişilerden etkilenmektedir. Dolayısıyla birey, çevresinin beklentileri doğrultusunda davrandığında bunun davranış değişikliği üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etkisi olmaktadır. Herhangi bir davranış değişikliği kampanyasından önce, topluluğun güçlü etkisi nedeniyle topluluğun anlamını, ihtiyaçlarını, güçlü yanlarını, karşılaşılabilecek engelleri ve değişime hazır olup olmadıklarını netleştirmek gerekir (Kauppi, 2015, s.7-8).

Davranış değişikliği kampanyalarına toplumun katılımı esastır. Liderler ve kanaat önderleri, toplumun çıkarlarının en güçlü temsilcileridir ve görüşleri tüm toplumu etkiler. Liderler ve kanaat önderleri tarafından organize edilen toplantı ve seminerler, ilişkiler kurmak ve bilgi alışverişinde bulunmak için kullanışlar bir forumdur. Toplum seferberliği de davranış değişikliği için gereklidir. Topluluk üyelerinin, mesajı dağıtmak ve insanları davranış değişikliği konusunda yönlendirmesi için topluluk içinde eğitilmesi gerekir (Quick, 2003).

Davranış değiştirme tekniklerine ilişkin birçok çalışma, gerçek dünyadaki müdahale kampanyalarını araştırmamaktadır.

III. BÖLÜM

İLETİŞİM VE SAĞLIKLA İLGİLİ KAVRAMLAR

3.1. İletişim Kavramı

İletişim kavramı pek çok kişi tarafından çok farklı yönleri önemsenererek farklı biçimlerde tanımlanmıştır. İletişimin ne olduğunu anlamak için bazı tanımlamalara ve açıklamalara kısaca değinilecektir. İletişim kavramının çok çeşitli olmasının temel nedeni, kavramın kendisinin durağan değil, daha ziyade dinamik bir büyüklük, sistem ve süreç olmasından kaynaklanmaktadır.

Mead iletişimi, geniş bir bakış açısıyla bir etkileşim, bir ilişki, bir toplumsal süreç olarak görmüş; biyolojik düzeydeki bir etkileşimin bile bir iletişim olduğunu dile getirmiştir (Ergin, 2010, s.3).

Dökmen (1994) iletişimi şu şekilde tanımlamıştır: Genel anlamda, iletişimin gerçekleşmesi için iki sistem gereklidir. Bu sistemler, iki insan, iki hayvan, iki makine ya da bir insan bir hayvan, bir insan bir makine (örneğin bir bilgisayar) olabilir. Seçenekleri arttırmak mümkündür. Nitelikleri ne olursa olsun, iki sistem arasındaki bilgi alışverişi iletişim olarak kabul edilebilir (Dökmen, 1994, s. 15).

Alkan (1977), iletişimi şu şekilde tanımlamıştır:

- İstenilen etkiler meydana getirme sürecidir.
- İnsanlar arasında duygu ve düşüncelerin akışıdır.
- Bir kimsenin düşüncelerini ve duygularını diğer insanlara açık seçik olarak belirtmesi sürecidir.
- Bireyler arasında anlamları ortak kılma sürecidir.
- Dinleme, konuşma, yazma, okuma ve resmetme işlemidir.
- Kaynağın bir mesajı bir kanal üzerinden bir alıcıya iletmesi sürecidir.
- Seçilmiş bir haberin, bir haber kaynağından bir mesafeye iletilmesi sürecidir.
- Karşılıklı haber verme ve mesaj alışverişidir.

İletişim, toplumsal yapının temelini oluşturan bir sistem, örgütsel ve yönetsel yapının düzenli işleyişini sağlayan bir araç ve bireysel davranışları görüntüleyen ve

etkileyen bir teknik olarak da tanımlanabilir. Bu yapısıyla iletişimin, örgütün bütünlüğünü sağlayan ve bir sinir sistemi gibi örgütün her yanını saran bir olgu olduğu söylenebilir (Gürgen, 1997, s.33).

Garih'e göre iletişim (2010, s.153), insanların her konuda başka insanlarla, görünümle, sözle, yazıyla, hareket ya da mimiklerle ilinti kurarak birbirlerini etkilemeleri, görüşlerini, anlayışlarını, dertlerini, sevinçlerini ve özetle tüm ruh hallerini aktararak bir noktaya varabilmek için eylemde bulunmaları anlamına gelir.

Cüceloğlu ise iletişimi 1970'li yıllarda, "kişiler arasında yer alan düşünce ve duygu alışverişi" olarak tanımlarken, şimdilerde "bir canın, başka bir cana değmesidir" biçiminde tanımlayarak bu kavrama çok zengin bir anlam yüklemiştir (Ergin, 2010, s.3).

İletişim, toplumun temelini oluşturan bir sistem, örgütsel ve yönetsel yapının düzenli işleyişini sağlayan bir araç, bireysel davranışları etkileyen bir teknik, sosyal süreçler bakımından zorunlu bir bilim, sosyal uyum için gerekli bir sanattır. Unutulmaması gereken ise iletişimin bir süreç olduğudur (İlhan, 2018, s.14).

Bazılarına göre de iletişim, bir zihnin öteki zihinleri etkileme yollarının tümüdür ve sadece yazılı ve sözlü konuşmaları değil, müzik, resim, heykel, tiyatro, bale, dans gibi tüm insan davranışlarını içermektedir.

Yukarıda belirtilen kaynaklarda yer alan iletişim tanımlarının sadece hepsi de kendi içinde tutarlı tanımlar olarak görülmektedir. Burada akıllara sağlık alanında nasıl bir tanım benimseneceği sorusu takılmaktadır. Tanımı yapılandıran en önemli faktörlerden biri de tanımlayan kişi ya da kurumun amacı olmaktadır. Çevresiyle yoğun bir etkileşime girerek kendisini yetiştiren, bilgi edinip üreten, her ne olursa olsun insanların sağlığını korumak ve onları daha sağlıklı kılmak için sahip olduğu bilgi ve becerileri çevresiyle paylaşan sağlık personelini temelde kendi alanının bir eğitim işçisi gibi görmek olanaklıdır. Eğitimcinin öğrencide davranış değişikliği yaratma çabasında olduğu gibi sağlık personeli de karşısındaki insanı bir yandan iyiye, doğruya, güzele taşıırken diğer bir yandan da ona iyiyi, doğruyu ve güzeli oluşturmaya çalışmaktadır (Ergin, 2010, s.4). Öyleyse sağlık personeli açısından da iletişimi eğitimdeki bakış açısıyla aşağıdaki gibi tanımlamak yerinde olacaktır:

"İletişim, davranış değişikliği meydana getirmek amacıyla haber, bilgi, duygu, düşünce, tutum ve becerilerin paylaşılması sürecidir."

3.2. İletişimin Özellikleri

İletişim üzerine yapılan çalışmalar, iletişimin üç temel özelliğinin olduğunu göstermektedir (İlhan, 2018, s.15-16):

- İletişim etkinliği insan gerektirir.
- İletişim, paylaşmayı gerekli kılar. (Gönderici-alıcı mesajın ortak bir anlamı üzerinde anlaşmalıdır.)
- İletişim semboliktir.

İletişim olgusunun bazı temel özellikleri incelendiğinde, insan davranışlarının bir ürünü olduğu görülür. İletişim aynı zamanda dinamik bir olgudur. Kültürel yapıdaki değişime paralel olarak iletişim de değişir. Zamanla kavramlar ve kelimeler yerini yenilerine bırakır. Çünkü iletişim belirli kalıplara bağlıdır. İletişim kapıları, genel kültürel yapıya bağlı olarak gruplarca oluşturulur ve kişiler tarafından kabul edilirse süreklilik kazanır. İletişimde kullanılan sözler, özel işaretler, bir bölgenin haritasına benzer ve o bölgenin belirgin işaretlerini yansıtır. İletişimde kullanılan deyimlerin, kelimelerin ve işaretlerin bazen değişik anlamları vardır. İletişim kalıpları insanların anlaşması yani mesajın etkili olması için gereklidir. İletişim kalıbı iyi düzenlenirse işaretler, kısaltmalar anlamlı hale gelerek mesajın etkisini artırır (İlhan, 2018, s.16).

3.3. İletişimin Öğeleri ve Temel İşlevleri

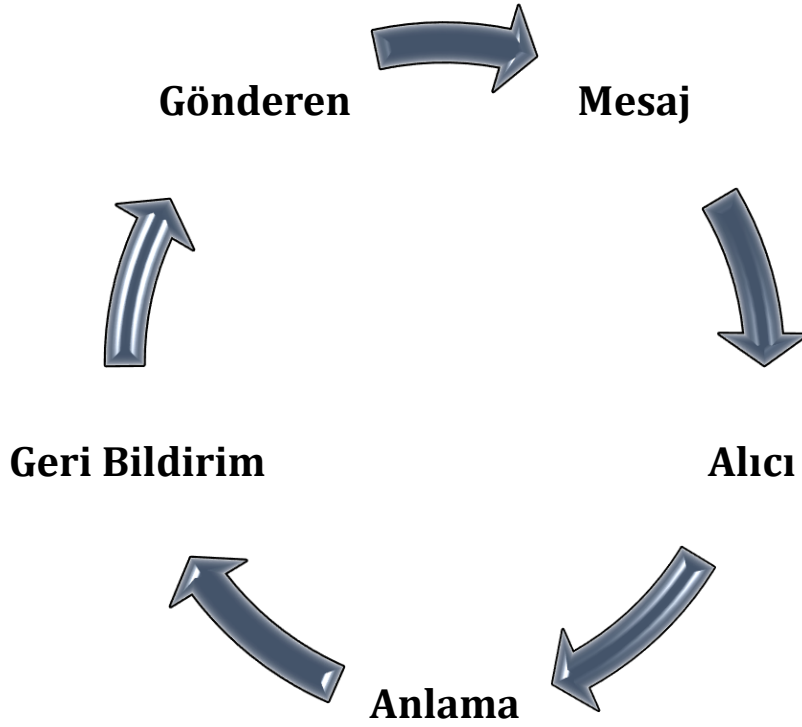
İletişimin temel öğeleri; kaynak, mesaj, alıcı, kanal, gürültü ve geri beslemedir. İletişim sürecini bu öğeler oluştururken, her bir öğenin diğerini de etkilediği unutulmamalıdır. Ayrıca, iletişim sürecinde göndericinin aktif bir rolde olacağını ve alıcının ise pasif konumda bulunacağını varsaymamak gerekir (Odabaşı ve Oyman, 2002, s.16).

İletişim, en basit düzeyde bile üç temel öğeye dayanmaktadır; iletiyi gönderen, iletiyi alıp açımlayan ve bu ikisi arasında iletinin gönderilmesinde kullanılacak bir iletişim kodlaması, bir ileti. İletiyi gönderene kaynak, alana hedef kitle, gönderilen bildirimde de ileti denir (Oskay, 2011, s.10).



Şekil 2: Temel İletişim Modeli

Temel iletişim modeli Şekil 2’de gösterildiği üzere, genellikle bir gönderen, mesaj ve alıcıdan oluşan tek yönlü bir akış süreci olarak kavramsallaştırılmıştır. Buna ilaveten dördüncü ve beşinci değişkenler olan anlama ve geri bildirim de eklenebilir. Bahsi geçen son iki değişken, iki yönlü iletişimi ifade ettiği, geleneksel tek yönlü iletişim kavramından çok yönlü iletişime doğru ilerlediği için önem arz etmektedir. İletişim, bir dizi eylemi içeren döngüsel bir süreçtir. Bu nedenle Şekil 2’de gösterilen model, Şekil 3’teki gibi döngüsel olarak temsil edilebilir (Oskay, 2011, s.10).



Şekil 3: Çok Yönlü Bir Süreç Olarak İletişim

İletişim, çok boyutlu ve dinamiktir. Watzlawick vd. (1967) iletişimi “içerik” ve “ilişki” olarak ikiye ayırmıştır. “İçerik” mesajı, kelimeleri ve aktarılan bilgiyi içerir. “İlişki” ise iletişime dahil olanlar arasındaki dinamiklerden oluşur.

Bir mesajın içeriği sözlü ve sözlü olmayan iletişim içerir. Sözlü iletişim, kullanılan kelimeler, cümleler ve ifadelerdir. Sözlü olmayan iletişim ise prozodik (bir dilin vurgu, duraksama, tonlama, perde gibi özellikleri), paralinguistik (ağlama, kahkaha, iç çekme, esneme vb. işaretler), kinesik ve daimi özellikler olmak üzere dört unsur içerir (Minardi ve Riley, 1997).

Prozodik öğeler arasında tonlama ve ritim bulunur. Bunlar, gönderenin mesajı nasıl ileteceğini ve alıcının mesajı nasıl yorumlayacağını etkileyebilir. Örneğin, bir mesajı gönderenin yavaş ya da hızlı konuşması durumunda anlama değişir. Paralinguistik özellikler, “mmm” veya “ahh” gibi sesli ancak sözlü olmayan ifadeleri içerir. Bunlar, özellikle yukarıda açıklanan prozodik özelliklerle ilgili olarak mesajların iletilme şeklini değiştirebilir. Kinesik unsurlar arasında beden dili, göz teması, duruş veya jestler bulunur. Daimi özellikler ise görünüm gibi faktörleri içermektedir (Minardi ve Riley, 1997).

Mesajın dili ve sözcük içeriği de önemlidir. Tıbbi teknolojiye ilişkin karmaşık kelimeleri kullanmak veya anahtar terimleri kısaltmak mesajları karışık hale getirebilir ve hedef kitleyi dışlayabilir (Corcoran, 2007).

Örneğin bir bölgedeki evlere, gıdalardan kaynaklı hastalıkların önlenmesi hakkında bir bilgi gönderiliyorsa, göz teması veya dış görünümün pek önemi olmayacaktır. Fakat bir sağlık hizmeti ortamında sigarayı bırakma konusunda bire bir müdahale yapılıyorsa, sözlü iletişim, göz teması ve görünüm önemli olacaktır.

3.4. İletişimin Amaçları

İletişim sürecinin amacı, bilgi vermek, ikna etmek, motivasyon sağlamak ya da karşılıklı anlaşmayı kolaylaştırmaktır. Etkili bir iletişimin gerçekleştirilmesi için kişi şu temel bilgilere sahip olmalıdır (Wicox vd., 2003, s.164):

- 1) İletişimi kuran şey nedir ve insanlar mesajları nasıl gönderir?
- 2) İnsanlar bilgiyi nasıl işler ve algılamalarını nasıl değiştirirler?
- 3) İletişim araçları ve kanallarının hangi türleri özel bir mesajın iletilmesi için en uygundur?

Birey için iletişimin temel amacı, kendisi ile çevre arasında başlangıçta kendisi yönünde olumsuz olan ilişkiyi etkileyebilmek, yönlendirebilmek, eş deyişle, dış güçlerin hedefi olmak yerine, kendisini güçlü kılabilmeyi sağlayabilmektir. Bu bağlamda iletişim,

insanın çevresi ve kendi yaşamı üzerinde etkin ve belirleyici olabilme çabasını yansıtır. Bireyin bu çabasının ardında başkalarından hemen ya da sonraki bir zamanda kendi isteklerine uygun yanıtlar, tepkiler alabilme beklentisi yatar (Zıllıoğlu, 2003, s. 12-13).

Kitlelere yönelik ama yeni iletişim teknolojilerinin etkisiyle kişiselleştirilmiş mesajların önem kazandığı günümüzde, iletişimde başarı, birey ya da hedef kitlelerin ilgisine seslenen iletilerin gönderilmesini ifade etmektedir. Pazarlama ve reklam çalışmalarında hedef kitlelerin dikkatleri iletişim sürecinde gönderilen mesajla çekilmeli ve bu mesaj söz konusu kitle tarafından anlaşılmalıdır. Bunun yanı sıra ileti inandırıcı olmalı ve hatırlanmalıdır. Sürecin sonunda ise, kaynağın ileti ile planladığı davranış hedef kitle tarafından gerçekleştirilmelidir. Bu süreçte iletinin kendisinde ya da iletilmesi sırasında meydana gelecek bir yanlış genel olarak süreçte sorun yaşanmasına neden olacaktır (Wilcox vd., 2003, s.166).

Yukarıda da belirtildiği üzere, gerek kitle iletişimi gerekse de kişilerarası iletişim olsun iletişimle hedeflenen temel amaç, hedef olarak görülen kişi ya da grupları belli bir konuda ikna etmek, bir davranışa doğru harekete geçirecek tutum değişikliğini sağlayabilmek, kaynağın varlığını çevreye göstermektir.

Günümüzde iletişim sürecine bilgi iletişim teknolojilerinin dahil olmasıyla birlikte mesajın içeriği, hedef kitleye ulaşım hızı ve mesajın ulaştırıldığı kanalın yapısı açısından iletişimin etkinliği de yeni bir boyut kazanmaktadır. Araya bir iletişim kanalı girdiği halde iletişim teknolojilerinin kişiselleştirme ve uyarlama özelliği iletişimi bire bir hale getirmekte ve ileti doğrudan hedef kitleye ulaşmakta, dolayısıyla mesajın etkinliği de yüksek olmaktadır (Elden, 2009, S.34).

3.5. İletişim Çeşitleri

İletişim, genel anlamda etkilerine göre, yönüne göre, kullanılan kodlara göre, şekillerine göre, bireylerin konumlarına göre, zaman ve yere göre şeklinde sınıflandırılabilir.

3.5.1. Etkilerine Göre İletişim

İletişim, alıcı konumundaki hedefte bıraktığı etki bakımından olumlu veya olumsuz iletişim olmak üzere sınıflandırılır (Ertekin, 2017, s.69):

- a) **Olumlu İletişim:** Eğer bir iletişim süreci katılanlarda hoş, olumlu etkiler bırakıyorsa, katılanlar bu iletişim sonunda gereksinimlerini karşılamış hissediyorsa, değeri verildikleri, anlaşıldıkları ve takdir edildikleri hislerini yaşıyorlarsa bu iletişimin olumlu bir iletişim olduğu söylenebilir.
- b) **Olumsuz İletişim:** Olumsuz iletişim, katılanlar üzerinde olumsuz etkileri olan, iletişimde bulunanların hoş duygular yaşamadıkları iletişimdir. Bu tür iletişimlerde karşılıklı kabul ve saygı yerine eleştiri ve suçlama vardır.

2.5.2. Yönüne Göre İletişim

İletişim, yönlerine göre tek yönlü ve çift yönlü iletişim olmak üzere ikiye ayrılır.

- a) **Tek Yönlü İletişim:** Bu tür iletişimde gönderici konumundaki kaynak, mesajı alıcı konumundaki hedefe gönderir. Bir iletişim süreci söz konusudur. Ancak bu süreçte sadece kaynak aktif konumdadır. Hedef, sadece mesajı alır ve iletişim sürecinde oldukça önemli olan geri bildirimde bulunmaz.
- b) **Çift Yönlü İletişim:** Bu iletişim türünde, gönderici ve alıcılar iletişim süreci içerisinde aktiftirler. Kaynak, mesajı gönderir. Hedef ise alır, değerlendirir ve geri bildirimde bulunur.

3.5.3. Kullanılan Kodlara Göre İletişim

İletişimi, kullanılan kodlara göre sözlü iletişim, sözsüz iletişim ve yazılı iletişim olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Son yıllarda elektronik iletişimin hem sosyal, hem de iş yaşamında hızla yer almasından dolayı değerlendirilmesi gereken bir iletişim türüdür (İlhan, 2018, s.22-25).

- a) **Sözlü İletişim:** Konuşma dili olarak da adlandırılır. Gönderici ve alıcı arasındaki iletişim her türü sözlü iletişimdir.
- b) **Sözsüz İletişim:** İletileri sözcükler olmadan aktaran davranışlar bütünü olarak tanımlanabilir.
- c) **Yazılı İletişim:** Bireylerin yazı ile gerçekleştirdikleri iletişim türüdür. Yazılı iletişim bireyler ve gruplar arasındaki iletişimden ziyade, örgütsel iletişimde büyük bir öneme sahiptir.
- d) **Elektronik İletişim:** İletişim teknolojilerinde hızlı gelişme örgüt içi ve dışı iletişim ile bilgi akışını hızlandırmıştır. Elektronik iletişim yazılı ve sözlü

iletişimi de kapsar ve özellikle örgütsel iletişim açısından önemli bir gelişme sağlamıştır.

Her türlü iletişim (sözlü, yazılı, basılı, elektronik), anlamı temsil etmek ve iletmek için semboller ve kurallar kullanır. Örneğin, bir alfabenin harfleri, kelimeler, deyimler, dil yapısı, noktalama işaretleri, sayılar, grafikler vb. gibi. Ciddi iletişim yalnızca aynı sembolleri ve kuralları paylaşanlar arasında gerçekleşebilir. En temel düzeyde, paylaşılan bir dil önkoşuldur (Hugman, 2009, s.20).

3.5.4. Şekillerine Göre İletişim

Birey, yalnız yaşayan bir varlık değildir. Doğal çevresi ile yaşamını devam ettirmek durumundadır. Çevresi ile olan yaşamını devam ettirmek durumundadır. Çevresi ile olan iletişimi onun için bir ihtiyaçtır. Bireyler gerek sosyal gerekse iş çevresi ile olan iletişimlerinde ne kadar aktif olurlarsa o kadar kendilerini toplumun bir parçası olarak görür ve mutlu olurlar (Ertekin, 2017, s.69).

Tablo 1: Şekillerine Göre İletişim

İletişim Kategorisi	İletişim Ortamı Örneği
Kişi-İç	Kişi-İç iletişim (örneğin, içimizdeki sesi dinlediğimizde ne düşündüğümüz)
Kişilerarası	Birebir, küçük gruplar, e-postalar, telefon görüşmeleri ve kişisel dinleme ve yanıtlamaya izin veren diğer etkinlikler
Örgütsel	Dersler, seminerler, tartışmalar, notlar, intranetler, haber bültenleri, çalıştaylar, görüntüler
Topluluk	Yerel radyolar, konuşmalar, seminerler, tartışmalar, yerel gazeteler, reklam panoları, otobüs giydirmeleri, sağlık fuarları
Halk/Kitle	Gazeteler, televizyon, dijital televizyon, ulusal radyo, internet, cep telefonları

Şekillerine göre iletişim, beş kategoriden oluşmaktadır: İçsel, kişilerarası, örgütsel, topluluk ve halk/kitle iletişimi. Tablo 1’de bu beş hiyerarşik kategoriye yer verilmiş ve bu kategorilere dahil edilebilecek iletişim yöntemlerinin türlerine yer verilmiştir. İçsel iletişim, insanların kendi iç dünyasındaki iletişimidir. Ne düşündükleri veya dinledikleri ile alakalıdır. Kişilerarası iletişim, kişisel düzeyde bir iletişimidir. Birebir veya küçük grup iletişimlerini içerir. Örgütsel iletişim, bir örgütteki hem resmi hem de gayri resmi iletişimi içerir. Topluluk iletişimi, yerel radyo ve yerel gazeteler gibi

topluluklarda kullanılan ortamlardır. Halk/kitle iletişimi geniş çaplıdır. Ulusal ve uluslararası iletişimi içerir (Corcoran, 2007).

3.5.5. Bireylerin Konumlarına Göre İletişim

İletişim, alıcı konumdaki hedef ve gönderici konumundaki kaynağın, bir grup veya örgüt içerisindeki birbirlerine olan konumlarına bakılarak yatay (simetrik) ve dikey (hiyerarşik) olarak sınıflandırılabilir (Ertekin, 2017, s.81).

- a) **Yatay İletişim:** Bir örgütte benzer veya aynı statüdeki örgüt çalışanlarının kendi aralarındaki iletişimdir.
- b) **Dikey İletişim:** Örgütlerde ast-üst iletişimi olarak da bilinen dikey iletişim, aşağıdan yukarıya veya yukarıdan aşağıya gerçekleşen bir iletişimi ifade eder.

3.5.6. Zaman ve Yere Göre İletişim

Zaman ve yer boyutuna göre iletişim yüz yüze iletişim ve uzaktan iletişim olmak üzere ikiye ayrılır (Ertekin, 2017, s.82).

- a) **Yüz Yüze İletişim:** İletişimde bulunan bireylerin fiziksel olarak aynı yeri paylaştıkları, iletişim kurmak için araya başka herhangi bir araç koymadıkları iletişimdir.
- b) **Uzaktan İletişim:** Aynı fiziksel konumların olmadığı ortamda, bireylerin çeşitli araç-gereç ve materyaller aracılığıyla kurmuş oldukları bir iletişim türüdür.

3.7. Sağlık İletişiminin Tanımlanması

İletişim günümüzde çeşitli anlam, yaklaşım ve modelleriyle birçok disiplinin kapsam ve uygulamalarında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri de iletişimin değişik düzeylerde ve yoğun olarak kullanıldığı alanların başında yer almaktadır. Bu alanda iletişimin temel işlevi, anlamları ortak kılmanın yanı sıra duygu, düşünce ve bilgileri paylaşarak insanların birbirine yakınlaşmalarını sağlamaktır. Diğer bir ifadeyle, sağlık alanında iletişim bilgilendirme boyutunun üzerinde, davranışa yönelik sosyo-psikolojik etkileşim yönüyle yer almaktadır (Karaca, 2015, s.98). İletişim, işlemsel bir süreçtir ve sağlık bağlamında, sağlığı geliştirme çalışmasının en önemli parçalarından biridir. Minardi ve Riley'e göre iletişim (1997) gerekli, amaçsal ve araçlı bir süreçtir.

Sağlık iletişimi iki farklı alan olan sağlık ve iletişim bilimlerinin etkileşimiyle ortaya çıkmıştır. Sosyal bilim dalı ve tıp bilim alanının birleşmesiyle oluşan bu yeni iletişim alanı oldukça geniş bir kullanım alanına sahiptir. Farklı bilimlerin birleşimi olan sağlık iletişimi içinde sosyal bilim dalı olan iletişim ve fen bilimleri dalı birleştirilmesiyle oluştuğundan net bir tanım yapmak zordur. Birçok disiplini barındırdığı için sağlık iletişimini uygulamak ve yönetmek oldukça zordur. Başlangıçta hasta ve doktor arasındaki iletişim olarak algılanmıştır. Sağlık trendinin gelişmesi ve insan sağlığının önem kazanmasıyla önleyici tedaviler için ve bilgilendirme amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Oldukça geniş bir kavrama sahip olan sağlık iletişimi oldukça çeşitli şekillerde gerçekleştirilebilmektedir. Hekim hasta ilişkisi, internet yayını, broşür, afiş, hastane tanıtımı bunlara örnektir. İnsanların bilgilendirilmesi temelinde gerçekleşen bu iletişim yöntemiyle kitle ve bireylerin ön yargılardan kurtulmasını ve bireylerin birbiriyle samimi ve anlayışlı iletişim kurmasını sağlamaktadır (Minardi ve Riley, 1997).

Kreps (2003), “sağlık” mesajlarının (örneğin önleme, risk veya farkındalık) eğitimde veya hastalıktan kaçınmada kullanılmasına izin veren bir “kaynak” olarak iletişim tanımına sağlık kavramının eklenmesiyle “sağlık iletişimi” kavramının oluştuğunu belirtmiştir. Bu geniş tanım sağlık iletişiminin birçok düzeyde gerçekleşebileceğini belirterek sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bütünsel bir yaklaşımı somutlaştırır.

Sosyal ilişkilerde bireylerin (gönderenler ve alıcılar) mesajların etkili olmasını sağlama sorumluluğu bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde mesajın alındığından, anlaşıldığından ve amaçlanan etkiye sahip olduğundan emin olmak sağlık uygulayıcılarının sorumluluğundadır (Hugman, 2009, s.18-19).

Sağlık iletişimi, iletişim kavramında olduğu gibi işlemsel bir süreçtir. Sağlık iletişiminin temel farkı odak noktasının sağlık bilgilerine özgü olmasıdır.

Sağlık iletişimi bireysel, sosyal ağ, organizasyon/kurumlar, cemiyet/topluluk veya toplum dahil olmak üzere birçok düzeyde gerçekleşmektedir (Thomas, 2006, s.3).

- **Bireysel Düzey:** Bireysel davranışların sağlığın statüsünü etkilemesinden bu yana, birey sağlıkla ilgili değişimin temel hedefidir. İletişim, davranış değişimi için bireyin bilinç, tutum, özgüven ve yeteneğini etkileyebilmektedir.

Tüm diğer düzeylerdeki aktiviteler, nihayetinde bireysel değişimi etkilemeyi amaçlamaktadır.

- **Sosyal Ağ:** Bir bireyin ilişkileri ve bireyin ulaşabileceği grupların onun sağlığı üzerinde anlamlı bir etkisi olabilmektedir. Sağlık iletişimi programları bir grubun aldığı enformasyonları şekillendirmek için çalışabilmekte ve iletişim örnek ya da içeriklerini değiştirmek için teşebbüs edebilmektedir. Bir sağlık programı için, bir sosyal ağın kamuoyu önderleri sıklıkla bir giriş, başlangıç noktası oluşturmaktadırlar.
- **Organizasyon/Kurumlar:** Organizasyonlar işletmeler, kulüpler ve sivil gruplar, iş yerleri, okullar, birincil sağlık hizmetleri ortamları ve dağıtımcılar gibi tanımlanmış bir yapısı olan formal grupları içermektedir. Organizasyonlar sağlık mesajlarını üyelerine taşıyabilmekte, bireysel çabalar için destek sağlayabilmekte ve bireysel değişimi mümkün kılan politika değişikliklerini yapabilmektedir.
- **Cemiyet/Topluluk:** Kolektif olarak toplulukların sağlıklı durumda olmaları, sağlıklı yaşam tarzını destekleyen yapı ve politikalar oluşturarak, sosyal ve fiziksel çevredeki tehlikeleri azaltarak geliştirebilir. Cemiyet düzeyi inisiyatifleri, sağlığı etkileyebilecek olan organizasyonlar ve kurumlar tarafından planlanmakta ve bunlar da yol gösterici olabilmektedirler. Okullar, iş yerleri, sağlık hizmeti ortamları, yerel gruplar ve hükümetle ilgili birimler bunlara örnek gösterilebilir.
- **Toplum:** Genel olarak toplumun bireysel davranış üzerinde çok etkisi vardır. Buna normlar ve değerler, tutumlar ve kanaatler, yasalar ve politikalar, fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgilendirici çevreler dahildir.

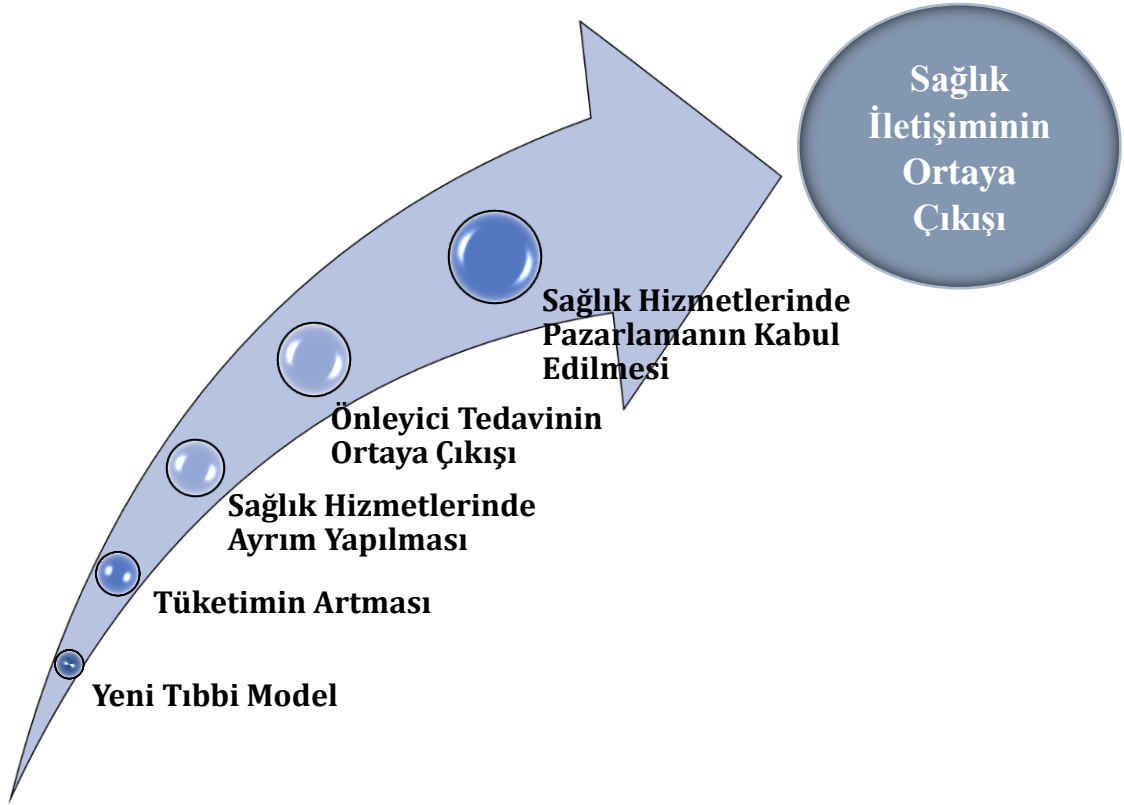
Yukarıdaki veriler yorumlandığında, Thomas'a göre bir iletişim programı bir düzeyi ne kadar çok etkilerse, onun istenilen değişimi yürütme ve sürdürme olasılığı da o kadar artmaktadır. Sağlık iletişimi tek başına sağlıkla ilgili sistematik problemleri değiştiremez; yoksulluk, çevresel bozulma veya sağlık bakımına girişteki eksiklikleri gideremez ancak kapsamlı bir sağlık iletişimi programı bu faktörleri etkileyebilecek olan hususların sistematik bir araştırmasını içerebilir (Thomas, 2006, s.3). Yapılan araştırmalarla da sorunlara çözümler üretilebilir ve bu çözümlerin geniş kitleler tarafından paylaşılması sağlanabilir (Okay, 2014, s.14).

3.7. Sağlık İletişiminin Tarihçesi

Sağlık iletişiminin temelleri 1970’lerde ABD de ortaya çıkmış ve gelişmeye başlamıştır. Öncelikle Avrupa olmak üzere kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır. Bilim olarak gelişmesini Amerika’da iletmesine rağmen Türkiye’de bu süreç yeni sayılmaktadır. 18. yüzyılda sağlık iletişimi dönemin salgın hastalıkları, alkol kullanımı ve doğum kontrolünü sağlamak amacıyla kullanılmaktaydı. Karikatür olarak yapılan afiş çizimleriyle halk üstünde bilim olarak olmasa da sağlık iletişimi kampanyaları uygulanmaktadır. İkinci dünya savaşıyla birlikte özellikle Nazi Almanya’sı sağlık iletişimini sinemaya taşıyarak farklı bir boyut kazandırmıştır. Askerlerin üzerinde uygulanan bu kampanyaların propaganda etkisi oldukça fazladır. Sinemalarda ve kısa film olarak yayınlanan yapımlar askerler ve halk arasında oldukça ses getirmiştir. 1992 yılında İngiltere’de yayınlanan “hasta şartı” ile sağlık iletişiminde önemli bir adım atılmıştır. Bu şartta hastaların herhangi bir tedavi yöntemiyle ilgili alternatif ve riskleri öğrenme hakkı vurgulanmıştır. Ayrıca bir konferansta yapılan “Toronto Anlaşması Beyanatu” sağlık iletişimi uygulayıcılarına bir takım veriler sunmuştur. Buna dayanarak sağlık iletişiminin hangi konularda sorunlar yaşadığı, nelere dikkat etmesi gerektiği ve olumlu sonuçların nasıl alınabileceğine dair ipuçları verilen bilgiler sunulmuştur. Bu durum hastaların kendilerini daha iyi hissetmesini ve motive etmesini sağlamaktadır.

3.8. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler

Ortaya çıktıktan kısa bir süre sonra önem kazanan sağlık iletişimi özellikle bireyler arası “sağlıklı yaşam” trendinin artmasıyla önem kazanmaya başlamıştır. Sağlıklı yaşamı destekleyen spor yapma ve önleyici tıp Amerikalılar arasında değer kazanmasıyla tıp konularına ilgi ve merak artmıştır. Sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörlere bakıldığında şu bilgiler ortaya çıkmaktadır (Thomas, 2006, s.41-43):



Şekil 4: Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler

3.8.1. Yeni Tıbbi Model

Araştırma yöntemlerinin artması ve bilimsel araştırmalara verilen önemle birlikte hastalar ikinci planda kalmıştır. Sağlık ve sağlıklı olma kavramı toplumda önem kazandıkça hasta ve hasta yakınları bilgilerini pekiştirmek ve sorunun ne olduğunu anlamak amacıyla doktorlara sorular sorduklarında konuşmalarda sıkça tıbbi jargonlar kullanılmıştır. Jargonları anlamayan hasta ve hasta yakınları soru sormaktan çekinmiş bu da hasta, hasta yakını- hekim ilişkilerinin zayıflamasına sebep olmuştur (Thomas, 2006, s.41).

3.8.2. Tüketimin Artması

Tüketicilik hareketi 1970'li yılların sonuna doğru ortaya çıkmıştır. Bu hareketin kısmen, sağlık hizmetlerinin doğası hakkındaki bilginin büyümesini ve etkinliğini yansıtmaktadır ve sağlık sistemi ile işlevleri hakkında eleştirileri beraberinde getirmiştir. Tüketicilik hareketi özellikle hastaların ve sağlık hizmeti tüketicilerinin genel olarak, sağlığın doğası ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmadığı ve kendi sağlık durumları

hakkında mantıklı katkılar yapamayacak durumda olduklarını ortaya çıkarmıştır. İletişimin gerçekleşmemesinin temel sorumlusu olarak sağlık hizmeti sistemi ve hekimler gösterilmiştir. Hekimlerin hasta ile iletişim kurmamaalarının temel nedeni olarak, hastaların sağlık sorunlarıyla alakalı entelektüel bir biçimde konuşamamaları gösterilmiştir. Hekimlerin bu görüşe sahip olmaları, hastaların da iletişim kurma çabalarından çekinmelerine neden olmuştur (Thomas, 2006, s.42).

3.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Ayrımın Yapılması

1970'lerde ABD sosyal yaşamda hizmet sunarken toplumdaki gruplar arasında ekonomik, eğitim, meslek alanları gibi ayrımlar yapılırdı. Yapılan bu ayrımlar hızla gelişen sağlık sektörünü de etkilemiş özellikle pratisyen hekimler sosyo-ekonomik durumu iyi olan hastalara daha çok açıklama yaparken alt tabaka gruplarla iletişimlerini minimum düzeyde tutmaktaydı. Bu tutum tedavi sürecini ve doktorların hastalara karşı tutum ve ilgisini de etkileyerek ve ayrımlara sebep olmuştur. (Thomas, 2006, s.42).

3.8.4. Önleyici Tedavinin Gelişmesinin Önemi

20. yüzyılda tüketiciyi koruma hareketi yükselirken yeni nesil daha araştırmacı ve sağlık konusunda iletişime geçmeye daha istekli olduğu görülmüştür. Sağlık konusunda önleyiciliğin, tedaviden daha önemli bir rol oynayabileceği üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Önleyici tedavinin ortaya çıkması ve önem kazanması sonucu sağlık iletişimi daha da gelişmiştir. Ortaya çıkan "pazar", sağlık kurumlarının hastalarla daha iyi iletişim kurmasına yol açmıştır (Thomas, 2006, s.42-43).

3.8.5. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlamanın Kabulü

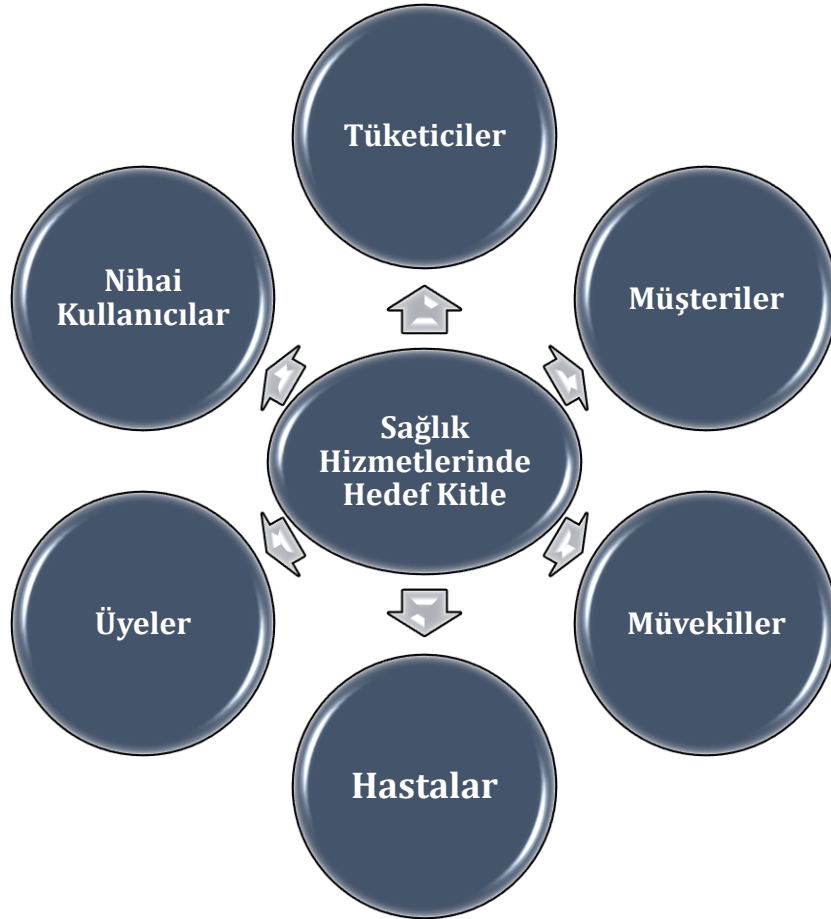
Sağlık iletişiminin resmi olarak ortaya çıkmasında en büyük katkıda bulunanlardan biri de pazarlamanın sağlık hizmetlerine dahil edilmesidir. Sağlık iletişiminin bir fikri, organizasyonu veya bir ürünü tanıtmak için tasarlanmamış birçok yönü bulunmasına rağmen, sağlık iletişimi bazı açılardan pazarlamanın bir alt bölümü olarak düşünülebilir. Sağlık iletişimi alanı, sağlık hizmetlerinde pazarlamanın ortaya çıkışından açıkça yararlanmışır. Pazarlama önem kazanması, diğer faydalarının yanı sıra tüketici araştırmalarının artmasına, iletişim sürecinin daha iyi anlaşılmasına ve daha etkili iletişim tekniklerine erişilmesine yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinde pazarlamanın yükselişi, sağlık iletişiminde sosyal pazarlamanın ortaya çıkmasına ve önem kazanmasına da katkıda bulunmuştur. Sosyal pazarlama, diğer sektörlerdeki tüketicilere ulaşmak için

geliştirilen birçok tekniği kullanmakta ve bilgi yaymaya yönelik çağdaş yaklaşımdan yararlanmaktadır (Thomas, 2006, s.43).

3.9. Sağlık İletişiminde Hedef Kitle

Sağlık veya sosyal bilgileri, eğilimleri ve davranışı etkilemek için yürütülen sağlık iletişim kampanyalarında bir kampanyanın planlama stratejisi olarak hedef kitle ayırımı yapmak artık uzun zamandan beri kabul edilen bir husustur. Böyle bir ayırım sayesinde pazarı, yönetilebilir alt pazarlara ayırmak mümkün olabilmektedir (Okay, 2014, s.35).

Birçok sağlık iletişimi uygulayıcısı ve akademisyeni, ticari pazarlama ve reklamdaki doğan pazarı hedef gruplara göre ayırmanın günümüzde sosyal pazarlamanın anahtar bir stratejik konsepti olduğuna inanmaktadır (Rodgers vd., 2007, s.105-106).



Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinde Hedef Kitle

Sağlık alanında faaliyet gösteren kurumların hedef kitlelerini, onlarla daha uygun ve etkili bir iletişim gerçekleştirebilmeleri için belirlemeleri gerekmektedir. Sağlık

hizmeti sunan farklı yapıda kurum ve kuruluşlar olduğu için bunların da kendi içlerinde hedef kitleleri farklılık gösterecektir.

Sağlık alanındaki hedef kitleyi ayırt edebilmek için öncelikli olarak bu alanda karşı karşıya kalınabilen grupları tarif edip tanımlamak gerekmektedir. Buna yönelik bir çalışmayı Thomas gerçekleştirmiştir (Okay, 2014, s.35).

Bu gruplar biraz daha ayrıntılı olarak tanınmaya çalışıldığında şu verilerle karşılaşılmaktadır (Thomas, 2006, s.48-50):

- **Tüketiciler:** Sağlık hizmetleri alanındaki tüketici tanımlaması, bir ürünü tüketen ekonomik kökenli tüketiciden daha farklı bir şekilde görülmektedir. Buna göre, sağlık hizmeti ürününün potansiyel müşterisi olan herhangi bir kişi ya da organizasyon bu gruba dahil olmaktadır. Teorik olarak herkes sağlık hizmetinin potansiyel bir tüketicisidir. Tüketici araştırmaları sıklıkla geniş bir kitleyi içermektedir. Sağlık hizmeti tüketicisi sıklıkla bir hizmetin nihai kullanıcısıdır fakat müşterisi olmak zorunda değildir.
- **Müşteriler:** Sağlık hizmetlerindeki müşteri, bir faydanın veya hizmetin güncel alıcısı olarak düşünülmektedir. Bir hasta belirli bir mal ve hizmet için müşteriyken, bazı durumlarda da nihai tüketicinin (örneğin hasta) müşteri olmadığını söylemek mümkündür. Bazıları hastanın yerine alışverişi gerçekleştirirler ve tedavi, işlem kararları da hasta yerine başkaları tarafından verilebilmektedir. Bu nedenle hastaneler ve diğer karmaşık sağlık hizmeti organizasyonları birçok çeşit müşteriye hizmet ederler. Bunların arasında hastalar, personel, sağlık planlayıcıları, çalışanlar ve kurum için hizmet alıp satan pek çok başka taraflar da yer almaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründeki müşteri tanımlaması, pek çok başka sektöre göre daha karmaşıktır. Sağlık alanındaki müşteriler, hastalardan ibaret değildir.
- **Müvekkiller:** Bir müvekkil, maldan ziyade hizmet tüketen bir müşteri tipidir. Bir müvekkil ile olan ilişki kişisel ve süreklilik içermektedir. Bir müvekkilin, bir hizmet sağlayıcısıyla daha simetrik bir ilişkisi söz konusudur. Bir hasta ise tipik olarak hizmet sağlayıcısına bağımlıdır ve onun karşısında nispi olarak güçsüz durumdadır. Birçok kişi müvekkil ifadesinin, hasta ifadesine oranla daha saygın bir ifade olduğunu ima etmektedir.

- **Hastalar:** Hasta kavramı konusundaki tanımlamaya önceki bölümlerde yer verilmişti. Thomas'a göre "hasta" kelimesi, gayri resmi konuşmalarda çok da ciddiye alınmamaktadır. Bir hasta, teknik olarak sağlık hizmetinden yararlanan kişi olarak görülmektedir. Bu durumu daha da netleştirmek için bir hekim tarafından hasta olarak değerlendirilen kişi olarak da dikkate alınmaktadır. Tıbbi hizmetten yararlanan kişiye hasta denilmektedir. Ancak bazı durumlarda hasta yerine, müvekkil ifadesinin kullanımı daha uygun düşmektedir. Örneğin, ABD'de ruh sağlığı konusunda çalışan terapistler, hasta kelimesi yerine müvekkil ifadesini kullanmayı tercih etmektedir. Türkiye açısından düşünüldüğünde ise bu ifadenin kullanımına rastlanmamaktadır. Bu bakımdan müvekkil ve hasta ayrımı ülkemizde gerçekleşmemektedir.
- **Üyeler:** Sağlık sigortası planlarında hizmet alan müşteriler, ilk dönemlerden itibaren üye olarak adlandırıldıkları için, bu kavram artık yavaş yavaş sağlık hedef kitlesi içerisine dahil olmaktadır. Üyelerin klasik hastalardan bir farklılığı söz konusudur. Üyeler henüz hasta olmadan bir sağlık sigortasından yararlanmak için para ödemeye başlarlar ve sağlık hizmeti sunan kurumlar da bu kişilere yönelik çeşitli kampanyalar gerçekleştirebilmektedir.
- **Nihai Kullanıcılar:** Sağlık hizmetlerinin nihai tüketicisi, başka sektörlerde olduğu gibi burada da "nihai kullanıcı" olarak ifade edilmektedir. Yukarıda bahsi geçen tüm terimler neticede sağlık hizmetlerinin nihai tüketicisine atıfta bulunmaktadır. Bu terim sağlık profesyonelleri tarafından, diğer pazarlamacılar gibi tipik bir biçimde kullanılmamaktadır. Sağlık hizmetinde, nihai kullanıcı doğrudan bir sağlık hizmetinin alıcısı olan hastadır veya bir sağlık ürününün muhtemel tüketicisidir.

3.10. Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlara Göre Hedef Kitle

Sağlık hizmetlerinden yararlanan çok farklı tipte insan mevcuttur. Bu kişiler, hayati bir önem taşıyan bir hastalığı olan kişiden, estetik amaçlı olarak sağlık hizmetinden yararlanmayı amaçlayan kişiye kadar geniş bir yelpaze içerisinde yer alabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların bu kişileri dikkate alma dereceleri ise farklılık göstermektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından hedef kitlenin en basit ayrımı iç

ve dış hedef kitle olarak aşağıda belirtildiği şekilde gerçekleştirilebilir (Okay, 2014, s.38-39).

- **Kurum İçi Hedef Kitle:** Bu kitleyi doktorlar, yatarak tedavi gören hastalar, hemşireler, hizmetliler, çalışan diğer personeller oluşturmaktadır.
- **Kurum Dışı Hedef Kitle:** Bu kitleyi ise hastalar, eczaneler, tıbbi malzeme sağlayan kurumlar, finansal çevre, hastanenin faaliyet gösterdiği çevre ve potansiyel işgücü (doktorlar, hemşireler vs.) oluşturmaktadır.

3.11. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler ve Kanallar

Sağlık iletişimcileri oldukça çeşitli yöntemler kullanmıştır. Bunlardan başlıcaları; sosyal pazarlama, medyada savunuculuk, halkla ilişkiler, reklam ve kişiler arası iletişimidir.

3.11.1 Yöntemler

Sağlık iletişimcileri oldukça çeşitli yöntemler kullanmıştır. Bunlardan başlıcaları; sosyal pazarlama, medyada savunuculuk, halkla ilişkiler, reklam ve kişiler arası iletişimidir.

3.11.1.1. Medya Okur Yazarlığı

Medya mesajlarının ne şekilde çözümleneceğini öğretir. Bu öğretilen kitleyi genellikle gençler oluşturur. Medya okuryazarlığı sayesinde kişiler sponsorların amaçlarını çözümleyebilirken; kampanyayı gerçekleştirecek olan uygulayıcılar da hedef kitlenin bakış açısına uyum sağlayacak mesajları ne şekilde oluşturabileceklerini bilirler (Okay, 2014, s.129).

3.11.1.2. Sosyal Pazarlama

1952 yılında G.D. Weibe tarafından pazarlama teknikleri sağlık ürünlerini satmada kullanılması fikri ortaya atılmıştır. Philip Kotler ve Gerald Zaltman bu fikri geliştirerek The Journal of Marketing dergisinde yayınladıkları ‘‘Social Marketing: An Approach to Planned Social Change’’ isimli makalelerinde; müşterilere ürün satmak için kullanılan pazarlama prensiplerinin ve tekniklerinin tutum, davranış ve fikirleri satmak (değiştirmek) için de kullanılabileceğini belirtmesiyle bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır (Kotler, 1971:3-12)

3.11.1.3. Medyada Savunuculuk

Günümüzün en iyi bilgi ve haber taşıma kanalı olan medya ile daha kıt kaynaklara sahip olanlara ulaşmak daha kolaydır. Politikayı sosyal adalet değeri ile birleştirerek sistemin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlar. Bu yöntem kişinin davranışını doğrudan değiştirmeyi amaçlamaz, sorunun kamu sağlığı sorunu olduğuna dikkat çeker.

3.11.1.4. Reklam

Bir ürün, hizmet ya da davranış için destek sağlamak ve farkındalık oluşturmak için, medya veya kamusal alanlara ödenmiş veya kamu hizmeti mesajlarının yerleştirilmesiyle gerçekleştirilir (Okay, 2014, s.129).

3.11.1.5. Halkla İlişkiler

İlk çağlarda uygulanmaya başlansa da bilimselliği 20. yüzyılda da kabul edilen halkla ilişkiler kamu yararına yapılan faaliyetleri kapsayan planlı ve çift yönlü bir yönetim fonksiyonudur. Kamuda bilinç oluşturması kısa dönemde etkili olmasa da uzun dönemde verimli olan uygulamalara dayanır. Halkla ilişkiler sağlık biliminde doğru ve güvenilir bilgi yaymak ve sonucunda sağlıklı olan davranışlara ikna etmede kullanılır.

3.11.1.6. Eğlenceli Eğitim

Sağlığı geliştirici mesajların ve hikayelerin, eğlenceye ve haber programlarına yerleştirilmesini ya da sağlık mesajlarıyla çelişen mesajların elemine edilmesi, yanı sıra eğlence endüstrisinin sağlık konularında desteğinin aranmasını da içerebilir (Okay, 2014, s.130).

3.11.1.7. Bireysel ve Grup Talimatları

Arzulanan davranışları desteklemek için, etki, tavsiye ve yeteneklerin sağlanmasını içermektedir (Okay, 2014, s.130).

3.11.1.8. Ortaklıkların Geliştirilmesi

Kar amacı güden, kar amacı gütmeyen veya devlet kurumlarının kaynaklarını, etkisini ve güvenilirliğini çalışır duruma getirerek, bir program veya konu için desteğinin artırılması amaçlanır (Okay, 2014, s.130).

3.11.2. Kanallar

Sağlık uygulayıcıları, hedef kitlelere göndermek istedikleri mesajları birçok kanal vasıtasıyla gerçekleştirebilirler. Bu kanallar geleneksel medya ve sosyal medya başlığı altında incelenecektir.

3.11.2.1. Geleneksel Medya

Geleneksel medya, internet öncesinde var olan ve halen varlığını devam ettiren, internet tabanlı olmayan gazete, dergi, kitap, afiş, radyo ve televizyon gibi yazılı, görsel ve işitsel tüm kitle iletişim araçlarını kapsamaktadır. Günümüzde özellikle radyo ve televizyonlarda yer alan programlarda, sağlıkla ilgili haber ve programlarda ciddi bir artış görülmektedir. Yazılı medyaya da bakınca, orada da aynı şekilde sağlığın git gide önem kazandığı, sağlıkla ilgili haberlerin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (Öztürk ve Öymen, 2014).

3.11.2.2. Sosyal Medya

Yeni medya kavramıyla internet, bilgisayar oyunları, cep telefonları, sosyal ağ siteleri ve dijital TV gibi dijital teknolojileri temel alan medya anlaşılmaktadır. Etkileşim boyutunda artışın yaşanması açısından yeni medya, geleneksel halk sağlığı kampanyaları üzerinde farkındalık yaratabilme, yaygın etki ve davranış değişikliği yaratma gibi alanlarda etkisini göstermektedir. Yeni medya araçlarından biri olan sosyal medya ise hastaneler ve sağlık kuruluşları tarafından sağlık iletişimine katkıda bulunması amacıyla kullanılan temel araçlardan biri haline gelmiştir. Buradaki çevrimiçi iletişim gerçekçi, şeffaf ve anında olduğu gibi, aynı zamanda cesaret verici, katılımcı, bağlantılı ve sorumluluk sahibidir (Öztürk ve Öymen, 2014).

Kuruluşlarla çevrimiçi bir şekilde sayesinde bilgi ve deneyimlerini paylaşan kitleler, aynı zamanda kuruluşlara değer de katmaktadır. Müşterileriyle anlı ve sürekli olarak etkileşime giren kuruluşlar, kendilerine ve müşterilerine yardımcı olabilecek tavsiyeleri dinleyerek, onların önerilerini uygulamaya başlamakta, bu da ilgili kuruluşların müşteri hizmetleri departmanlarının gelişmesine katkı vermektedir.

Ayrıca sosyal medya, sağlık iletişimcilerine, tüketicilerin sağlık konularıyla ilgilenim düzeyini belirlemede ve tavsiyeler doğrultusunda davranış değişikliği

oluşturmada yardımcı olması önemli bir güç olarak değerlendirilebilmektedir (Öztürk ve Öymen, 2014).

Özellikle yüz milyonlarca kullanıcısı olan Facebook, Twitter ve Instagram gibi tüketicilere çift yönlü iletişim sunma konusunda başarılı olan sosyal medya platformlarında sağlıkla ilgili bilgi akışı hızlı ve etkili bir şekilde gerçekleşmektedir. Hedef kitleler bir taraftan ilgilendiği kuruluşun takipçisi olup kuruluşla ilgili hizmetleri, gelişmeleri ve güncellemeleri takip ederken, diğer taraftan da kendi deneyimlerini paylaşarak takipçilerine çeşitli önerilerde bulunabilmektedir.

3.12. Sağlık İletişim Kampanyaları ve Özellikleri

Bir iletişim kampanyası, nispeten çok sayıda bireyde genellikle belirli bir süre içinde ve organize bir dizi iletişim faaliyetleri aracılığıyla belirli sonuçlar veya etkiler yaratmayı amaçlayan bir müdahale olarak tanımlanmıştır. İletişim kampanyalarının odak noktası, büyük hedef kitlelere sahip bir alt kümedir; örneğin, bir eyalet veya ülkenin tüm nüfusu (Rodger ve Storey, 1987).

- İletişim kampanyaları, daha sağlıklı bir davranış benimsemesi veya davranışını değiştirmesi beklenen kişilere doğrudan eğitim sunmayı amaçlamaktadır.
- Kampanyalar geniş kitleleri etkilemeyi ve göreve önemli kaynaklar getirmeyi amaçlar (bazen parasal, bazen gönüllü, bazen diğer kurumlarla işbirliği yoluyla).
- Kampanyalar genellikle birden fazla kanal kullanır ve aracılı kanalları (TV, radyo), kişisel kanallar (sağlık uzmanları, sosyal yardım çalışanları) ile tamamlayabilir.
- Kampanyalar, tüketicilerin davranış hakkında bildiklerini ve inandıklarını etkileyerek, gerçek ve/veya algılanan sosyal normları etkileyerek, gerçek becerileri ve becerilere olan güveni (öz yeterlilik) değiştirerek önerilen davranışların benimsenmesini etkilemeye çalışır.
- Kampanyalar genellikle hükümet tarafından, bazen özel kurumlar veya profesyonel kuruluşlarla işbirliği içinde, bazen de yalnızca ulusal veya profesyonel kuruluşlar tarafından desteklenir.

- Kampanyalar genellikle daha geniş sosyal pazarlama programlarının bir bileşenidir. Sosyal pazarlama, sosyal ve sağlık sorunlarının çözülmesine yardımcı olmak için ticari pazarlama fikirlerinin uygulanmasıdır. Sosyal pazarlama programları, iletişim çabalarını diğer müdahale bileşenleriyle tamamlar. Örneğin, çocukluk aşılarını teşvik etmeye yönelik bir sosyal pazarlama kampanyası, aşı fiyatlarında bir sübvansiyon ve aşıları elde etmek için daha kolay bir sistemle aşı alımını teşvik etmeye yönelik bir kamu iletişim çabasını tamamlayabilir.
- Daha geniş anlamda, birçok kampanya, kamu politikasını (vergi vb.) etkilemenin yanı sıra, diğer sosyal kurumların hareket etme şekillerindeki değişiklikler de dahil olmak üzere, çevrenin ve pazarın diğer yönlerini değiştirme çabalarıyla nüfusları doğrudan etkileme çabalarını tamamlar. Bu tamamlayıcı çabaların nüfusu dolaylı olarak etkilemesi beklenir. Bu çok düzeyli sosyal değişim programları, taban örgütlenmesini, politik ve medya savunuculuğunu, özel kurumlarla ortaklıkları ve yeni ürünlerin tasarımını ve sunumunu içerebilir. İstenen davranış değişikliklerini destekleyen veya engelleyen sistem veya çevresel kısıtlamaların önemini kabul ederler.

20. yüzyıl boyunca önleyici sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinden olumsuz sağlık sonuçları riskini artıran davranışların sona ermesine kadar geniş bir dizi davranışsal sonuç dahil olmak üzere, çoğu önemli halk sağlığı sorununu ele almak için iletişim kampanyaları geliştirilmiştir. Örneğin, sigarayı azaltmak; çocukluk ve yetişkin aşı programlarını teşvik etmek; AIDS'i önlemek için daha güvenli seks uygulamaları teşvik etmek; yasadışı uyuşturucu kullanımını azaltmak; emniyet kemeri ve bisiklet kasklarının kullanımını teşvik etmek; mamografi ve diğer hastalık tarama davranışlarını teşvik etmek; kanser, diyabet ve diğer kronik hastalıkların önlenmesi için sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek gibi birçok sağlık iletişim kampanyası geliştirilmiştir (Institute of Medicine, 2002, s.82-83).

Bir kampanya tarafından üstlenilmesi gereken başlıca görevler şunları içermektedir (Institute of Medicine, 2002, s.85):

- 1) Hedef kitleyi ve belirli davranışsal hedefleri seçmek.
- 2) Bir mesaj stratejisi ve uygulamalarının seçilmesi.

- 3) Yaygınlaştırma kanallarının ve ayarlarının karışımını seçmek.
- 4) Programı desteklemek için biçimlendirici, izleme ve değerlendirme araştırması yapmak.

Bu görevlerin her biri ile ilgili kararlar, kampanyanın ve hedef kitlenin gelişimine göre değişiklik gösterecektir. Bir kampanya, mesajların, izleyicilerin ve kanalların belirli ve statik bir karışımıyla değil, daha ziyade bu operasyonel detaylar hakkında kararlar alan, zamana göre değişiklik gösterecek kararlar veren bir program olarak tanımlanmaktadır.

Araştırmacılar bu görevleri birçok yönden ayırmıştır. Sutton, Balch ve Lefebvre (1995), birçok ulusal sağlık eğitimi kampanyasında kullanılmış olan bir sosyal pazarlama sürecini planlamak için Novelli'nin 6 adımlı pazarlama çarkını kabul eder. Ayrıca, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinde uygulanan ve 10 adımlı bir çark içeren sağlık iletişimi sürecini de işaret ederler. Kendi sistemler 6 adıma odaklanır.

- 1) Hedef kitleyi tanımlama ve anlama.
- 2) Davranışsal hedefin belirlenmesi, yani izleyicinin hangi eylemi yapması (ve eğer rekabetçi bir davranış varsa yapmaması) gerektiğidir.
- 3) Eylemi gerçekleştirmek için mesajda hangi ödülün vaat edileceğine karar vermek.
- 4) Vaat edilen ödülü inanılır kılmak için nelerin dahil edilmesi gerektiğini belirlemek.
- 5) Hangi açıklıkların ve araçların kullanılması gerektiğini, yani izleyicilere açık olduklarında nasıl ulaşılabileceğini belirlemek.
- 6) Mesajda hangi görünüm ve his ya da eylemin, hangi görüntüsünün tasvir edilmesi gerektiğine karar vermek.

Halk sağlığı kampanyaları, bir popülasyonu sağlık durumunu korumak veya iyileştirmek için etkilemek üzere tasarlanmıştır. Bunu başarmak için kampanya geliştiricileri, ilgili popülasyon için davranış ve sağlık durumu arasındaki bağlantıyı anlamalıdır.

Nüfusların heterojen doğasını ele almak için sağlık iletişim programları, pazarlamanın segmentasyon kavramını uygulamıştır. Segmentasyon, heterojen bir

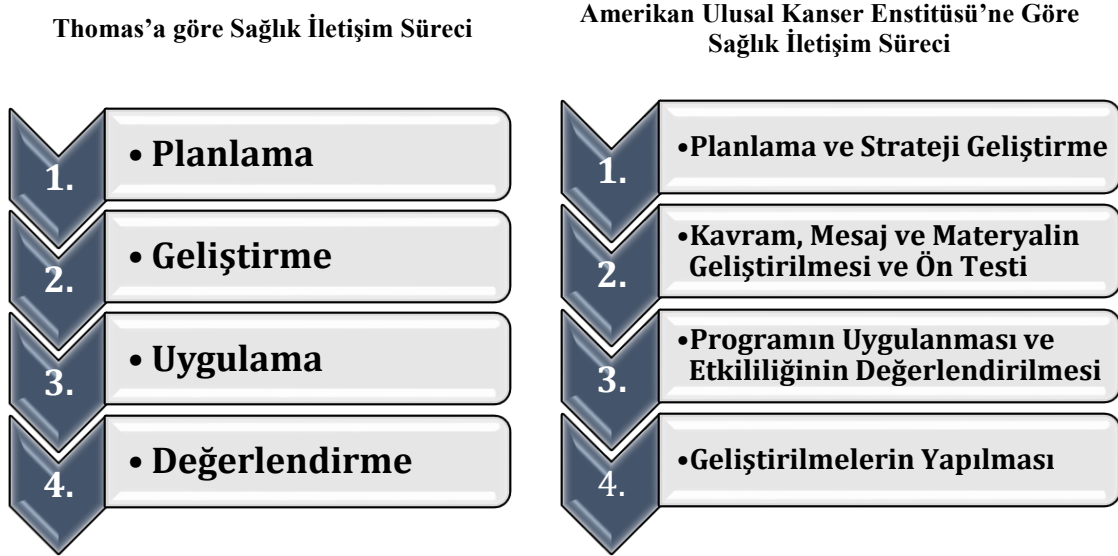
popülasyonu benzer ihtiyaçlara, deneyimlere ve/veya diğer özelliklere sahip alt gruplara veya kesimlere ayırma sürecidir.

Sağlık iletişimi kampanyaları, hedef kitlelerini çok farklı şekillerde seçmiş ve tanımlamıştır. Bazı kampanyalar potansiyel hedef kitleyi yaş, ırk, gelir, cinsiyet veya eğitim gibi sosyal çeşitlilik özelliklerine göre gruplara ayırsa da, bunun nedeni genellikle potansiyel hedef kitleler hakkında yalnızca sınırlı bilgilerin mevcut olmasıdır. Sağlık kampanyası planlayıcıları, potansiyel kitle segmentlerini tanımlamak veya belirlemek için nicel kanıtlara ve bu segmentleri iyi anlamak için hem nicel hem de nitel kanıtlara ihtiyaç duyar.

İzleyicilerin heterojen olduğu argümanı güçlüdür ve bu nedenle segmentasyonu dikkate almanın mantığı güçlüdür. Ancak, hangi segmentlerin önceliği hak ettiği, segmentlere ayrılma bazında çözülemez. Programlar, aşağıdakiler de dahil olmak üzere potansiyel kitle segmentleri arasından seçim yapmak için çeşitli kriterler kullanılır.

3.13. Sağlık İletişimi Kampanyası Süreci

İletişim kampanyaları temel olarak dört adımda gerçekleşir. Bu adımlar sırasıyla araştırma, planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Bu dört adım, sağlık iletişimi kampanyaları için de geçerli olmakla birlikte, farklı araştırmacılar tarafından farklı gruplandırmalar yapılmaktadır.



Şekil 6: Thomas'a ve Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'ne Göre Sağlık İletişim Süreçleri

Şekil 6'dan da görüleceği üzere, Thomas sağlık iletişimi sürecinin adımlarını planlama, geliştirme, uygulama ve değerlendirme şeklinde yaparken (Thomas, 2006, s.103-117), Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (Okay, 2014, s.139) planlama ve strateji geliştirme; kavram, mesaj ve materyalin geliştirilmesi ve ön testi; programın uygulanması ve etkililiğinin değerlendirilmesi; geliştirilmelerin yapılması şeklinde bir ayrım gerçekleştirmiştir. Her iki kampanya da araştırma aşamasıyla değil, planlama aşamasıyla başlamaktadır. Ancak bu iki kampanyanın detaylarına bakıldığında, her ikisinin de planlama sürecinde araştırmayı da gerçekleştirdikleri görülmektedir.

3.13.1. Planlama/Başlangıç Aşaması

Bu aşama kampanyaların ilk adımını teşkil etmektedir. Başarılı bir kampanya için bu aşamanın dikkatli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Plan bugünden, gelecekte nereye ulaşılacak istendiğinin, nelerin gerçekleştirilmek istendiğinin kararlaştırılmasıdır; planlama ise planı ortaya çıkarmak için sarf edilen gayretleri, bir süreci ifade eder. Plan bir sonuçtur, planlama ise süreçtir (Okay, 2014, s.141).

Bu aşamada yapılacak olanlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

- 1) *Sağlık iletişim kampanyasına ilişkin konu veya sorun belirlenir ve gerçekleştirilecek olan çalışmayla ilgili varsayımlar ortaya koyulur. Bu varsayımlar kampanya sürecinde yol gösterici bir nitelik taşımaktadır (Okay, 2014, s.143).*
- 2) *Konu hakkında detaylı araştırmalar yapılır ve mevcut veriler yeniden gözden geçirilir. Sağlık sorunlarının ne kadar yaygın olduğu, tanımlanan sorun tarafından etkilenenlerin karakteristikleri, bireyler, topluluklar ve hatta sağlık sistemi üzerine sağlık sorununun neticeleri, sağlık durumunun muhtemel nedenleri, muhtemel çözümler, tedaviler ve müdahaleler bu aşamada ele alınır (Thomas, 2006, s.106; Okay, 2014, s.143-144).*
- 3) *Kampanyanın nereye ulaşmak istediği, amacının ve hedefinin ne olduğu açık ve net bir şekilde tanımlanır. Saptanan hedefler; sağlık programı hedeflerini desteklemeli, gerçekleştirilebilir ve gerçekçi olabilmeli, arzu edilen değişikliğe, etkilenmek istenen nüfusa ve değişikliğin gerçekleşeceği zaman dilimine has olmalı ve ölçümlenebilir olmalıdır (Okay, 2014, s.145).*

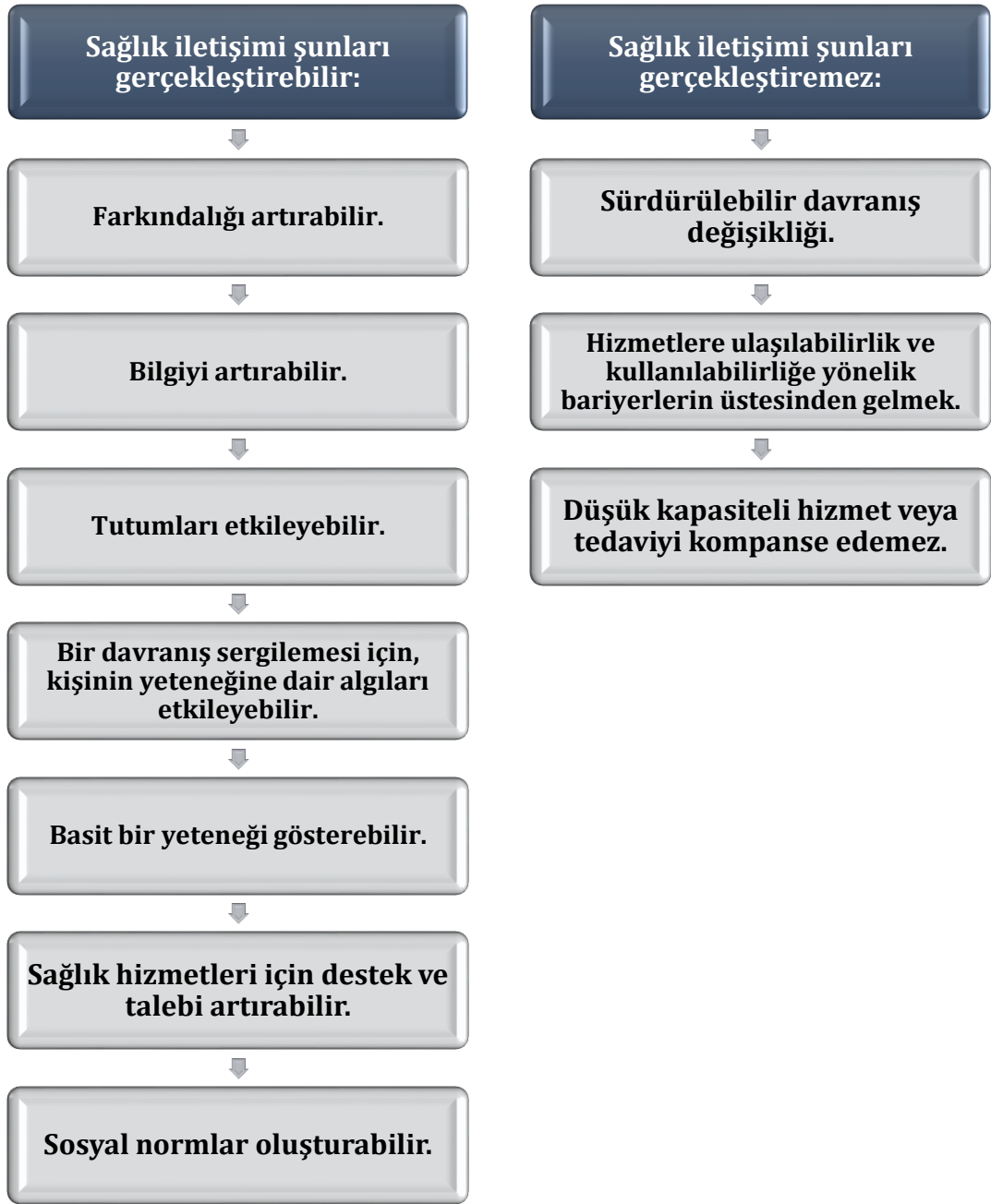
- 4) *Ulaşılmak istenen hedef kitle netleştirilir.* Sağlık iletişim kampanyasının, uygulamasının etkilemesi amaçlanan kişilerin, grupların mümkün olduğunca net bir şekilde belirlenmesi, mesaj oluşturmada ve bu mesajların kanallara dağılımında kolaylık sağlayacaktır. Hedef kitlenin netleştirilmesinin akabinde söz konusu kitle hakkında mümkün olduğunca fazla veri toplanır (Okay, 2014, s.145-146).
- 5) *Hedef kitleye ulaşmak amacıyla en uygun kanal ve aktiviteler seçilir.* Burada hedef kitleye ulaşabilme yeteneği, hedef kitleye ulaşabilmek amacıyla yapılan harcamalar ve kanal ve araçların iletişim amaçlarına uygun hale getirilmesi önemlidir (Okay, 2014, s.146-147).
- 6) *Potansiyel ortaklıklar tanımlanır ve ortaklık planları geliştirilir.* Kampanya sahibi kamu kurumları veya sivil toplum kuruluşları sıklıkla kampanyalarını birlikte geliştirebilecekleri ve destek alabilecekleri özel kuruluşlara yönelirler. Bu tür ortaklıklar her iki taraf için de yararlı sonuçlar ortaya çıkarır. Ortağın hedef kitle tarafından güvenilir bulunması sayesinde hedef kitleye ulaşabilmek imkanının artması, ortağın maddi imkanlarından ve uzmanlık bilgisinden yararlanabilme durumunun bulunması nedeniyle programlar bir veya birden fazla ortakla gerçekleştirilir planır (Okay, 2014, s.152-153).
- 7) *İletişim stratejisi geliştirilir.* Strateji kavramı birçok aktiviteyi bünyesinde barındıran ve hedef kitlenin karakteristik özelliklerini göz önüne alan bir eylem planı olarak tanımlanabilir. Artık bu aşamada; tanımlanmış hedef kitle ve söz konusu hedef kitlenin gerçekleştirilmesi istenen eylemler (iletişim amaçları) belirlenmiş, söz konusu hedef kitleye ulaşılabilir olan kanal, ayar ve aktiviteler keşfedilmiş, potansiyel ortaklar tanımlanmış ve ortaklık planları gerçekleştirilmiştir. Bir iletişim stratejisi, hedef kitlenin ihtiyaç, istek, değer ve erişilebilirliğine dayanır; genel iletişim araştırmaları, teorileri ve davranış modelleri bu stratejiye rehberlik eder ve iletişim stratejisi mevcut ulaşılabilir kaynak ve sınırlı bir zaman dilimi gerçekliği ile uyumlu olmalıdır. Sağlığı geliştirmeye yönelik başarılı stratejiler aşağıdaki belirtildiği gibi sınıflandırılabilir:
- Sağlık iletişimi stratejileri
 - Politika ve yürütme stratejileri
 - Toplumu harekete geçirme stratejileri

- Sağlık hizmetleri stratejileri
- Mühendislik stratejileri

Kampanyanın konusuna, koşullarına, hedef kitlesine uygun olarak çeşitli stratejiler ya bir arada, ya tek başına ya da birbirleriyle kombineli olarak kullanılabilir (Okay, 2014, s.155-157).

Şekil 7’de görüleceği üzere sağlık iletişimi stratejisi pek çok şeyi gerçekleştirebilir, kişinin tutumlarını etkilemekten, toplumda geçerli normları şekillendirmeye kadar uzanabilen bir yelpazede etkili olabilir, ancak bu iletişim uygulaması sürdürülebilir bir davranış değişikliği oluşturamaz çünkü bunun için bir iletişim kampanyasından fazlası gerekir. Aynı zamanda mevcut olmayan bir hizmetin yerine de konulamaz; bunun için gerçekten de o hizmetin, uygulamanın yerinde olması gerekir. İletişim stratejilerinin etkinliğini, o stratejinin dayanağı geniş ölçüde etkiler. Mevcut olmayan bir hususun iletişim stratejisi gerçekleştirilemez, gerçekleştirilse dahi sonradan bunun olmadığı ortaya çıktığında, hedef kitlede büyük oranda güven kaybı oluşturulmuş olur (Okay, 2014, s.158).

Çeşitli sağlık sorunlarında toplumu harekete geçirmeye çalışmak ve toplumun bir sorunun çözümü konusunda dahil ederek, onlardan destek almak, sağlık sorununu çözmeye kimi zaman yardımcı olabilmektedir. Bu durum özellikle toplumu bilgilendirme ve bilinçlendirmeyle gerçekleşebilmektedir. Toplum harekete geçiren stratejiler sayesinde sağlık sorununu çözmek konusunda o sorunun bir üyesi hissi kazandırılabilir ve kişiler daha sorumlu bir biçimde davranabilirler. Toplum üyeleri, hedefler ve uygulanacak planlar hakkında da açık bir şekilde bilgilendirildiğinde, gönüllü olarak harekete geçebilmektedir. Tüm bunlar toplum hareketlendirici stratejilerle gerçekleştirilebilir. Ancak bu stratejilerle toplum tek başına yönünü bulamayabilir; uzman bilgisine ve kimi zaman profesyonellere ve kanaat önderlerine ihtiyaç duyulabilir. Ayrıca konunun uzmanları sorunla ilgilenmiyorsa veya sorunun çözümü için yeterli kaynaklar mevcut değilse, uygulanan bu stratejilerin bir yararı olmayabilir (Okay, 2014, s.163-164).



Şekil 7: Sağlık İletişimi Stratejilerinin Yapabilecekleri ve Yapamayacakları (Barnes vd. 2003, s.62)

Sağlığı geliştirmeye yönelik tüm stratejiler, başlı başına sağlık iletişim kampanyalarında da kullanılabilir. Yapılan yeni bir yasa veya yeni sunulmaya başlanan bir sağlık hizmeti, söz konusu yasa ve hizmet duyurulmadıkça, hedef kitleye anlatılmadıkça ve tanıtılmadıkça problemlidir olacaktır. Bu nedenle sağlık iletişimi kampanyalarının stratejilerine, tüm diğer stratejileri kombineli olarak yerleştirmek, kampanyaların etkinliğini büyük oranda artıracaktır. Bu sayede ulaşılmak istenen hedef kitle, farklı yöntemler ancak aynı kaynakla karşılaştıklarında, yapılan uygulamanın,

kampanyanın ne kadar etkin ve etkili olduğunu kendileri de görecektir (Okay, 2014, s.167-168).

3.13.2. Temel Kavram, Mesaj ve Materyallerin Geliştirilmesi

Sağlık iletişimi kampanyasının ikinci adımı olan bu aşamada, kampanyada geçerli olacak birtakım kavram, mesaj ve materyal geliştirilir ve bunların etkinliğinin testi yapılır. Mesaj ve materyalleri hazırlamanın zorluğu, hedef kitlenin büyüklüğü, genişliği ve çeşitliliğiyle doğru orantılıdır. Diğer taraftan, bir önceki aşamada hedef kitlenin detaylı olarak tanımlanması ve tarif edilmesi bu zorluğu ortadan kaldırır. Bu durum yine planlamanın önemini ortaya koymaktadır (Okay, 2014, s.174).

Mesajlar, içeriksel ifadeler ve işaret yapılarıdır. Sözlü olabileceği gibi örneğin resimlerde yer alan mesajlar gibi sözsüz de olabilirler. Mesajın etkin bir biçimde hazırlanmış olması, alıcı tarafından hatırlanması açısından önem arz etmektedir.

Mesajların ve materyallerin geliştirildiği bu ikinci aşamada daha önceden hazırlanan strateji şunlar için kullanılır (National Cancer Institute, 2008, s.54):

- 1) Mevcut materyalin gözden geçirilmesi
- 2) Mesaj konseptlerinin/anlayışlarının geliştirilmesi ve test edilmesi
- 3) Hangi materyallerin geliştirileceğine dair karar verilmesi
- 4) Mesaj ve materyallerin geliştirilmesi
- 5) Bu mesaj ve materyale yönelik bir ön test uygulanması

Bu adımların neticesinde sağlık iletişimi kampanyasının mesajları detaylı olarak belirlenerek uygulamaya hazır hale getirilir.

3.13.3. Programın Uygulanması

Sağlık iletişimi kampanyasının üçüncü aşaması artık kampanyanın uygulanmaya konulduğu aşamayı teşkil etmektedir. Daha öncesinden hazırlanan tüm mesaj, materyal ve uygulamalar bu aşamada hedef kitle tarafından görünür hale gelmektedir.

Kampanya konusu sınırlı sayıda bir kitleyi ilgilendiriyorsa, bu kitleye doğrudan seslenecek araç ve yöntemler uygulanmalıdır. Kampanya eğer toplumun büyük bir kısmını etkiliyorsa öncelikle kampanya başlangıcının hedef kitleye duyurulması gerekir. Bunun için konferanslar ve basın bildirimleri kullanılmaktadır.

İletişim kampanyaları ve dolayısıyla sağlık iletişimi, sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik kampanyalar uzun vadeli çalışmalardır. Bu çalışmalar sırasında medya etkin, sürekli ve düzenli ilişkiler kurmak, kampanyanın daha etkili olmasını sağlayacaktır. Ayrıca, kampanya sırasında meydana gelebilecek olan problemler konusunda da uygulayıcılar ve basın sorumluları hazırlıklı olmalıdır. Herhangi bir kriz halinde basınla iletişimi koparmamak, gelen bilgi isteklerine en kısa sürede yanıt vermek, herhangi bir bilgi mevcut değilse bunu açıklıkla paylaşmak ve doğru bilgi aktarmak temel kurallar arasında sayılmaktadır (Okay, 2014, s.198-199).

Programın uygulanması aşamasında, uygulamaların sürekli kontrol edilmesi ve değerlendirilmesi, herhangi bir sorunla karşılaşılması durumunda da bu sorunun düzeltilmesi gerekmektedir. Sürecin değerlendirilmesiyle; programların işleyişi ve niteliği, ortaklıklarla çalışma, onların işe dahil olmaları, tanıtım, promosyon ve başka dış hedef kitleye ulaşım çabalarının etkinliği, medya tepkisi, hedef kitlenin katılımı, hedef kitleden gelen sorular ve tepkiler, programa bağlı kalma durumu, bütçenin genişletilmesi ve genel durumu ile ilgili veriler elde edildiğinden, süreç değerlendirmesi konusu önem arz etmektedir (Okay, 2014, s.198-199).

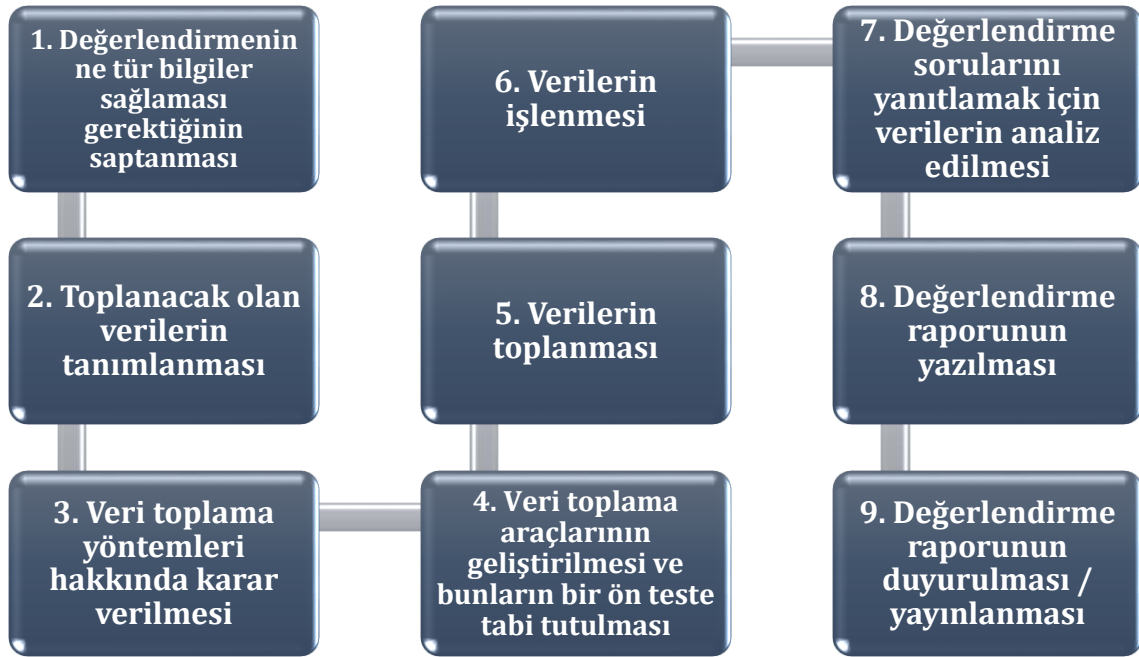
3.13.4. Değerlendirme Aşaması

Değerlendirme aşaması; kampanya değerlendirme süreci başlangıçta konulan hedeflere ulaşmada ne kadar başarılı veya başarısız olunduğu, hedef kitleye istenen bilgilerin aktarılıp söz konusu kitlede bir katılım, katkı ve davranış değişikliğinin oluşup oluşmadığının ölçüldüğü bir aşamadır. Değerlendirme sürecinin birinci fonksiyonu kampanyanın hedeflere ne ölçüde ulaştığının derecesini belirlemektir. Sürecin ikinci fonksiyonu ise planlamacıya ve akademisyenlere belli bir kampanyanın neden veya nasıl çalıştığını anlatmak konusunda yardımcı olmaktır.

Değerlendirmenin temel unsurları şunlardır:

- Yararlı, ilgili bilgilerin toplanması
- Güvenilir ve sistematik yollarla toplanması
- Verilerin titiz ve net biçimde düzenlenmesi, analiz edilmesi ve sunulması
- Karar verici forumlara rapor edilmesi
- Planlama, geliştirme ve sorumluluk sağlanması

Bu unsurları yerine getiren değerlendirmenin neticesinde ele alınan veriler, kampanya hakkında arzu edilen veriler sunacaktır.



Şekil 8: Değerlendirme Adımları (National Cancer Institute, 2008, s.110)

Şekil 8'den de görüleceği üzere, değerlendirme aşamalarının neleri içerdiğini açıklamak mümkündür. Öncelikle değerlendirmenin ne tür bilgiler sağlanması gerektiğinin saptanması gerekir. Bunu yapmanın en basit yolu ise değerlendirme raporunun sonucuna sayanması gereken kararlar hakkında düşündürmektir. Akabinde toplanacak olan veriler tanımlanır. Yani konulan hedeflere ulaşmadaki gelişmeyi görmek için neyin ölçülmesi gerektiği ve ölçülebileceğinin belirlenmesi gerekir. Bir sonraki aşamada veri toplama yöntemi hakkında karar verilir ve veri toplama araçlarının geliştirilmesi ve test edilmesi sağlanır. Araştırma yöntemi ve uygulanması hakkında karar verildikten sonraki aşamada veriler belirlenen ölçütler çerçevesinde toplanır ve uygun bir bilgisayar ortamına işlenir. Bu şekilde elde edilen verileri istatistiki açıdan işlemek daha kolay olacaktır. Bir sonraki aşamada, verileri analiz etmek için daha önceden kullanılan istatistik programları yardımıyla analizler gerçekleştirilir. Yapılan istatistiki değerlendirmenin ardından, değerlendirme raporu yazılır. Hazırlanan değerlendirme raporu sadece analizleri değil, araştırmanın nasıl yapıldığı, ne tür soruların neden sorulduğu, neden bu araştırma yönteminin seçildiği ve araştırmanın uygulandığı hedef kitlenin kimlerden oluştuğu ve neden bu kişilerin seçildiği sorularına da yanıt verilmelidir. Bu aşamada raporun yazılmasıyla birlikte kampanyanın etkinliğine ilişkin veriler ilgili kişilerle (medya,

ortaklar, hedef kitle, siyasiler vs.) paylaşılabilir. Son aşama ise değerlendirme raporunun duyurulması/yayınlanması aşamasıdır. Bu aşamada, bir önceki aşamada ilgili kişilerle paylaşılan rapor üzerinde mutabakat sağlandıktan sonra rapor yayınlanır (National Cancer Institute, 2008, s.110-120; Okay, 2014, s.206-210).

Tüm bu yukarıda sayılan hususlara dikkat edilerek uygulanan bir sağlık iletişimi kampanyası büyük ölçüde başarılı sonuçlar verecektir. Sağlık konusunun giderek önem kazanması dolayısıyla, sağlık iletişimi ve bununla bağlantılı kampanyalar giderek daha yaygın bir biçimde görülecek ve toplumlarda uygulanması zorunlu konular haline gelecektir.

IV. BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KULLANILAN DAVRANIŞSAL TEORİ VE MODELLER

Bireylerin davranışlarını anlayabilmek ve onların sağlık davranışlarını değiştirmek ve/veya geliştirmek amacıyla birçok teori ve model geliştirilmiştir. Her davranış değişikliği teorisi veya modeli, davranış değişikliğini açıklamaya çalışırken farklı değişkenlere odaklanır. Bu değişkenler genellikle tutumlar, inançlar ve kişisel özellikler ile sosyal ve çevresel faktörler gibi psikososyal yapılardan oluşmaktadır.

Bu bölümde, bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmek, sağlık sorunlarına karşı bireysel ve toplumsal düzeyde önlemler almak amacıyla sağlık iletişimi yol gösterici olan ve kullanılan davranış değişikliği teorisi ve modelleri tek tek ele alınacaktır.

4.1. Teori ve Modellere Genel Bakış

İngiltere Sağlık Bakanlığı'nın, "Sağlığı Seçmek: Sağlıklı Seçimleri Kolaylaştırma" adlı raporu, sağlık mesajlarıyla alakalı temel ve önemli bir sorunu tanımlamaktadır. Bu rapora göre sorun, sağlıkta bilgi eksikliği değildir; insanların hayatlarını yaşayış tarzlarının tutarsız, koordinasyonsuz ve sıra dışı olmasıdır. Bu durum da bazı mesajların istenildiği ölçüde etkili olmadığını göstermektedir.

ABD'deki Nüfus Referans Bürosu (2005), insan davranışlarının ölüm ve hastalık nedenlerinde en önde gelen faktörlerden biri olduğunu öne sürmekte, davranış değişikliği stratejilerinin hastalık ve ölüm oranlarını azaltmaya yönelik her türlü girişimde ön planda olması gerektiğini savunmaktadır. Davranışı tahmin edebilmek, bir müdahale planlamayı kolaylaştırır. Bu nedenle, herhangi bir iletişim kampanyasının ilk aşaması, sağlık sorununun davranışsal yönlerini analiz etmek olmalıdır.

Buna ek olarak, davranışı etkileyen faktörlerin anlaşılabilmesi durumunda, hangi felsefe ve hangi model seçilirse seçilsin, sağlık eğitimi hedeflerine ulaşılabilecek stratejiler geliştirmek ve yöntemleri formüle etmek kolay olacaktır. (Tones ve Tilford, 1994, s.83). Teori; uygulayıcının, müdahalelerin sonuçlarını, iç ve dış değişkenler arasındaki ilişkileri tahmin etmesi sağlar. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde iletişimin temelini, "insanların davranışlarını nasıl ve neden değiştirdiklerine, hangi durumlarda

veya hangi müdahale noktasında bir mesaj göndermenin en iyi olduğuna” dair bir anlayış oluşturmalıdır. Böyle bir anlayış, davranışı değiştirmek için gereken eylemlerin tanımlanmasına olanak verir ve davranışı engelleyen veya teşvik eden etki yollarını vurgular.

Teoriler, izlenecek bir müdahaleyi spesifik olarak tanımlamaz; bunun yerine, teoriye dayalı bir müdahalenin benimsenmesi için bir dizi fikir üretirler. Davranış değişikliği süreçlerindeki etkileri belirleyen birçok teorik model bulunmaktadır. Bunlar uygulayıcının başarmak istediği şeye göre seçilir. Teorinin amacı, sağlığı geliştiren (uygulayıcı) ile hedef kitle (örneğin; birey, grup, kitle) arasında başarılı bir bilgi alışverişini sağlamaktır. Bu sürecin başarısı, genellikle bir dizi değişkenin etkisine bağlıdır. Bunlar arasında örneğin, iletişimci ile izleyici arasındaki ilişki, mesajın kendisi, mesajın nasıl gönderildiği ve izleyicilerin inançları, değerleri, tavırları yer alır. Bu nedenle teori, davranışları tahmin etmeye ve açıklamaya yardımcı olabilir, bilginin hedeflenmesine yardımcı olabilir ve bilginin sahip olacağı etkiyi tahmin edebilir. Ayrıca, uygulayıcıların, her türlü yardım ve teşvike rağmen izleyicilerin neden herhangi bir davranışta bulunmayacağını tahmin etmesine olanak tanır.

Teorinin pratiğe uygulanması kolay bir adım değildir. Geçmişte sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, çoğu kez teorilerden bağımsız veya tutarsız olarak kullanılmıştır. Jones ve Donovan (2004), uygulayıcıların çoğu zaman teorileri görmezden geldiklerini ve teori temelli müdahaleleri uygulamadıklarını; mevcut genel teori ve modelleri operasyonel hale getirmek için gereken bilgi ve beceriden yoksun olduklarını öne sürmektedir. Bu, tüm uygulayıcıların teorinin önemi ve kullanımı konusunda bilgisiz olduğu anlamına gelmez. Bazı uygulayıcılar net bir teorik bilgiye sahip olabilir ancak bilgilerini uygulamak için zaman, kaynak, uzmanlık veya kanıt temelinden yoksundurlar.

İletişim, teorik bir modele dayanıyorsa, zayıf iletişime dair bazı tuzaklar ortadan kaldırılabılır. Tones ve Tilford (1994), uygulayıcıların net bir sonuç göstergesi seçimi yapmak ve seçimi gerekçelendirmek için bir çerçeveye ihtiyacı olduğunu iddia etmektedir. Buna ek olarak, en iyi uygulama için bir temel oluşturacaktır. Kanıta dayalı uygulamaya geçişin ve maliyet etkinliğinin önem arz ettiği günümüzde, teorik modellerin kullanılması mantıklı olacaktır.

Kobetz ve diğerkleri (2005, s.330), teoriyi pratik olarak uygun hale getirmenin yanı sıra, iyi bir şekilde ayarlanmış, teoriye dayalı sağık mesajlarının oluşturulması ve stratejik olarak yayılmasının etkili iletişimin anahtarlarından biri olduğunu belirtmektedir.

4.2. Teori ve Modellerin Kullanım Alanları

Modeller, teorinin basitleştirilmiş bir versiyonundan türetilmiştir ve sağığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik programlarının geliştirilmesine rehberlik etmek için kullanılabilirler. Teori ve modeller, müdahalelerin planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde faydalıdır (Trifiletti vd. 2005, s.299). Sağığın teşviki ve geliştirilmesindeki modeller genellikle davranış ve karar verme süreçleri için anahtar unsurları içermeye çalışır. Modeller genellikle sosyal psikoloji ve sağık iletişimi alanlarından alınır ve sağık alanında kullanılır.

Sağığın teşviki ve geliştirilmesi alanında kuramlar, bireysel değışimin gerçekleştirilebileceğı yollar önerme becerisinin yanı sıra sağık üzerindeki etkileri açıklamada kullanılmaları nedeniyle değerlidir (Parker vd., 2004). Etkili iletişim stratejileri sağılam bir teoriye dayanmalıdır (Trifiletti vd., 2005). Teori ve modeller, sağığı geliştirme stratejilerini tasarlamak ve planlamak, tüm değışkenlerin dikkate alınmasını sağılamak için kararlar ve çözümler üretmek için kullanılabilirler (Tones ve Green, 2004).

4.3. Teori Temelli Yaklaşımla İlgili Sorunlar

Kanıtlanmış bir teoriyi çürütmek zor olsa da, teorilerin kullanımı problemsiz değıildir. Tones ve Green (2004), teorilerin bazen insanların deneyimlerini nesnelleştirdiğı ve temel sağığı geliştirme ahlakından saptığı endişesini vurgulamaktadır. Bu, insanların ölçülebilir, ayarlanabilir veya yönlendirilebilir olarak görüldüğü anlamına gelir. Kişinin bütünsel bir nesne olarak görülmesi fikrine karşı çıkar. Daha geniş bir teori kavramı, teorinin sahip olabileceğı dar ve mekanik odağı hafifletmek için ele alınabilir.

Airhihenbuwa ve Obregon (2000), teorik çerçevelerin esnek olması ve farklı bağlamlara uygulanabilir olması gerektiğini öne sürmektedir. Teori, takip edilmesi gereken katı bir modelden ziyade, karmaşık davranışın anlaşılmasına rehberlik edecek bir araç olarak kullanılmalıdır. Aynı şekilde Parker ve diğerkleri (2004) de, bir modelin tüm

yönlere odaklanmaya çalışan müdahaleler tasarlanmanın hem göz korkutucu olacağını, hem de gerçekçi olmayabileceğini; bir modeldeki belirli kaldıraç noktalarına ya da iki veya üç aşamaya (örneğin öznel normlar veya niyetler üzerine) odaklanmanın, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarını için daha pratik olabileceğini belirtmiştir.

Teori temelli yaklaşımın bir diğer önemli eleştirisi ise yapısal, politik ve çevresel faktörlerin birçok teorik modelde hariç tutulmasıdır. Davranış ve davranış üzerindeki etkiler, daha geniş sosyal bağlam tarafından değiştirilir ve teori çoğu zaman yalnızca bireylere odaklanır. Teori temelli yaklaşım, bir davranış değişikliğinin kolaylaştırılmasına yardımcı olacak diğer kolaylaştırıcı faktörler olmadan tek başına etkili olmayacaktır.

4.4. Teori ve Modeller

Sağlık davranışı teori ve modelleri bireylerin, grupların ve toplulukların sağlık davranışlarını anlamayı amaçlar. Bilim adamlarının doğru soruları sormalarına ve doğru sonuçlara ulaşmalarına yardımcı olur. Bireylerin sağlık davranışlarının hangi faktörleri belirlediğini bulmak için modeller ve teoriler kullanılır. Sağlık eğitiminin hedef kitlesi sosyodemografik sınıflara, etnik veya ırksal geçmişe, yaş grubuna ya da sağlık durumuna göre değişebilir. Her grubun kendi davranışsal belirleyicileri olabilir. Araştırma sonuçlarını klinik uygulamada uygularken bu dikkate alınmalıdır (Glanz vd., 2008).

Thomas, sağlık davranışı teori modellerini bireysel, kişiler arası, kurumsal/toplumsal/sosyal seviyede değerlendirmektedir (Thomas, 2006). Genel kabul görmüş bir model bulunmamasına rağmen, modellerin önemli bir kısmına aşağıda yer verilecektir.

4.4.1. Bireysel Teoriler

Bireyler, sağlık davranışı teorilerine ilişkin araştırma ve uygulamaların temel birimleridir. Bu, bireyin müdahalenin tek veya zorunlu olarak en önemli birimi olduğu anlamına gelmez. Ancak diğer tüm birimler; gruplar, örgütler, işyerleri, topluluklar veya daha büyük birimler, bireylerden oluşur (Glanz vd., 2008, s.41).

Sağlık eğitimcileri, doktorlar, psikologlar, diyetisyenler ve hemşireler de dahil olmak üzere çok çeşit sağlık profesyonelleri, çabalarının neredeyse tamamını bireylerin sağlık davranışlarını değiştirmeye odaklanmaktadır. Sağlık profesyonelleri, etkili bir

şekilde müdahale etmek ve müdahalelerin başarısının nasıl ölçüleceği konusunda bilinçli kararlar vermek için bireylerin sağlık davranışındaki rolünü anlamalıdır. Sonuç olarak, araştırmacılar ve uygulayıcılar, bu teorilerden bazılarını diğer müdahale seviyelerine odaklanan teorilerle birleştirebilirler (Glanz vd., 2008, s.41-42).

Lewin'in ufuk açıcı Alan Teorisi, erken ve en geniş kapsamlı davranış teorilerinden biriydi. Çağdaş sağlık davranış teorilerinin çoğu, Lewin'e büyük borçludur. Davranış değişikliğinin önündeki engellere ve kolaylaştırıcılara odaklanan ve aşamaların varlığını öne süren teorilerin kökenleri Lewinian geleneğinden gelmektedir. 1940 ve 50'li yıllar boyunca araştırmacılar, bireylerin sağlıkla ilgili kararları nasıl aldıklarını ve sağlık davranışlarını neyin belirlediğini öğrenmeye başladılar. 1950'lerde Rosenstock, Hochbaum ve diğerleri, ABD Halk Sağlığı Hizmeti'ndeki kendi bakış açılarından, bireylerin tüberküloz tarama programlarına neden katılıp katılmadıklarını anlamak için öncü çalışmalara başlamıştır. Bu ve ilgili çalışmalar Sağlık İnanç Modeli'nin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Son 20 yıl içerisinde, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarının belirleyicilerini ve olumlu davranış değişikliklerini teşvik etme yollarının anlaşılmasında önemli ilerleme kaydedilmiştir. Hem Sağlık Davranış Teorisi, hem de Nedene Dayalı Eylem Teorisi ve onun arkadaşı olan Planlı Davranış Teorisi'ni içeren değer beklentisi teorileri bu süre zarfında olgunlaşmıştır (Glanz vd. 2008, s.42).

Başlangıçta Prochaska, DiClemente ve diğerlerinin çalışmalarından gelişen ve Değişim Aşamaları Modeli olarak da bilinen Transteorik Model (TTM), 1970'lerin ve 1980'lerin sonlarında geliştirilmiş ve 1990'larda olgunlaşmıştır.

Önleyici etkili ve tedavi rejimlerinin nihai başarısı, bireylerin gerekli davranışları üstlenme ve sürdürme konusundaki isteklerine bağlıdır. Düşük tarama, bağışıklama ve öngörülen tıbbi rejimlere bağlılık oranları göz önüne alındığında, davranış bilimcilerin bireylerin sağlık ile ilgili kararlarını açıklamak ve tahmin etmek için yoğun çaba sarf etmeleri şaşırtıcı değildir. Bu çaba, çok sayıda bireysel düzeyde davranış değişikliği teorisinin geliştirilmesi ve yaygın olarak kullanılmasıyla sonuçlanmıştır.

Bu teoriler tutumlar, inançlar ve beklentiler gibi bilişsel değişkenlerin yanı sıra bunları etkileyen faktörlere odaklanma eğilimindedir. Ayrıca bu teoriler, bireylerin sağlık sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak istediklerini varsaymaları bakımından rasyoneldir. Sağlık davranışı üzerindeki daha geniş etkileri hesaba katan çok düzeyli çerçevelere ve

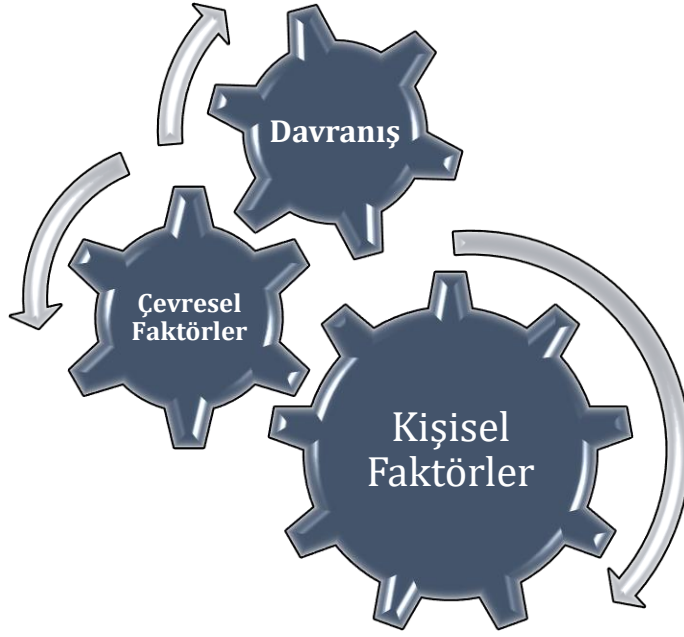
teorilere artan ilgiye rağmen, bireysel düzeydeki teoriler araştırma literatüründe yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu teorilerin ampirik çalışmaya nasıl uygulandığına dair yakından bir inceleme, önemli farklılıklar ortaya koymaktadır. Spektrumun ucunda, çalışmalar bir dereceye kadar teoriler hakkında bilgilendirilir; diğer uçta, çalışmalar teoriyi test eder veya oluşturmaya çalışır.

Bireysel teorilerin süregelen popülaritesi son trendlerde görülebilir. Birincisi, 20. yüzyıl teorileri, 21. yüzyılda yeni yollarla, güncellenerek uygulanmaktadır. Çünkü sağlık davranışı müdahalelerinde elektronik yollar gittikçe artmaya, önem kazanmaya başlamıştır. İkincisi, küreselleşen dünyada yeni iletişim kanallarının artmasıyla, araştırmacılar ve uygulayıcılar bireysel teorileri çok uzaklardaki popülasyonlarda ve ortamlarda bile uygulamaya başlamıştır. Üçüncüsü, bireysel teorilerin kullanımı, birçoğu başlangıçta antimikrobiyal yönetim ve yaşlı yetişkinlerin hareket davranışlarını gibi çeşitli konuları incelemek için geliştirilmiş olan geleneksel sağlık davranışlarının çok ötesine geçmiştir.

Bu başlık altında, yaygın olarak kullanılan bireysel sağlık davranış teorilerinden; Sosyal Bilişsel Teori, Transteorik Model, Sağlık İnanç Modeli, Tüketici Bilgi İşleme Modeli, İletişim-İkna Modeli, Nedene Dayalı Eylem Teorisi, Planlı Davranış Teorisi, Bütünleşik Davranış Teorisi ve Relaps (Nüksetmeyi) Önleme Teorisi'ne yer verilecektir.

4.1.1.1. Sosyal Bilişsel Teori

Sosyal Bilişsel Teori'nin kökenleri 1960'lı yıllarda Albert Bandura tarafından bulunan Sosyal Öğrenme Teorisi'ne dayanmaktadır. 1986 yılında Sosyal Bilişsel Teori'ye dönüşmüştür. Teori, öğrenmenin sosyal bağlamda kişi, çevre ve davranış arasında dinamik ve karşılıklı bir etkileşim ile gerçekleştiğini varsaymaktadır. Sosyal Bilişsel Teori'nin benzersiz özelliği, sosyal etkiye vurgusu ile bunun iç ve dış sosyal takviye üzerindeki vurgusudur (Glanz vd., 2008, s.170).



Şekil 9: Sosyal Bilişsel Teori Modelinin İşleyişi

Sosyal Bilişsel Teori, bireylerin davranışlarını edindikleri ve sürdürdükleri benzersiz yolu dikkate alırken, aynı zamanda bireylerin davranışı gerçekleştirdiği sosyal çevreyi de göz önünde bulundurur. Bir başka ifadeyle, birey davranışlarının, bireyin dış çevresi ile psikososyal özellikleri ve algıları arasındaki sürekli etkileşimin bir sonucu olduğunu varsayar. Sosyal Bilişsel Teori, çevreyi sadece davranışları güçlendiren veya cezalandıran bir değişken olarak değil, aynı zamanda bir bireyin başkalarının davranışlarını izleyebileceği ve bu davranışların sonuçlarını öğrenebileceği bir ortam sağlayan bir değişken olarak görmektedir. Gözlemsel öğrenmeyi yöneten süreçler şunları içermektedir (Thomas, 2006, s.68):

- **Dikkat** – Dikkat çekmek ve sürdürmek.
- **Akılda Tutma** – Hatırlanmak.
- **Yeniden üretim** – Gözlemlenen davranışı yeniden üretmek.
- **Motivasyon** – Davranışı üretmek için uyarılmak.

Teori, davranışsal eylemin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini etkileyen bir kişinin geçmiş deneyimlerini hesaba katar. Bu geçmiş deneyimler, bir kişinin belirli bir davranışta bulunup bulunmayacağını ve bir kişinin bu davranışta bulunma nedenlerini şekillendiren takviyeleri, umut ve beklentileri etkiler (Thomas, 2006, s.68).

Sosyal Bilişsel Teori'ye dâhil edilen birçok yapı bulunmaktadır. Teori, davranış değişikliğini sağlamak için beklentileri, öz yeterliliği aşıl原因arak ve gözlemsel öğrenmeyle diğer pekiştiricileri (takviyeleri) kullanarak sosyal destek fırsatları sunmaktadır.

Öz yeterlilik (yapabilirim) bunlardan biridir ve birçok davranış (Örneğin, yüksek riskli davranışlardan kaçınan gençler veya partnerleriyle kondom kullanımı konusunda pazarlık yapan kadınlar). (Parvanta ve diğer., 2011, s. 153)

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kullanılan birçok davranış teorisi davranışın sürdürülmesini dikkate almaz, daha çok davranışı başlatmaya odaklanır. Bu istenmeyen bir durumdur çünkü halk sağlığında gerçek amaç sadece davranışın başlatılması değil, aynı zamanda davranışın devamını sağlamaktır. Sosyal Bilişsel Teori'nin amacı, zaman içinde sürdürülebilecek hedefe yönelik davranışa ulaşmak için insanların davranışlarını kontrol ve takviye yoluyla nasıl düzenlediklerini açıklamaktır. Aşağıda belirtilen ilk beş yapı Albert Bandura'ya ait Sosyal Öğrenme Teorisi'nin bir parçası olarak geliştirilmiştir. Teori, Sosyal Bilişsel Teori'ye dönüştüğünde ise öz-yeterlilik yapısı da eklenmiştir. (Glanz vd., 2008, s.170-171).

- 1) **Karşılıklı Determinizm:** Bu, kişinin (bir dizi öğrenilmiş deneyime sahip birey), çevrenin (dış sosyal bağlam) ve davranışın (hedeflere ulaşmak için uyaranlara verilen yanıtlar) dinamik ve karşılıklı etkileşimini ifade eder.
- 2) **Davranış Kabiliyeti:** Bu, bir kişinin temel bilgi ve beceriler aracılığıyla bir davranışı gerçekleştirme konusundaki gerçek yeteneğini ifade eder. Bir davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirmek için, kişinin ne yapacağını ve nasıl yapacağını bilmesi gerekir.
- 3) **Gözlemsel Öğrenme (Modelleme):** İnsanların başkaları tarafından gerçekleştirilen bir davranışa tanık olup gözlemleyebileceğini ve ardından bu eylemleri yeniden üretebileceğini ileri sürer. Bu genellikle davranışların "modellenmesi" yoluyla sergilenir. Bireyler bir davranışın başarılı bir şekilde gösterildiğini görürlerse, aynı zamanda davranışı da başarıyla tamamlayabilirler.
- 4) **Takviyeler:** Bir kişinin davranışına, davranışı sürdürme veya devam ettirmeme olasılığını etkileyen iç veya dış tepkileri ifade eder. Takviyeler olumlu veya olumsuz olabilir, kendi kendine başlatılabilir veya çevresel

olabilir. Bu, davranış ve çevre arasındaki karşılıklı ilişkiye en yakından bağlı olan Sosyal Bilişsel Teori yapısıdır.

- 5) **Beklentiler:** Bir kişinin davranışlarının beklenen sonuçlarını ifade eder. Beklentiler sağlıklı ilgili olabilir veya olmayabilir. İnsanlar davranışta bulunmadan önce eylemlerinin sonuçlarını tahmin ederler ve bu beklenen sonuçlar davranışın başarılı bir şekilde tamamlanmasını etkileyebilir. Beklentiler, bir taraftan büyük ölçüde önceki deneyimlerden kaynaklanırken, diğer taraftan sonuca yerleştirilen ve bireye göre öznel olan değerlere odaklanır.
- 6) **Öz-Yeterlilik:** Bir kişinin bir davranışı başarıyla gerçekleştirme yeteneğine olan güven düzeyini ifade eder. Öz-yeterlilik, Sosyal Bilişsel Teori'ye özgüdür ve bir kişinin özel yeteneklerinden, diğer bireysel faktörlerden ve çevresel faktörlerden (engeller ve kolaylaştırıcılar) etkilenir.

Sosyal Bilişsel Teori'nin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarında kullanılırken birkaç sınırlaması bulunmaktadır. Modelin sınırlamaları aşağıdaki gibidir:

- Teori, ortamdaki değişikliklerin otomatik olarak kişide değişikliklere yol açacağını varsayar. Oysa bu her zaman doğru olmayabilir.
- Teori, yalnızca kişi, davranış ve çevre arasındaki dinamik etkileşime dayalı olarak, basit bir şekilde düzenlenmiştir. Bu faktörlerden her birinin gerçek davranışa ne ölçüde dönüştüğü ve birinin diğerinden daha fazla etkili olup olmadığı belirsizdir.
- Teori, ağırlıklı olarak öğrenme süreçlerine odaklanır ve bunu yaparken, geçmiş deneyim ve beklentilerden bağımsız olarak, davranışları etkileyebilecek biyolojik ve hormonal yatkınlıkları göz ardı eder.
- Teori, geçmiş deneyime atıfta bulunmak dışında, duygu ve motivasyona odaklanmaz. Bu tür faktörlere çok az dikkat edilir.
- Teorinin kapsamı geniş olabilir. Bu nedenle bütünüyle operasyonel hale getirmek zor olabilir.

Sosyal Bilişsel Teori, bireylerin davranış değişikliğini ele alırken, Sosyal Ekolojik Model'in birçok aşamasını da dikkate alır. Son yıllarda bireye ve çevreye verilen önemin artması ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinde çevrenin önemli bir odak noktası hale gelmesiyle Sosyal Bilişsel Teori'nin kullanımını yaygın hale gelmiştir. Diğer

teorilerde olduğu gibi Sosyal Bilişsel Teori'nin tüm yapılarının tek bir halk sağlığı sorununa uygulanabilirliği, özellikle de odaklanmış halk sağlığı programlarının geliştirilmesinde kullanılması zor olabilir.

Tablo 2: Sosyal Bilişsel Teori

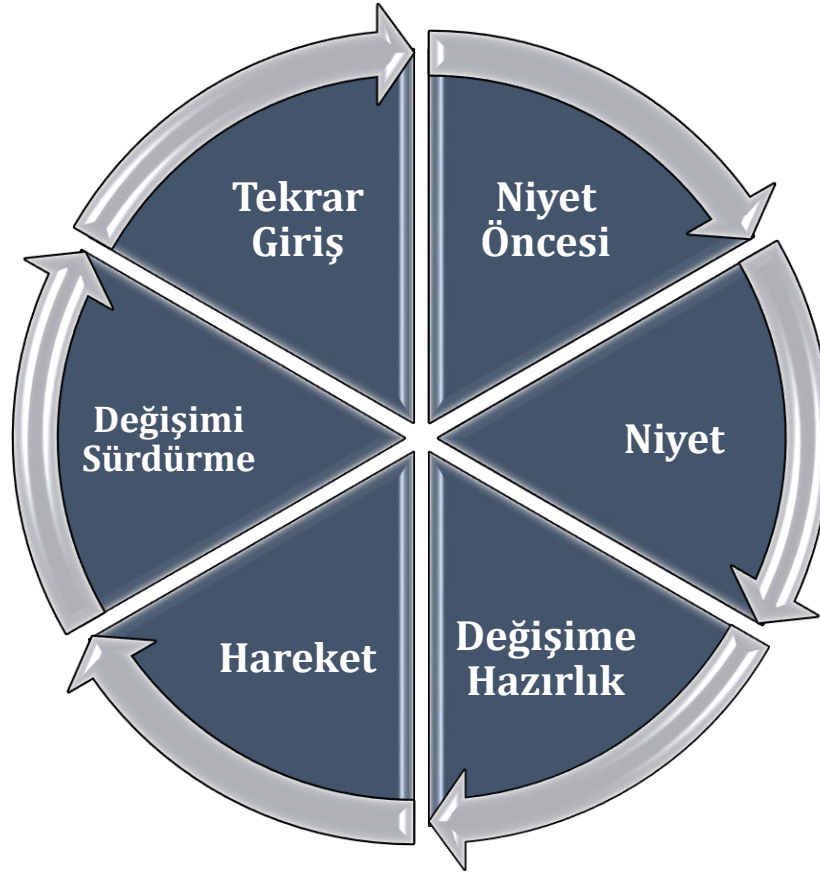
Anlayış	Tanım	Potansiyel Değişim Stratejileri
Karşılıklı Determinizm	Kişinin, davranışın ve davranışın gerçekleştiği çevrenin dinamik etkileşimi	Ortamda ayarlamalar yapmak veya kişisel tutumları etkilemek dahil olmak üzere, davranış değişikliğini teşvik etmenin birçok yolunu düşünün
Davranış Kabiliyeti	Belirli bir davranışı gerçekleştirmek için bilgi ve beceri	Beceri eğitimi yoluyla daha ustalık seviyesinde öğrenmeyi teşvik edin
Beklentiler	Bir davranışın beklenen sonuçları	Sağlıklı davranışın olumlu sonuçlarını modelleyin
Öz Yeterlilik	Kişinin harekete geçme ve engelleri aşma becerisine duyulan güven	Başarıyı garantilemek için davranış değişikliğine küçük adımlarla yaklaşın; istenen değişiklik hakkında net olun
Gözlemsel Öğrenme (Modelleme)	Başkalarının davranışlarının eylem ve sonuçlarını izleyerek gerçekleşen davranışsal edinim	Hedeflenen davranışı gerçekleştiren güvenilir rol modeller sunun
Takviyeler	Tekrarlama olasılığını artıran veya azaltan bir kişinin davranışına verilen yanıtlar	Kendi kendini ödüllendirme ve teşvik etme konusunda destek ver

Sosyal Bilişsel Teori, farklı ortamlarda ve topluluklarda teorik bir çerçeve olarak kullanılabilir. Sıklıkla davranış değişikliği müdahalelerine rehberlik etmek için kullanılmaktadır. Kırsal topluluklarda, bireylerin çevreleriyle nasıl etkileşime girdiğini incelemek amacıyla özellikle yararlı olabilir. Sosyal Bilişsel Teori ayrıca, sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve bir kişinin geçmiş deneyimlerinin davranış değişikliği üzerindeki etkisini anlamak için kullanılabilir.

4.4.1.2. Transteorik Model (Değişim Aşamaları Modeli)

Transteorik Model, “Değişim Aşamaları Modeli” olarak da adlandırılan, Prochaska ve DiClemente (1983) tarafından geliştirilmiş döngüsel bir modeldir. Bu model, bireylerin davranışlarını değiştirmeye karar verme ve ardından değiştirme aşamalarında belirli bir değişim aşamalarından geçtiğini belirtir (Glanz vd., 2008, s.98).

Teorinin temel önermesi, davranış değişikliğinin bir olay değil bir süreç olduğudur. Dahası, bireylerin değişim için çeşitli motivasyon veya hazırlık düzeylerinde oldukları kabul edilir. Modele göre insanların değişime ne kadar duyarlı oldukları, buldukları aşamaya bağlıdır. Bir bireyin mevcut aşamasını bilmek, uygulayıcıların gerçekçi bir program hedefi belirlemesine olanak tanır. Mesajları, stratejileri ve programları uygun aşamaya uyarlamak mümkündür (Thomas, 2006, s.66).



Şekil 10: Prochaska ve DiClemente'den Uyarlanan Transteorik Model (1983)

Model bireylerde büyük değişimler yapmak yerine, hayatlarının belirli aşamalarında davranışlarını değiştirdiklerini; değişime farklı aşamalarda hazır olduklarını ve değişim sürecinde bir dizi aşamadan geçtikleri öncülüne dayanmaktadır. Şekil 10'dan da görüleceği üzere; insanlar sırasıyla niyet öncesi (değişime hazır değil), niyet (değişmeyi düşünme), hazırlık (değişime hazırlanma), hareket (değişim yapma), sürdürme (değişime devam etme) ve başa dönme (değişimi terk etme ve eski davranışlara geri dönme) aşamalarını izlemektedirler (Brug vd., 2005).

Modelin doğrusal değil, dairesel bir model olduğuna dikkat etmek önemlidir. Bireyler herhangi bir noktadan girip çıkabilir ve model üzerinden geri dönüş yapabilir. (Thomas, 2006, s.66).

Tablo 3: Transteorik Model'in Aşamalarına Dair Örnek

Aşama	Açıklama
Niyet Öncesi	Hareketsiz ve hareketsiz olma konusunda herhangi bir risk algılamayan bir kişi, henüz davranışlarını değiştirmeye hazır olmadıkları için Transteorik Model'in niyet öncesi (ön düşünme) aşamasında olacaktır. Onlar hareketsiz kalmada herhangi bir zarar görmezler.
Niyet	Hareketsiz, ancak hareketsiz olmanın risklerinin farkında olan ve belki de egzersizin faydalarını veya eksilerini düşünen bir kişi niyet aşamasında olacaktır.
Hazırlık	Hareketsiz olan fakat fitness derslerine kaydolmak için spor salonuna giden veya işe gitmek için araç kullanmak yerine kendine bir yürüyüş rotası planlayan biri, değişime hazırlık aşamasında olacaktır.
Hareket	Bir süredir düşündüğü ve planladığı gibi egzersiz yapmaya başlayan kişi, hareket (eylem) aşamasında olacaktır.
Sürdürme	Kişi bu davranışı gerçekleştirdikten sonra (genellikle 6 ay veya daha uzun süre) sürdürme aşamasında olur.
Tekrar Giriş	Kişi, bu aşamaların herhangi birinde bu döngüden kopabilir. Belki de bu kopuş gerçekleşmeden evvel birkaç hafta egzersiz de yaptılar. Bu aşamada kişi döngünün başka bir aşamasına geri döner.

Kaynak: Cornocan, 2007, s.19.

Bireyler süreç boyunca farklı aşamalarda olabilir. Bu nedenle durumlarına göre iletişime geçilir ve farklı müdahaleler yapılır. Örneğin; niyet öncesi aşamada sigara içenlerin önümüzdeki 6 ay içerisinde sigara içmeyi bırakma niyetlerinin olmadığı bir durumda, söz konusu bağımlıların nikotin bantları gibi sigarayı bırakmaya yardımcı olabilecek araçlar hakkında bilgilendirilmeleri, sigarayı bırakmaları açısından pek de etkili olmayacaktır. Diğer taraftan, söz konusu bağımlılar önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı amaçlıyorlarsa, bu kişileri olumlu bir şekilde bilgilendirerek bu amacı pekiştirmek daha etkili olacaktır. (Parvanta ve diğer., 2011, s. 153)

Davranış değişikliği aşamalarının açıklamaları ve uygun sağlık iletişimi, eğitimi ve müdahale stratejilerine dair bir başka örneğe Tablo 4'te yer verilmiştir.

Tablo 4: Transteorik Model'in Aşamalarına ve Potansiyel Değişim Stratejilerine Dair Örnek

Aşama	Tanım	Potansiyel Değişim Stratejileri
Niyet Öncesi	Önümüzdeki 6 ay içerisinde herhangi bir aksiyon alma niyeti yok.	Değişim ihtiyacı, riskler ve faydalara ilişkin bilgiler konusunda farkındalığı arttırın.
Niyet	Önümüzdeki 6 ay içerisinde harekete geçmeyi planlıyor.	Motive edin; belirli planlar yapmayı teşvik edin.
Hazırlık	Önümüzdeki 30 gün içerisinde harekete geçmeyi planlıyor ve bu yönde bazı davranışsal adımlar attı.	Somut eylem planlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına yardımcı olun; kademeli hedefler koymaya yardımcı olun.
Hareket	6 aydan daha kısa bir sürede davranışını değiştirdi.	Geri bildirim, problem çözüme, sosyal destek ve pekiştirme konusunda yardımcı olun.
Sürdürme	6 aydan uzun bir süredir davranışını değiştirdi.	Başa çıkma, hatırlatıcılar, alternatifler bulma, tekrarlamalardan kaçınma konusunda yardımcı olun.

Kaynak: National Cancer Institute. (2005). *Theory at a Glance, A Guide for Health Promotion Practice*, (2. Baskı). NIH Publication, No. 05-3896, s.15.

Transteorik Model'in kullanım alanı kapsamlıdır. Model, müdahale programlarının hedeflenmesinde ve bilgilerin uygun değişim aşamalarına uyarlanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Kidd ve diğerleri (2003) yaptıkları araştırmada, Transteorik Model'in bir müdahale etkinliği ve uzun vadeli etkinliği incelerken kesinlik sağlayabileceği sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca modelin, basit, güçlü, anlaşılabilir ve pratik bir model olduğu da belirtilmiştir (Brug vd., 2005). Transteorik Model'in uygulayıcılar için en çekici yönlerinden biri de basitliğidir. Başlangıçta sigara müdahaleleri için tasarlanmış olmasına rağmen, son zamanlarda meyve ve sebze tüketimini teşvik etme (Ruud vd., 2005), yaralanmaları önleme (Kidd vd., 2003) ve fiziksel aktivite (Marshall ve Biddle, 2001) gibi alanlarda kullanılmaktadır.

Transteorik Model'e yöneltilen bir takım eleştirilere aşağıda yer verilmiştir. (LaMorte, 2009).

- Teori, değişimin meydana geldiği sosyal şartları görmezden gelmektedir.
- Modele göre, aşamalar arasındaki çizgiler, bir kişinin değişim aşamasının nasıl belirleneceğine dair net kriterler olmaksızın, keyfi olarak belirlenebilir. Örneğin, bir kişiyi bir değişim aşamasına atamak için geliştirilen anketler, her zaman standartlaştırılmaz veya doğrulanamaz.

- Her aşama için ne kadar zamana ihtiyaç duyulduğu veya bir kişinin bir aşamada ne kadar kalabileceği konusunda net bir tanım yoktur.
- Model, bireylerin karar verme süreçlerinde her daim tutarlı ve mantıklı planlar yaptıklarını varsaymaktadır.

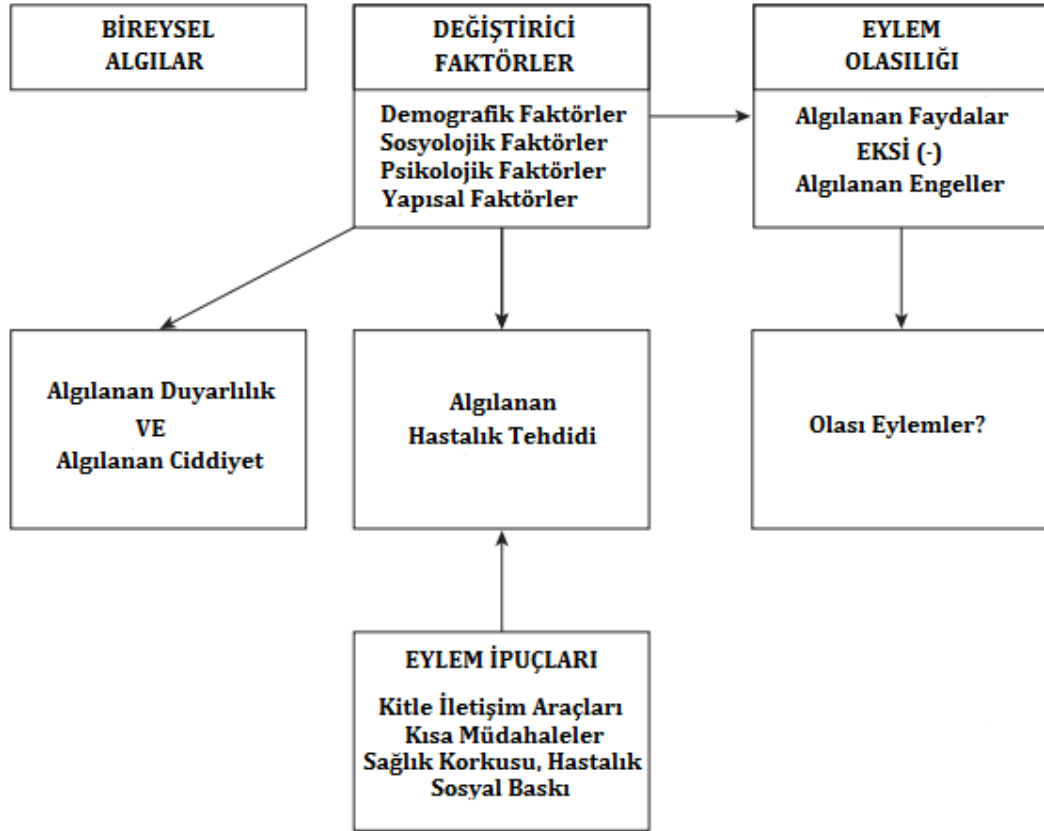
Transteorik Model, karar alma sürecinin çeşitli aşamalarında insanlara hitap etmeye yönelik halk sağlığı müdahaleleri için stratejiler önerir. Bu, uyarlanmış ve etkili müdahalelerle sonuçlanabilir. Transteorik Model, bir bireyin mevcut değişim aşamasının değerlendirilmesini teşvik eder ve insanların karar verme sürecindeki tekrarlamayı açıklar.

4.4.1.3. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, 1950'lerin başında ABD Halk Sağlığı Hizmetindeki sosyal bilimciler tarafından, insanların hastalığı erken teşhisi için hastalık önleme stratejileri veya tarama testlerini benimsemelerindeki başarısızlıklarını anlamak ve hastalıkları tespit etme programlarına katılmamalarını açıklamak için geliştirilmiştir. Sonraki kullanımları ise hastaların semptomlara tepkileri ve tıbbi tedavilere uymaları için olmuştur. (Glanz vd., 2008, s.46).

Ortaya çıkış şekli olarak sosyal psikologlar tarafından kamuda kimlerin aşılacağını planlamak için oluşturulmuş bir modeldir. Bu model, insanların sağlık davranışlarını ne zaman değiştireceğini anlamamıza yardımcı olacak bir yol gösterir. Gelişen sağlık teknolojisi ve sağlık iletişimi bilimiyle birlikte bu modelin kullanım alanı genişletilmiştir. Diğer davranış teorileriyle birleştirilerek kullanılmaya başlamıştır. Son 25 yıldır sağlık inanç modeli önleyici sağlık, hastalık, sağlık taramasında kullanılmaktadır (Abraham ve Sheeran, 2015).

Becker (1974), Rosenstock'un (1966) çalışmasından Sağlık İnanç Modeli'ni geliştirmiştir. Bu model bireysel davranış değişikliğini değerlendirmek veya etkilemek için bir model olarak kullanılabilir. Şekil 11, Sağlık İnanç Modeli'ni göstermektedir.



Şekil 11: Rosenstock vd. (1998) Uyarlanan Sağlık İnanç Modeli

Model, bir bireyin davranışının, bireyin kendisini ne kadar savunmasız olarak gördüğü temel alınarak tahmin edilebileceğini öngörmektedir. Sağlık İnanç Modeli’nde bahsi geçen “savunmasızlık”, risk (algılanan duyarlılık) ve sonuçların ciddiyeti aracılığı ile ifade edilmektedir. Bir karar alınmadan evvel bu iki savunmasızlık değişkeninin dikkate alınması gerekir. Bu, bir kişinin bir davranışı gerçekleştirirken o davranışın maliyetlerini/faydalarını veya artılarını/eksilerini tartması gerektiği anlamına gelir. Örneğin; bir hastalığa yakalanma konusunda kendilerini ne kadar “duyarlı” hissettikleri, kabakulak olmanın sonuçlarının ne kadar “ciddi” olduğu veya bir yaralanmaya ne kadar “duyarlı” oldukları veyahut koruyucu ekipman olmadan bisikletten düşmenin ne kadar “şiddetli” olacağı gibi. İşte bir kişinin sağlığı geliştirici (veya zarar verici) davranışı gerçekleştirme kararı, bu “tartma” sürecinin sonucuna bağlı olacaktır (Abraham ve Sheeran, 2015).

Davranışın tahmin edilmesini sağlamak için, Sağlık İnanç Modeli'ne öz yeterlik de eklenir. Öz yeterlik, bir kişinin bir davranışı gerçekleştirme becerisine dair algılanan güvenidir (Lin vd., 2005).

Sağlıklı İnanç Modeli'nde, bir davranış değişikliğinin meydana gelmesi için gerçekleşmesi gereken dört faktör bulunmaktadır:

1. Kişinin davranışını değiştirmesi için teşvike sahip olması gerekir.
Örneğin, bir kişinin yeni doğmuş bir bebeğinin yanında sigara içmeme arzusu, o kişinin sigarayı bırakması için bir “teşvik” olabilir.
2. Kişi, mevcut davranışını sürdürmesinin bir risk olduğunu hissetmelidir.
Örneğin, sıtma riskinin yüksek olduğu bölgelerde önleyici tedbir olarak sıtma ilacı kullanmayan bir kişi, kendisini sıtma hastalığına yakalanma “riski” ile karşı karşıya bırakacağını hissedecektir.
3. Kişi, değişimin faydaları olacağına inanmalıdır ve bunların engellerden daha ağır basması gerekir.
Örneğin, bir kişi için bisiklet kaskı takmak faydalı olsa da, o kişi bisikletten düşmesi durumunda ciddi bir kafa travması geçirme ihtimalinin düşük olduğuna inanabilir. Ayrıca gün boyunca o kaskı takmak zahmetli olduğundan bu, o kişi için bir engeldir. Bir değişikliğin yapılması için “faydalar”, “engellerden” ağır basmalıdır.
4. Kişi, davranışlarında değişiklik yapmak için öz yeterliğe sahip değildir.
Örneğin, bir kişi kilo vermek için yağlı yiyecek alımını azaltma iradesine ve bunu yapabilecek öz yeterliğe sahip olduğuna inanmalıdır.

Sağlık İnanç Modeli ayrıca, davranış değişikliği sürecini harekete geçirmek için bir “harekete geçme işareti” olduğunu öne sürer. Bu, bir kişinin arkadaşıyla konuşması veya televizyon programı izlemesi sonucu gerçekleşebilir. Bununla birlikte, bu işaretin dikkat çekici veya alakalı olması gerekir (Naidoo ve Wills, 2000, s.225).

Sağlık İnanç Modeli, davranış değişikliği için önemli olan “değiştirici faktörleri” de dikkate alır. Bunlar, bir kişinin hastalığın ciddiyetini, tehditlerini ve duyarlılığını nasıl algıladığını etkileyen; demografik değişkenler, sosyolojik değişkenler, psikolojik değişkenler ve yapısal değişkenleri içerir. Yaş, cinsiyet, akran baskısı veya hastalıkla

önceden temas gibi faktörler de karar verme sürecini etkilemektedir (Abraham ve Sheeran, 2015).

Sağlık inanç modeli, sağlık alanında bireysel sağlık davranışlarını, özellikle de ücretsiz tüberküloz tarama programları gibi halk sağlığı hizmetlerine katılmaya yönelik bireysel kararları açıklayan ilk modellerden biri olmuştur (Parvanta ve diğer., 2011, s. 152).

Sağlık inanç modeli beş unsurdan oluşmaktadır. Kişinin hastalığa yakalanabileceğini düşünmesi algılanan duyarlılık olarak ilk faktörü oluşturmaktadır. Hastalığın tedavi süreci ve sonuçlarının ciddiyetinin değerlendirilmesi algılanan ciddiyet faktörü olarak ikinci aşama olmaktadır. Üçüncü aşama ise algılanan faydadır. Kişi burada hastalığı önlemenin riski nasıl düşüreceğini ve ne gibi yararlar sağlayacağını değerlendirmektedir. Dördüncü aşama ise algılanan engel veya maliyettir. Buna göre kişi önerilen önleme yönteminin oluşturacağı psikolojik ve fizyolojik zorlukları değerlendirmektedir. Sonuncu aşama ise eylem ipuçları ve özyeterlilikdir. Kişi bu aşamada motivasyonunu arttıracak eylem ve davranışları belirler. Harekete geçmedeki öz yeterliliğini sorgular (Glanz vd., 2008, s.49).

Sağlık İnanç Modeli, özellikle ergenler ve gençler için müdahaleler geliştirirken, genellikle kendilerini riske karşı savunmasız hisseden yetişkinler için son yıllarda gözden düşmüş durumdadır. Bununla birlikte, özellikle ileri yaştaki insanlar için müdahalelerin geliştirilmesinde yeniden yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Bu model ve modelden gelen unsurlar (özellikle algılanan engeller, algılanan duyarlılık), önleyici sağlık davranışlarını (Naidoo ve Wills, 2000) ve hasta rol davranışlarını (Janz ve Becker, 1984) tahmin etmek için kullanılmıştır. Son zamanlarda SARS (Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu) (Wong ve Tang, 2005), cinsel davranışlar ve risk almayı önlemek için ergen sağlığı davranışlarını (Lin vd., 2005), toplu taşıma araçlarını kullanma davranışlarını (Mullbery Research and Consulting Group, 2004), BSE (deli dana hastalığı) riski ve beslenme davranışları (Weitkunat vd., 2003), aşılama davranışı (De Wit vd., 2005) ve koronavirüs enfeksiyonu riski (Costa, 2020) gibi birçok araştırmada kullanılmıştır.

Sağlık İnanç Modeli'nin halk sağlığındaki kullanımının sınırlı olduğuna ilişkin çeşitli eleştirileri bulunmaktadır (LaMorte, 2019). Modele yöneltilen eleştiriler aşağıdaki gibidir:

- Bir kişinin bir sağlık davranışını kabul etmesini dikte eden bir anlayış, o kişinin tutumlarını, inançlarını veya diğer bireysel belirleyicilerini hesaba katmaz.
- Alışılmış davranışları hesaba katmamaktadır.
- Sosyal kabul edilebilirlik gibi sağlıkla ilgili olmayan nedenlerle gerçekleştirilen davranışları hesaba katmamaktadır.
- Önerilen eylemi teşvik edebilecek ya da yasaklayabilecek çevresel veya ekonomik faktörleri hesaba katmamaktadır.
- Herkesin hastalık hakkında eşit miktarda bilgiye erişimi olduğunu varsaymaktadır.
- İnsanların harekete geçmeye teşvik etmede eylem ipuçlarının yaygın olduğunu ve karar verme sürecinde “sağlık” eylemlerinin ana hedef olduğunu varsaymaktadır.

Diğer taraftan, Sağlık İnanç Modeli, tanımlayıcı olmaktan çok açıklayıcıdır ve sağlıkla alakalı eylemleri değiştirmek için bir strateji önermemektedir. Önleyici sağlık davranışlarında, erken araştırmalar şunu göstermiştir; algılanan duyarlılık, faydalar ve engeller istenen sağlık davranışı ile sürekli olarak ilişkilendirilirken, algılanan ciddiyet istenen sağlık davranışı ile daha az ilişkilendirilmiştir. İlgili sağlık sonucuna bağlı olarak bireysel yapılar yararlıdır, ancak modelin en etkili kullanımı için çevresel bağlamı hesaba katan ve değişim strateji öneren diğer modellere entegre edilmelidir.

Aşağıda ABD’de kullanılan bir Sağlık İnanç Modeli örneğine yer verilmiştir.

Tablo 5: ABD’de Kalın Bağırsak Kanseri Taramasında Kullanılan Sağlık İnanç Modeli Örneği

Amerikan Kanser Derneği, kalın bağırsak kanseri gelişimi için ortalama risk altındaki kadın ve erkeklere, 50 yaşından itibaren tarama testlerinden birini kullanmasını önermektedir. Bu testler, hem polipleri bulmak için hem de kanseri erken teşhis etmek için kullanılmaktadır.

Polip ve kanseri bulan testler:

- Her 5 yılda bir esnek sigmoidoskopi
- Her 10 yılda bir kolonoskopi
- Her 5 yılda bir çift kontrastlı baryum lavmanı
- Her 5 yılda bir sanal kolonoskopi

Esas olarak kanseri bulan testler:

- Her yıl dışkıda gizli kan testi
- Her yıl dışkı immünokimyasal testi
- Dışkı DNA testi (sDNA)

Kalınbağırsak kanserini taramak için kolonoskopi yaptıрма kararını etkileyebilecek bir dizi varsayımsal faktör:

- **Algılanan Duyarlılık:** Kanser gelişimi için kişisel risk; aile geçmişine dayalı kalın bağırsak kanseri veya herhangi bir kanserle ilgili özel endişeler.
- **Algılanan Ciddiyet:** Çoğu insan herhangi bir kanser türünün çok kötü olduğuna inanır. Pek çok insan da kalın bağırsak kanserinden ölen birini tanıyor.
- **Müdahalelerin Algılanan Faydaları:** Kolonoskopi ile ilgili önemli bir mesaj, erken bir aşamada yakalanırsa poliplerin çıkarılacağı ve kanser olasılığının neredeyse ortadan kalkacağıdır. Bir diğer önemli faydası da polip bulunmayan ve ek bir riski olmayan biri için testin her 10 yılda bir yapılmasıdır.
- **Müdahalenin Algılanan Engelleri veya Maliyetleri:** Prosedürü karşılayacak sigorta; güvenilir hekim; lavman temizliği; işgünü kaybı; eve ulaşım; prosedür korkusu (anestezi, acı duyma) ve erkeklerin çoğu için rektal prosedürün hoş olmayan algıları.
- **Davranış Değişikliğini Harekete Geçirmek İçin İpuçları:** Afroamerikalılar arasında kalın bağırsak kanserinden ölenlerin daha yüksek oranda olduğunu vurgulayan genel mesajlar, kalın bağırsak kanseri programlarına katılımlarını teşvik etmek için kullanılıyor.
- **Davranışını Gerçekleştirmek İçin Öz Yeterlilik:** Randevuyu ayarlamak ve organize etmek, öz yeterlilik için birincil endişedir. Bu durumu ve daha evvel listelenen engelleri aşmak için bazı programlar, yapılması gerekenleri tartışmak ve randevu almayı kolaylaştırmak için “hasta yönlendiricileri” kullanır.

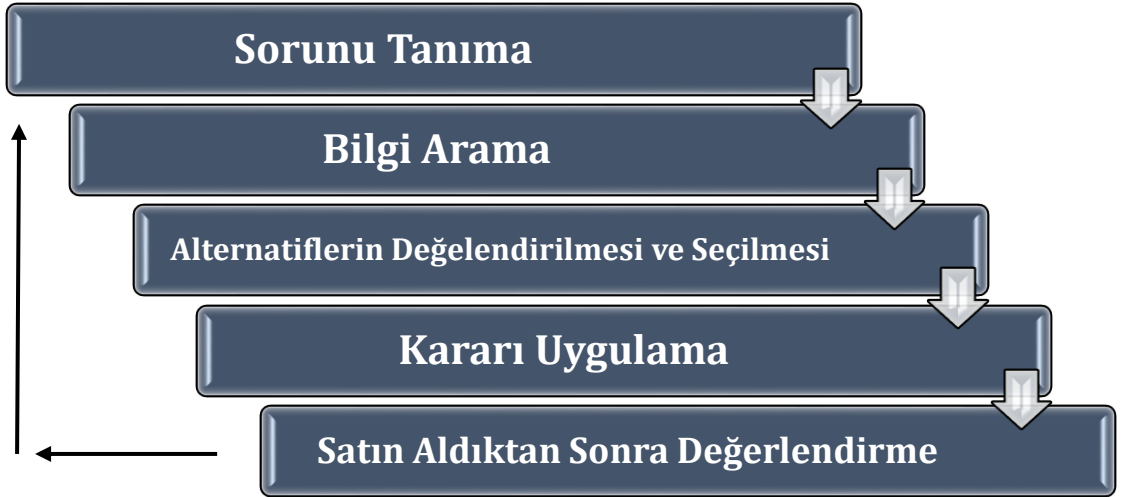
Kaynak: American Cancer Society. Guidelines for the Early Detection of Cancer. Webpage. Available at: http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp?sitearea=PED. Accessed January 10, 2010.

4.4.1.4. Tüketici Bilgi İşleme Süreci Modeli

Tüketici Bilgi İşleme Süreci Modeli, sağlık iletişimi alanına uygulanmak veya sağlık ile ilgili davranışları araştırmak amacıyla geliştirilmemiştir fakat sağlık alanında kullanıldığında yararlı sonuçlar sağladığı görülmektedir (Thomas, 2006, s.67).

Bilgi, sağlık eğitimi için önemli bir araçtır. Ayrıca sağlık konusundaki kararların verilmesinde de temel bir hareket noktasıdır (Thomas, 2006, s.67). Bilginin aktarılması, bireylerin bilgi tercihlerine, kendilerine verilen bilgi miktarına ve türüne bağlı olarak endişelerini artırabilir veya azaltabilir. Bu nedenle aktarılan bilginin birey tarafından ne şekilde işleneceği de önem kazanmaktadır.

Bettman'ın 1979 yılında geliştirdiği Tüketici Bilgi İşleme Modeli, bireylerin elde edip kullanabilecekleri iletişim miktarının sınırlı olduğunu varsaymakta, bir kişinin enformasyonu elde etmesi ve değerlendirmesinin o kişinin motivasyonu, dikkati ve algısı tarafından etkilendiğini hatırlatmaktadır. Karar verme araştırmalarının neticelerine göre, daha fazla enformasyonun her zaman için karar vermeyi sağlayamayabileceği görüşünü vurgulamaktadır (Uhring vd., 2006, s.701).



Şekil 12: Tüketici Bilgi İşleme Süreci Modeli (Okay, 2014, s.88)

Bu adımlar tek tek ele alındığında, ortaya aşağıdaki açıklamalar çıkmaktadır (Okay, 2014, s.88-89):

- 1) **Sorunu Tanıma:** Tüketici bilgi işleme süreci, tüketicinin bir sorunu veya ihtiyacı tanıması, bunun farkına varmasıyla birlikte başlar. Sağlık davranışına

uygun bir örnek olarak, kişinin çocuğunun olmaması ve bunu bir sorun olarak görmesi verilebilir.

- 2) **Bilgi Arama:** Kişi durumu, sorunu keşfettiğinde bununla ilgili daha fazla bilgi edinme ihtiyacı içerisinde olur ve araştırma, bilgi aramaya başlar. Kişi, çocuğu olmadığına farkına vardığından sonra, bunun nedenleri hakkında bilgi aramaya başlar. Kısırlığa neden olabilecek etkenleri araştırır. İnternet üzerinden araştırma yaparak kısırlık konusunda çalışan bir kadın doğum uzman ile görüşmeye başlar.
- 3) **Alternatiflerin Değerlendirilmesi ve Seçilmesi:** Bu aşamada kişi artık farklı alternatiflerle karşı karşıyadır. Bunların arasından kendisine en uygununu seçerek, kendine bir çözüm üretmeye çalışır. Örnekteki kişi, burada uzun süreli bir tedavi veya tüp bebek yöntemlerini değerlendirerek kendisine uygun olanını seçebilir.
- 4) **Kararı Uygulama:** Alternatifler değerlendirilip çözümlerden birisi belirlendikten sonra bu karar uygulamaya konulur. Kişinin tüp bebek tedavisine karar vererek uygulaması buna örnek olarak gösterilebilir.
- 5) **Satın Aldıktan/Uyguladıktan Sonra Değerlendirme:** Model, klasik tüketim zinciri için geliştirildiğinden ötürü, son aşama “satın aldıktan sonra değerlendirme” şeklinde tanımlanmıştır. Ancak, sağlık konusunda “uygulandıktan sonra değerlendirme” ifadesi daha doğru olacaktır. Burada yapılan, ürünü aldıktan sonra o ürünün sağladıkları hakkında bir değerlendirmenin yapılmasıdır. “Alınan ürün ihtiyacı karşılamış mıdır?” ve “Kişi tatmin olmuş mudur?” sorularının cevabı verilir. Kısırlık örneğindeki tüp bebek uygulaması için bu adım düşünülecek olursa, kişinin hamile kalıp çocuğunu doğurması durumunda sorunu çözüldüğü için bir sorun oluşmaz. Ancak kişi bu yöntemle hamile kalamadıysa, tekrar bir araştırma süreci veya farklı bir yöntem uygulama aşamasına geçebilir.

Sağlık eğitimcileri, Tüketici Bilgi İşleme Süreci Teorisi'nin temel kavramlarını ve süreçlerini anlayarak, insanların neden sağlık bilgilerini kullandığını veya kullanmadığını inceleyebilir ve sonra daha etkili iletişim stratejileri tasarlayabilir. Teori, rasyonel ve motivasyonel fikirlerin bir kombinasyonunu yansıtmaktadır. Bilginin kullanımı entelektüel bir süreçtir; ancak motivasyon, bilgi arayışını ve insanların buna ne kadar önem verdiklerini yönlendirir (Thomas, 2006, s.67).

4.4.1.5. İletişim-İkna Modeli

İletişim-İkna Modeli, sağlık alanındaki diğer teorik modellerden farklıdır ve daha ziyade reklamcılık alanında kullanılır. İletişim-ikna modeli, özellikle kitle iletişim araçlarının kullanımında halk sağlığı iletişimine rehberlik etmiştir. Bu da onu, geleneksel olarak küçük ölçekli, risk altındaki popülasyonlara odaklanan diğer sağlığı geliştirme modellerinden farklı kılmaktadır (McGuire, 1976 ve 2001).

İletişim-İkna Modeli, çeşitli şekillerde kullanılmıştır. Örneğin; Kaphingist ve diğerleri (2004), doğrudan tüketiciye sunulan televizyonlardaki reçeteli ilaç reklamlarını analiz etmeye yardımcı olması için McGuire’ın iletişim ikna matrisini kullanmıştır.

McGuire, hem bir bilgi-ikna modeli, hem de iletişim-ikna modeli geliştirmiştir. Bilgi-İkna Modeli, bir bilgi-ikna matrisi ile birlikte kullanılır (McGuire, 2001). McGuire’a göre Bilgi-İkna Modeli, bir kişinin seçimini etkileyebilecek üç faktör önermektedir.

- 1) Harici faktörler; örneğin, fiyat ve konum.
- 2) Yol gösterici faktörler; örneğin, bireysel tutumlar ve inançlar.
- 3) İç dinamik faktörler; örneğin, yaş veya etnik köken gibi demografik özellikler.

Bilgi-İkna Modeli’nin temel kaygısı dahili faktörlerdir. Çünkü bu faktörlerin, İletişim-İkna Modeli ve onun aşamalı girdi-çıkıtı adımları boyunca ilerlerken mesajları etkilediği veya değiştirdiği görülmektedir.

İletişim-İkna Modeli, bir değişiklik elde etmek için manipüle edilebilen ve ölçülebilen bir girdi çıkıtı matrisi olarak karakterize edilebilir. İletişim “girdi” faktörleri, beş ayrı iletişim aşaması içerir: kaynak, mesaj, kanal, alıcı, hedef. Bu girdi değişkenleri, sağlık uygulayıcılarının seçmesi ve manipüle etmesi için seçenekler sağlar. Bu “girdi” değişkenleri, “çıkıtı” değişkenlerine ulaşmanın ana adımıdır. Tablo 6, McGuire’ın bu beş “girdi” değişkeninin alt bölümlere nasıl bölündüğünü göstermektedir.

Tablo 6: McGuire'den Uyarlanan Bilgi-İkna Matrisi

İletişim Girdi Faktörleri		
	GİRDİ	Girdi bölümündeki faktörler:
1	Kaynak	Demografi, güvenilirlik, çekicilik vb.
2	Mesaj	İtiraz, organizasyon, tarz vb.
3	Kanal	Kullanılan medya türü, yani televizyon
4	Alıcı	Demografik, sosyal, psikolojik faktörler
5	Hedef	Aciliyet/gecikme, önleme/durdurma
Çıktı Değişkenleri		
	ÇIKTI	Her adımda ne olacağının açıklaması:
1	Ayarlama	Mesaja maruz kalma
2	Katılma	Mesaja dikkat etme
3	Beğenme	Mesajı beğenme ve onunla ilgilenme
4	Anlama	Mesajı anlama
5	Oluşturma	İlgili bilişler
6	Edinme	Mesaja göre hareket etmek için uygun becerileri kazanma
7	Kabul	Mesajın doğru olduğunu kabul etme
8	Saklama	Mesajı hafızaya kaydetme
9	Erişim	Gerektiğine mesajın hafızadan alınması
10	Karar	Mesaja göre hareket etme
11	Davranma	Eylemi gerçekleştirme
12	Eylem sonrası	Eylemin davranışa entegrasyonu
13	Değişme	Başkalarının da aynı şekilde davranmasını destekleme

13 çıktı değişkeni (veya aşama), McGuire'e (2001) göre, mesajın bir etkiye sahip olmasını veya bir değişimin gerçekleşmesini sağlamak için (1'den 13'e kadar) sırayla gerçekleşmesi gereken olaylar dizisidir. Bir kişinin, örneğin, öncelikli olarak 2. adımı tamamlamadan (iletişime katılmadan) 6. adımı (ilgili becerileri edinme) tamamlayamayacağı varsayılır. McGuire, 11'den (mesaja göre hareket etme) 12'ye (davranışın eylem sonrası bilişsel entegrasyonu), en sonunda 13'e (başkalarının da benzer şekilde davranmasını destekleme veya savunma) ulaşmak için tüm bu aşamaların tamamlanmasını önermektedir.

Bu modelin avantajı, bir sonuca ulaşmak için izlenebilecek net planlama aşamalarına sahip olmasıdır. Örneğin Bull ve diğerleri (2001), iletişim-ikna matrisini kullanarak, fazla kilolu yetişkinlerde davranış değişikliğine yol açabilecek basılı sağlık eğitimi materyallerinin bir dizi özelliği olduğunu bulmuştur. Bu özellikler; çekicilik, cesaretlendirme, bilgi düzeyleri ve kişinin kendine uygulanmasıdır. Bu özelliklerin hepsi, iletişim-ikna matrisindeki ilk adımlarla ilişkilidir. Matrisin aşamaları boyunca ilerlemeyi mümkün kılmak için sağlığı geliştirme materyallerini tasarlarırken, bahsi geçen özelliklere odaklanılmak gerekir. Model, aynı zamanda uygulayıcıların kampanya sonuçlarını etkileyebilecek kanal ve stratejileri belirlemelerine ve değerlendirme yapabilmelerine yardımcı olabilir. Her aşamadaki vurgu göz önüne alındığında, her bir mesaj aşaması etki, uygunluk ve etkinlik açısından incelenebilir (Bull vd., 2001).

Bu model birkaç nedenden ötürü eleştirilmektedir. Bunlardan biri; modele göre bir davranış değişikliğinin gerçekleşmesi yolundaki adım sayılarının aşırı derecede fazla ve kısıtlayıcı olmasıdır (Scholten, 1996). McGuire, matrisin tamamının birbiriyle etkileşim halinde olması nedeniyle, bir seferde tek bir değişken üzerindeki konsantrasyonu kısıtlayabileceğini düşünmektedir. McGuire ayrıca, matrisin rasyonel davranışı varsaydığını ve bir mesaja yanıt verme sürecinin doğrusal bir süreç olmayabileceğini düşünmektedir (McGuire, 2001).

Modelin etkili olabilmesi için farkındalık seviyesinin yüksek olması gerekmektedir (Human, 2004). Model, bu nedenle, daha küçük iletişim çabalarından ziyade daha yüksek profilli, üst düzey iletişime katkıda bulunur.

McGuire ikna modeli iletişim, tutum ve davranış değiştirme amacıyla kullanılır. İletişim sürecinin öğelerinin ikna sürecinde de geçerli olduğunu savunmaktadır. Bu modele göre altı basamak vardır. Sunum, dikkat, anlama, kabul etme, mesajı akılda tutma, davranış.

Sunum ikna için kullanılan mesajların genel adıdır. Model içinde kullanılmadığı kaynaklar da vardır. İkna odaklı iletişimin temelini oluşturur. Mesaja dikkat eden hedef kitle üçüncü adım olan anlamada mesajı anlamlandırır. Kabul etme aşamasında ise hedef kitlede davranış değişikliği meydana gelir. Tutum değiştirme ile son aşama tamamlanır. Tekrarlanabilir iletişim modeli olarak kullanılmasında sakınca yoktur.

4.4.1.6. Nedene Dayalı Eylem Teorisi

Fishbein ve Ajzen tarafından oluşturulan bu teori davranışla ilgili niyet, tutum ve inanç arasındaki ilişkiyi açıklamayı amaçlamaktadır. Bu modele göre bireylerin mantıklı olarak düşündükleri ve kararlarını edindikleri toplam bilgiye göre verdikleri varsayılmaktadır (Okay, 2014, s.78).

Nedene Dayalı Eylem Teorisi, tutum ve davranış arasındaki ilişkileri açıklamaya çalışır ve bu esnada bir kişinin harekete geçme niyeti, davranışının yakınsal belirleyicisidir (Parsons vd, 1997, s.383).

Bu teori Baltaş tarafından “Akla Dayalı Eylem Kuramı” olarak ifade edilmiştir ve yazara göre bu teori karar verme süreçlerinin yer aldığı davranışları anlamaya yardımcı olmaktadır. Bu teori, kişinin psikolojik özelliklerini yansıtan inanç, niyet, tutum ve davranışları arasındaki sebep-sonuç ilişkilerini incelemektedir. Baltaş’a göre davranışlarının yaşamlarına olumlu sonuçlar getireceğine inanan bireyler, bu davranışları benimsemek konusunda olumlu bir tutum sergilerken, belirli kişi veya grupların koruyucu davranışın geliştirilmesi hakkında pekiştirici mesajlar vermesi, o konudaki inancı ve iyi niyeti arttırmaktadır (Baltaş, 2007, s.40).

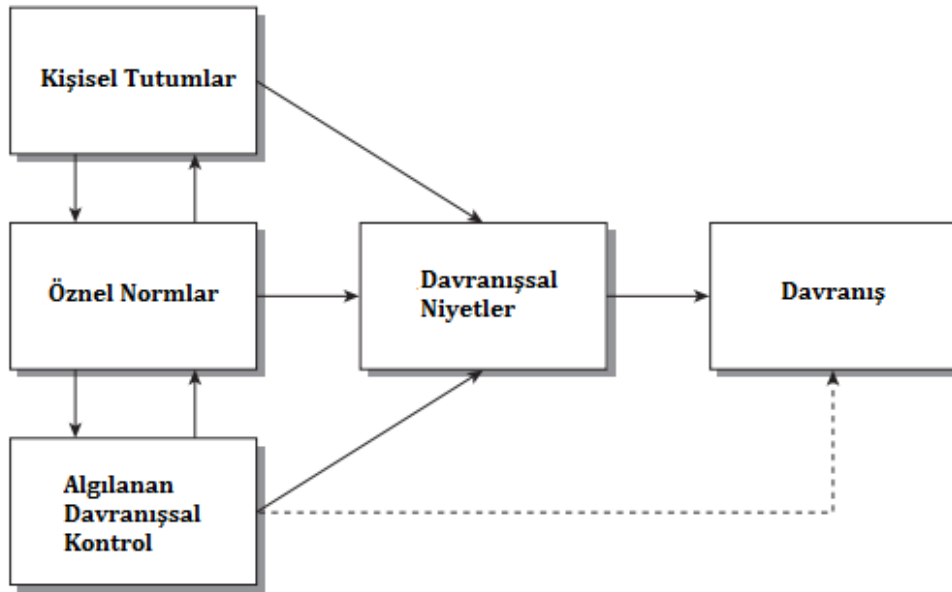
Bu modeldeki amaçların, niyetin iki geçmişi vardır. Bunlardan birincisi, bir davranışa yönelik kişisel tutum, yatkınlıktır. Fishbein’e göre bireyler tutumlarına bağlı kalmaya inanmaktadır. Çünkü istenen veya istenmeyen çıktıların odaklanmış davranış ile bağlantılı olduğuna inanırlar (Oliver ve Bearden, 1985, s.324). Bir davranışın olumlu sonuçlar getireceğine inanılınca, davranışı gerçekleştirmeye ilgili olumlu bir tutum içine girilir. Davranışı belirleyen sonuçtur.

Niyetin ikinci geçmişi, karar verici için önemli olan kişilerin bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirmemesinin önemli olduğuna dair algılardır. Fishbein ve Ajzen bu algılamaya sübjektif bir norm olarak başvurmakta ve bunun tümünün bireysel göndergelerin fark edilen tercihlerine dayandığını ve bu tercihlere uymanın bireysel istekleri olduğunu söylemektedir (Oliver ve Bearden, 1985, s.324). Bireylerin değer sistemleri içerisinde yer aldıkları kişilerin veya grupların bir davranışı kabul etmeleri veya ona karşı koymalarıyla ilgili algıları vardır. Bu da sübjektif normların oluşmasına yol açan sosyal baskıdır. Böylece sosyal baskıların sübjektif normları belirleyerek davranışı yönlendirdiği görülür (Baltaş, 2007, s.40).

Bunlardan ilki, davranışa yönelik (etki veya tutum) kişisel bir eğilimdir. Fishbein'e göre tutumları olan bireylere inanılır. Çünkü onlar arzulanan veya arzulanan sonuçlarla, merkezi davranış arasında bir ortaklık kurulduğunu algırlar. İkincisi ise, içselleştirilmiş algılamadır. Karar alıcılar için önemli olan kişiler, davranış içinde olan veya olmayan kişileri tercih ederler. Fishbein ve Ajzen bu algılamayı sübjektif norm olarak adlandırmıştır ve bu tercihlere uymak için bireyin arzusunun algılanan tercihlerinin her ikisine de dayandığını ileri sürmüşlerdir.

4.4.1.7. Planlı Davranış Teorisi

Planlı Davranış Teorisi, sosyal psikologlar tarafından geliştirilen ve çeşitli davranışların anlaşılması için yaygın olarak uygulanan bir modeldir. Bir bireyin belirli bir davranışa izleme kararını belirleyen faktörleri ana hatlarıyla açıklar (Kelley ve Abraham, 2004).



Şekil 13: Planlı Davranış Teorisi, Ajzen (1991)

Bu teori, Ajzen ve Fishbein'a (1980) ait Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin değiştirilmiş versiyonudur. Mantıklı eylem teorisi, başlangıçta davranışa değiştirmeye çalışan herhangi bir müdahalenin inançlara odaklanması gerektiğini, çünkü inançların; tutum ve beklentileri ve dolayısıyla niyet ve davranışları etkilediğini öne sürer. Sonraki yıllarda, davranışların istemli kontrol altında olmadığı öne sürülerek model yeniden ele alınmış ve algılanan davranışsal kontrolü içerecek şekilde genişletilmiştir (Rutter ve Quine, 2002).

Nedene Dayalı Eylem Teorisi, Ajzen tarafından 1991 yılında Planlı Davranış Teorisi olarak revize edilmiştir. Planlı Davranış Teorisi, davranışsal niyet ve davranışsal değişikliğin belirleyicisi olarak davranışsal kontrolü ekleyerek Mantıklı Eylem Teorisi ile aynı hipotezi takip eder. Planlı Davranış Teorisi, davranışın yakın belirleyicisinin o davranışı gerçekleştirme veya gerçekleştirme niyetinin olduğunu belirtir (Glanz vd., 2008, s.71).

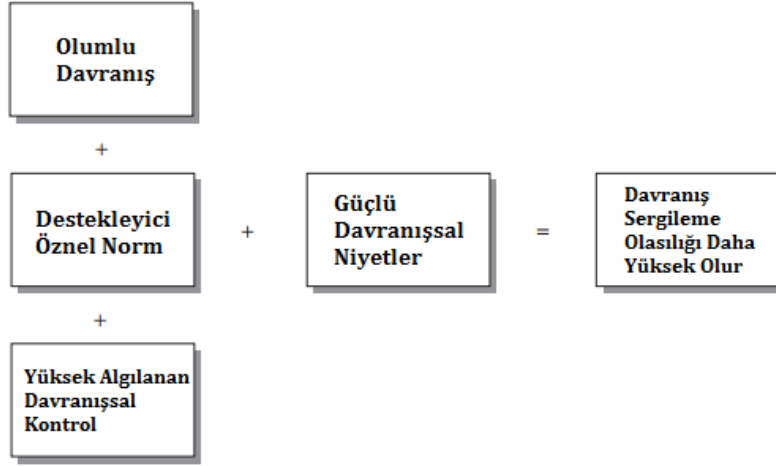
Planlı Davranış Teorisine göre tüketiciye gerekli bilgiler vererek olumlu ya da olumsuz çıkarımlarla akla uygun davranışta bulunduğu varsayılmaktadır. Davranışın en uygun belirtisi olumlu davranış gösterme ya da göstermemedir. Teori uygulandığında kampanya analizi davranışların incelenmesi uygulamayı değerlendirmeyi kolaylaştırır. Bu teoride davranışı etkileyen değişkenler üç tanedir: Özne norm, tutum ve algılanan davranışsal kontrol (Glanz vd., 2008, s.71-73).

Niyetler, bir kişinin bilinçli bir şekilde plan veya davranışını gerçekleştirme kararı anlamında motivasyonu temsil eder. Algılanan davranışsal kontrol, kişinin davranış performansının kendi kontrolü dahilinde olması beklentisidir. (Lavin ve Groarke, 2005).

Niyetin kendisi üç faktör tarafından belirlenir: davranışların birey tarafından genel olarak değerlendirilmesi anlamına gelen “kişisel tutumlar”, bir kişinin önemli olarak kabul ettiği kişilerin, davranışta bulunması gerektiğini düşünüp düşünmediğine dair inancından oluşan “öznel normlar” ve kişinin davranışı gerçekleştirme yeteneği hakkında sahip olduğu algı, yani “algılanan davranışsal kontrol” (Kelley ve Abraham, 2004).

Davranış üzerindeki kontrol algısı yüksek olan birey, niyetini sabit tutarak daha çok dener ve kontrol algısı düşük olan bireye kıyasla daha çok gayret eder. Böylece davranışlarının önünde set oluşturacak gerçek engelleri görebilir ve bunlara karşı kendini güçlendirebilir (Baltaş, 2007, s.41).

Bu model daha basit bir şekilde de gösterilebilir. Modelin basitleştirilmiş versiyonu; tutum ne kadar olumlu olur ve öznel normu desteklerse, algılanan davranışsal kontrol ne kadar yüksek olursa ve niyet ne kadar güçlü olursa bir kişinin o davranışı gerçekleştirme olasılığının o kadar yüksek olduğunu öne sürmektedir (Lavin ve Groarke, 2005).



Şekil 14: Planlı Davranış Hipotezine Basit Bir Bakış

Planlı Davranış Teorisi, davranışı anlama ve tahmin etme bağlamında geniş çapta uygulanmıştır (Bledsoe, 2005). Son zamanlarda, hareketsiz yetişkinler arasında yürümeyi ve hareket etmeyi teşvik etmek (Reger vd., 2002), sigarayı bırakma (Bledsoe, 2005), egzersiz yapma (Kelley ve Abraham, 2004), egzersiz motivasyonu (Papauessis vd. 2005), diş ipi davranışı (Lavin ve Groarke, 2005) ve kan bağışına ilişkin davranışlar (Giles vd., 2004) dahil olmak üzere bir dizi farklı sağlık davranışı için kullanılmıştır.

Stead vd. (2005) yaptıkları çalışmada, 1999-2001 yılları arasında İskoçya'daki "aptallar hız yapar" kampanyasına genel bir bakış sunmuştur. Müdahale; davranışsal inançları, normatif inançları ve algılanan davranışsal kontrolü hedeflemiştir. Davranışsal kontrol mesajları, örneğin, bir kazaya neden olma gibi hızın sonuçlarına odaklanmıştır. Normatif inançlar, başkalarının hız yapmayı nasıl algıladığına odaklanmıştır. Algılanan davranışsal kontrol ise sürücülere kendi hızlarını kontrol edebileceklerini hatırlatmak için kullanılmıştır.

Baltaş (2007), sigarayı bırakma davranışı örneğini verdiği bu model, obez bir kişinin zayıflamaya başlamaya karar vermesi davranışına uygulandığında ortaya aşağıdaki veriler çıkabilmektedir.

Tablo 7: Planlı Davranış Teorisi'ne Bir Örnek

<p>1. <u>Bireysel Tutum:</u> Önümüzdeki yıl zayıflamaya başlamam ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) İyi olacaktırb) Faydalı olacaktırc) Zararlı olacaktırd) Kötü olacaktır.
<p>2. <u>Sübjektif Norm</u> Değer verdiğim insanların çoğu ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) Zayıflamam gerektiğine düşünüyorb) Zayıflmamam gerektiğini düşünüyor
<p>3. <u>Davranışsal Kontrol Algısı:</u> Zayıflamaya başlamam ne kadar benim kontrolümde?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Çok fazlab) Çok az <p>Önümüzdeki yıl zayıflamaya başlamam ne kadar kolay olacak?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Çok kolayb) Çok zor <p>➤ İşte bu iç değişken, davranışı ortaya çıkartacak niyeti güçlendirmekte veya zayıflatmaktadır. Önümüzdeki yıl, zayıflamaya niyetim var.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Zayıflayabilirimb) Zayıflayamam

Kaynak: Baltas, 2007, s.42

Planlı Davranış Teorisi, aşağıda belirtilen nedenlerden ötürü eleştirilmektedir:

- Kişinin niyetine bakılmaksızın, istenen davranışı gerçekleştirmede başarılı olmak için kaynakları ve fırsatları elde ettiğini varsayar.
- Korku, tehdit, ruh hali veya geçmiş deneyim gibi davranışsal niyet ve motivasyonu etkileyen diğer değişkenleri hesaba katmaz.
- Normatif etkileri dikkate alırken, yine de bir kişinin davranışı gerçekleştirme niyetini etkileyebilecek ekonomik ve çevresel faktörleri hesaba katmaz.
- Davranışın doğrusal bir karar verme sürecinin sonucu olduğunu varsayar ve zamanla değişebileceğini düşünmez.

- Teoriye daha sonradan eklenen “algılanan davranışsal kontrol” yapısı, teoriye önemli bir katkı sunsa da, davranış üzerindeki gerçek kontrol hakkında bir şey söylememektedir.
- “Niyet” ile “davranışsal eylem” arasındaki zaman çerçevesi teori tarafından ele alınmamaktadır.

Planlı Davranış Teorisi, halk sağlığında Sağlık İnanç Modeli’ne göre daha fazla fayda sağlamıştır. Ancak çevresel ve ekonomik etkileri dikkate almadaki yetersizliği hala devam etmektedir. Son yıllarda araştırmacılar Planlı Davranış Teorisi’nin bazı yapılarını kullanarak, onu daha entegre bir model haline getirmek için davranış teorisinden başka bileşenler de eklediler.

4.4.1.8. Bütünleşik Davranış Teorisi

Bütünleşik Davranış Teorisi, Fishbein’in Nedene Dayalı (Mantıklı) Eylem Teorisi’nin gelişmiş bir versiyonunu temsil eder (Fishbein ve Ajzen, 1975). Ajzen, Nedene Dayalı Eylem Teorisi’nin bir uzantısı olarak bu modeli geliştirmiştir (Ajzen vd., 2007).

Bütünleşik Davranış Teorisi’nin en önemli varsayımı, davranışın en iyi yordayıcısının, davranışı gerçekleştirme niyeti olduğudur. Bu model bir bireyin bir davranışı gerçekleştirme veya gerçekleştirme niyetinin öncüllerine (yordayıcılarına) odaklanır. Bütünleşik Davranış Teorisi, aşağıda belirtilen inançlara odaklanmaktadır:

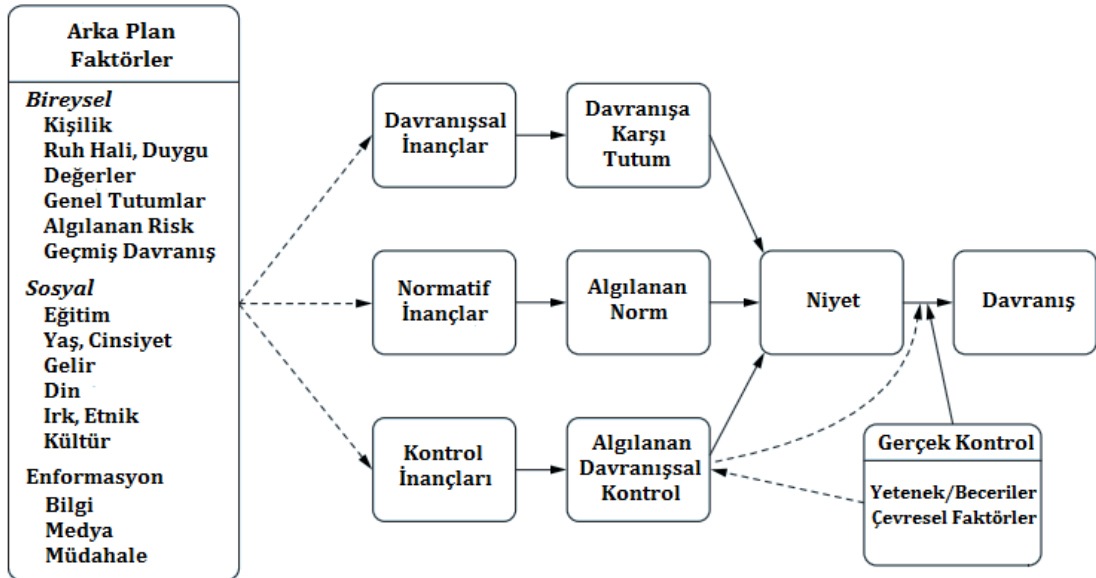
- **Davranışsal İnançlar:** Davranışı gerçekleştirmeyle ilgili olumlu veya olumsuz sonuçlarla ilgili beklentilerdir. Bunlar tutumların oluşmasına yol açar.
- **Normatif İnançlar:** Başkalarının davranışı gerçekleştirmeyle ilgili ne düşündüğüne ilişkin algılar veya başkalarının yaptıklarıyla ilgili inançlardır.
- **Kontrol İnançları:** Davranışı gerçekleştirme için engellerin veya kolaylaştırıcıların olup olmadığıyla ilgilidir. Bunlar, davranışı gerçekleştirirken, bireyin algılanan davranışsal kontrolü veya öz yeterliliği ile doğrudan ilişkilidir.

Bütünleşik Davranış Teorisi ayrıca, modeldeki yapıları farklı şekilde etkileyen çeşitli arka plan faktörlerini de hesaba katar. Bu arkada plan faktörleri arasında ırk, kişilik,

eğitim, cinsiyet, gelir, geçmiş davranışlar vb. bulunmaktadır. Araştırma konusu tarama röportajları veya hedef kitleye yönelik ilk anketler gerçekleştirilirken (Parvanta vd., 2011, 154):

- Niyetin doğrudan öncüllerden hangisinin (tutum, algılanan normlar, öz yeterlilik) niyeti en iyi yordadığını belirleyin.
- Tutumların, normların ve öz yeterliliğin altında yatan inançları ortaya çıkarın.
- Bu geçmiş inançları etkilemek için sağlık iletişim mesajınızı veya mesajlarınızı tasarlayın.

Elbette, konu taraması ve anketler sırasında hedef kitlenizin zaten davranışı gerçekleştirme niyetinde olduğunu belirlenirse, Bütünleşik Davranış Teorisi'nin tüm adımlarının uygulanması gerekmez. Bu durumda inanç, tutum ve öz yeterliliğin, bireylerin sağlıklı davranışı benimsemelerine engel olması muhtemel değildir. Bunun yerine çevresel faktörler, beceriler veya bilgi (davranış üzerinde fiili kontrolü ele alan faktörler) muhtemelen davranış değişikliğini engellemektedir. Örneğin, evresel engeller mevcut ise iletişim kampanyasını hedef bir kitlenin niyetleri değiştirecek şekilde tasarlamak yerine, kampanyayı davranışı gerçekleştirmek için kitlenin fırsatlarını etkileyen politikalara odaklanmak gerekebilir (Parvanta vd, 2001, s.154-155).



şekil 15: Bütünleşik Davranış Modeli (Fishbein ve Ajzen, 2010, s.22)

4.4.1.9. Relaps (Nüksetmeyi) Önleme Modeli

Relaps Önleme Modeli, insanların bağımlılık davranışlarını değiştirmelerine, nüksetmeyi öngörmelerine ve bunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için 30 yıldan fazla bir süre önce geliştirilmiş bilişsel bir davranış modelidir. Bireyin nüksetmeye karşı savunmasızlığında kilit bir rol oynayan kendi kendini düzenleme yeteneği ile Sosyal Bilişsel Teori'ye dayanan Relaps Önleme Modeli, uygulamada oldukça etkili olmuştur. Aslında “nüksetmeyi önleme”, bireyleri yüksek nüksetme riskine sokan durumlarla başa çıkmak için bireylerin becerilerini geliştiren müdahaleleri tanımlayan genel bir terim haline gelmiştir.

Yukarıda bahsi geçen diğer teori ve modellerin aksine, Relaps Önleme Modeli ilk davranış değişikliğine değinmez, daha çok uzun vadede sürdürmenin zorluklarıyla ilgilendir. Bu modelin önemli bir katkısı da nüksetmeyi detaylandırmasıdır. Ayrıca, Relaps Önleme Modeli bireylere tek, geçici bir sapmanın uzun süreli bir alışkanlık haline gelmesini önlemek için beceri ve stratejiler sağlar.

4.4.2. Topluluk ve Grup Modelleri

Grupların, kuruluşların, sosyal kurumların ve toplulukların işleyişinin anlaşılması, sağlığın geliştirilmesi için hayati önem taşımaktadır. Sağlık davranışı ve çevresel değişim inisiyatiflerini yalnızca tek tek bireylere değil, topluluklara ve hedeflenen kitleye hizmet etmek için tasarlamak, halk sağlığı yöneliminin merkezinde yer alır. Toplulukların kolektif refahı, sağlıklı yaşam tarzlarını destekleyen yapılar ve politikalar yaratarak, sosyal ve fiziksel ortamlardaki sağlık tehlikelerini ve kısıtlamalarını azaltarak veya ortadan kaldırarak geliştirilebilir. Her iki yaklaşım da sosyal sistemlerin nasıl işlediğini, sistemler içinde ve arasında değişimin ne şekilde gerçekleştiğini, topluluk ve organizasyonel değişikliklerin insanların davranışlarını ve sağlığını nasıl etkilediğini anlamayı gerektirir.

Günümüzde sağlık davranışı, dünyadaki hızlı teknolojik değişim ve önemli politika tartışmaları bağlamında ortaya çıkmaktadır. Madde bağımlılığı, AIDS'in önlenmesi ve eğitimi, sigara bağımlılığının önlenmesi ve kontrolü, obezitenin önlenmesi ve tedavisi, biyoterörizm ve yeni sağlık teknolojileri gibi sağlık sorunları, tek başına bireysel ya da küçük grup müdahaleleriyle yeterince ele alınamayacak sorunları gündeme getirmektedir (Smedley ve Syme, 2000). Bunun yerine, sağlık uygulayıcılarının sağlık

davranışlarını ve örgütsel değişiklikleri sosyal kurumlar ve topluluklar bağlamında görmeleri ve anlamaları gerekir.

Bu bölümde ele alınacak olan teori ve modeller, uygulayıcıların büyük grupların, toplulukların, organizasyonların ve koalisyonların sağlık davranışlarını anlamalarına yardımcı olabilir. Yanı sıra kuruluş ve topluluk düzeyinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerine rehberlik edebilir. Davranış değişikliği ve sosyal değişimin yaygın ve uzun vadeli sürdürülmesi hedeflendiğinde, temel uygulama birimleri olarak bahsi geçen sosyal sistemler kullanılmaktadır. Çoğu durumda, topluluk ve kuruluş düzeyindeki müdahaleler, bireyleri hedefleyen müdahalelerle eşleştirilmelidir.

Topluluk düzeyinde modeller, sosyal sistemlerin nasıl işlediğini ve değiştiğini, toplulukların ve organizasyonların nasıl etkinleştirilebileceğini anlamak için çerçevelerdir. Bireysel odaklı davranış değişikliği hedeflerini ve politika geliştirmeyi içeren geniş amaçlarla tamamlarlar. Topluluk düzeyindeki modeller, misyonları sağlığı korumak ve iyileştirmek olan kuruluşlar ve kurumlar (okullar, işyerleri, sağlık bakım ortamları, topluluk grupları ve devlet kurumları) tarafından planlanan ve yönetilen stratejiler ve girişimler önerir. Kitle iletişim araçları gibi sağlığı geliştirmenin merkezi bir görev olmadığı diğer kurumlar da kritik rol oynamaktadır. Bu ortamlar, yapılar (kitle iletişim araçları) ve insanların bunlarla etkileşimleri, özellikle internet ve web olmak üzere yeni bilgi teknolojileri tarafından giderek daha fazla şekillenmektedir.

4.4.2.1. Toplumsal Organizasyon Teorisi

Toplumsal Organizasyon Teorisi, kökenini sosyal ağlar ve destek teorilerinden almaktadır. Bu model mantıklı, uyumlu bir teoriden ziyade değişimi etkin kılmak için bir dizi prensip ve yaklaşımdan oluşmaktadır. Bu yaklaşım, toplumu harekete geçirmeyi amaçlar ve bunu daha ziyade dışarıdan bir destek alabileceği bir danışman yardımıyla gerçekleştirir (Loue, 2020, s.41).

Bu teori, yerel toplulukların geliştirilmesine aktif bir katılımı vurgulamakta olup, sağlık sorunlarını ve sosyal sorunları daha iyi bir biçimde çözmekte ve değerlendirmektedir. Toplumsal organizasyon, yerel toplulukların mevcut sorunları tanımladıkları, kaynakları harekete geçirdikleri ve belirlenmiş hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirip uyguladıkları süreçlerdir. Kökenleri farklı teorik perspektiflerde

yatar. Bunlar; ekolojik perspektif, sosyal sistem perspektifi, sosyal ağlar ve sosyal desteklerdir (Okay, 2014, s.93).

Teori, Sosyal Öğrenme Teorisi ile bağlantılıdır ve Sosyal Öğrenme Teorisi kökenli stratejilerle başarılı bir biçimde uygulanabilir. Toplumsal değişime yönelik bazı yaklaşımlar şunları içermektedir (Thomas, 2006, s.69):

- **Bölgesel Gelişim:** Buna aynı zamanda topluluk gelişimi de denilmektedir. Topluluktaki sorunların çözülmesi için kişiler sürece dahil edilmeye çalışılır. Kişiler arasında bir uyum yakalanmaya çalışılır. Dışarıdan uygulayıcılar süreci koordine etmek ve başarılı bir sonuç sağlamak için uğraşır.
- **Sosyal Planlama:** Topluluk üyelerinin yararı için teknik destek sağlayan uygulayıcıları kullanarak, görev, hedef ve sorun çözümüne yönelik uygulamalar içerir.
- **Sosyal Eylem:** Topluluğun sorun çözme yeteneğini geliştirmeyi amaçlar ve baskı altındaki veya olumsuz bir durumdaki bir grup tarafından tanımlanmış olan, sosyal adaletsizliği değiştirmek için somut değişiklikleri hedefler.

Bireylere ulaşabilmek için bireyin içinde bulunduğu topluluğu da dikkate almak gerekmektedir. Bu teori de işte bunu amaçlamaktadır. Kişinin çevresinde değişiklikler yaparak sağlık davranışını etkilemek için çabalar.

Toplumsal organizasyon, istenilen davranışın şekillendirilmesi için ayarlamalar ve etkinlikler sunar. Bireylerin sağlığını geliştirebilmek için birçok kaynak harekete geçirme konusunda etkilidir. Bunlar arasında kişiler, mallar, hizmetler, zaman ve para da yer alır (Auslander vd., 2001, s.81).

Bu modele örnek bir uygulama için, bir mahalleye kurulan cep telefonu vericilerinin sağlığa zararlı olduğundan hareketle, mahalle sakinlerinin harekete geçmesi ve bunu kaldırtmaları için bir eylem yapmaları gösterilebilir.

4.4.2.2. Örgütsel (Kurumsal) Değişim Teorisi

21. yüzyılda halk sağlığı sorunlarının üstesinden gelebilmek için toplulukların, organizasyonların ve sistemlerin kapasitesini geliştirmenin kritik öneme sahip olduğu konusunda uluslararası çapta, geniş bir fikir birliği bulunmaktadır.

Örgütler pek çok unsurun bileşimi olan karmaşık sosyal sistemlerdir. Örgütsel değişimi anlamak, sağlık uygulamalarını destekleyen politikalar ve çevreler oluşturma, yeni sorunları çözme kapasitesi yaratma açısından önemlidir. Örgütsel davranışa dair çok sayıda teori bulunduğu için, sağlıkla ilgili olan özellikle iki tanesi değerlendirilmektedir. Bunlar, Aşama Teorisi ve Örgütsel Gelişim Teorisi'dir (Okay, 2014, s.92).

Aşama Teorisi, örgütlerin değişken bir dizi adımlardan, aşamalardan geçtiği fikrine dayanmaktadır. Değişimi sürdürme stratejileri, değişim sürecinin farklı noktalarıyla uyumlaştırılabilir. Aşama Teorisi'nin kısaltılmış hali aşağıda belirtilen dört önemli basamağı içermektedir (Thomas, 2006, s.68-69):

- Sorunu Tanımlama (Farkındalık)
- Eylemi Başlatma (Uyum)
- Uygulama
- Kurumsallaştırma

Örgütsel Gelişim Teorisi, örgütsel yapıların ve süreçlerin çalışanların davranış ve motivasyonlarını etkilemesiyle birlikte büyümüşür. Teori, değişimin spesifik bir türünü açıklamaktan ziyade, bir örgütün çalışmasına engel oluşturan sorunları tanımlamasıyla alakalıdır. Tipik bir Örgütsel Gelişim Teorisi, süreç müzakerelerini içerir. Burada, kurum dışından bir uzman değişim stratejilerinin planlanmasını (Buna iletişim yaklaşımları da dahildir.) ve sorunların tanımlanmasını kolaylaştırır (Thomas, 2006, s.68-69).

Aşama Teorisi ve Örgütsel Gelişim Teorisi, kurumlarda birlikte uygulandıklarında sağlığı arttırıcı yönde değişim oluşturmak için daha büyük bir potansiyele sahip olurlar. Örgütsel gelişim stratejileri, değişik aşamalarda uygulanabilir.

Aşama Teorisi ve Örgütsel Gelişim teorilerinin ayrıntılarına aşağıda yer verilecektir.

4.4.2.2.1. Aşama Teorisi

Aşama Teorisi, organizasyonların değişikçe bir dizi adım veya aşamadan geçtiği fikrine dayanır. Bu aşamaları tanıyarak, değişimi teşvik eden stratejiler, değişim sürecindeki çeşitli noktalarla eşleştirilebilir. Aşama Teorisi, kuruluşların nasıl yeni hedefler, programlar, teknolojiler ve fikirler geliştirdiğini açıklar. Prochaska ve DiClemente'nin (1983) Değişim Aşamaları Modeli ile alakası bulunmamaktadır.

Örgütsel Değişimin Aşama Teorisi'ne göre, gençlerin hamileliği önlemek için kanıt dayalı bir müdahaleyi benimseyen bir okul vb. kuruluş tarafından bir yeniliğin benimsenmesi, tipik olarak birkaç aşamayı takip eder. Her aşama, kuruluşun kontrolü dışında olabilecek sosyo-çevresel faktörlerin yanı sıra yeni yaklaşımları benimseme, uygulama ve sürdürme aşamasına bağlı olan belirli bir stratejiler seti gerektirir. Bu nedenle, bu örgütsel değişim teorilerine genellikle durumsallık teorileri denir. Aşama Teorisi'ni etkin bir şekilde kullanmak için, her aşama için stratejiler seçilmeden önce gelişimin sosyal çevre ve yenilik aşaması dikkatlice değerlendirilmelidir.

Eylem araştırması ve modern örgütsel değişim teorilerinin temeli Kurt Lewin'in (1951) aşama modelidir. Örgütsel gelişimin babası olarak tanımlanan Lewin, "Bir şeyi gerçekten anlamak istiyorsanız, onu değiştirmeye çalışın." sözüyle tanınır. Lewin, 3 aşamadan oluşan en eski aşama modellerinden birini geliştirmiştir:

- 1) Organizasyon içindeki geçmiş davranış ve tutumların çözülmesi
- 2) Yeni bilgi, tutum ve teorilere maruz kalarak hareket edilmesi
- 3) Değişim için pekiştirme, doğrulama ve destek süreçleri yoluyla yeniden dondurma

Modern Aşama Teorisi, hem Lewin'in ilk çalışmalarına hem de Rogers'in yeniliklerin çiftçiler ve öğretmenler gibi bireyler tarafından benimsenmesine odaklanan Yeniliklerin Yayılması Teorisi'ne dayanmaktadır. Daha sonra yapılan araştırmalar, bireylerin genellikle örgütlerin üyeleri olarak yenilikleri benimsediklerini ve örgüt tarafından ilk kez kabul edilmedikçe nadiren yenilikleri benimsediklerini göstermiştir (Steckler vd., 2002).

Modern Aşama Teorisi'ne göre, bir yeniliğin bir organizasyon tarafından benimsenmesi birkaç aşamayı takip eder. Beyer ve Trice (1978), Kaluzny ve Hernandez'in daha sonra 4 aşamaya yoğunlaştırdığı, kapsamlı ve iyi tanımlanmış 7 aşamalı bir model geliştirmiştir. Tablo 8, bu aşamaları ve uygulamaları özetlemektedir.

Tablo 8: Örgütsel Değişime İlişkin Kavramların Özeti

Kaluzny & Hernandes (1988)	Beyer & Trice (1978)	Tanım	Uygulama
1. Sorunu tanımlayın (Farkındalık aşaması)	1. Sistemde karşılanmayan talepleri algılayın.	Tanınan ve analiz edilen problemler; çözümler aranır ve değerlendirilir.	Yönetim ve diğer personeli bilinçlendirme faaliyetlerine dahil edin.
	2. Olası yanıtları arayın.		
	3. Alternatifleri değerlendirin.		
	4. Eylem yolunu benimsemeye karar verin.		
2. Eylemi başlatın (Benimseme aşaması).	5. Sistem içinde eylemi başlatın.	Formüle edilmiş politika veya direktif; tahsis edilen değişikliğin başlangıcı için kaynaklar.	Karar vericileri ve uygulayıcıları benimsemeye neyin dahil olduğu konusunda bilgilendirmek için süreç danışmanlığı sağlayın.
3. Değişikliği Uygulayın.	6. Değişikliği uygulayın.	Uygulanan yenilik; reaksiyonlar meydana gelir ve rol değişiklikleri meydana gelir.	Eğitim, teknik ve problem çözme yardımı sağlayın.
4. Değişimi kurumsallaştırın.	7. Değişimi kurumsallaştırın.	Politika ve program organizasyonda yerleşik hale gelir; içselleştirilmiş yeni hedefler ve değerler.	Üst düzey şampiyonu belirleyin, kurumsallaşmanın önündeki engelleri aşmak için çalışın ve entegrasyon için yapılar oluşturun.

Kaynak: Glanz vd., 2008, s.340.

Aşama Teorisi üzerine yapılan çoğu araştırma, bir organizasyonun bir aşamadan diğerine nasıl hareket ettiğini etkileyen faktörlerden ziyade, her aşamada meydana gelen faaliyetlere odaklanmıştır. Ancak, organizasyon içindeki farklı liderlerin veya “değişim temsilcilerinin” farklı aşamalarda lider rolü üstlendiği de bilinmektedir. Örneğin, bir okul ortamında üst düzey yöneticiler (müfettişler) problemin farkına varma ve tanımlama aşamasında; orta düzey yöneticiler (müdürler, müfredat koordinatörleri) benimseme ve erken uygulama aşamalarında; öğretmenler uygulama aşamasında; kurumsallaşma aşamasında ise üst düzey yöneticiler etkilidir (Huberman ve Miles, 1984). Benzer şekilde

kuruluşların kullandığı stratejiler, değişim aşamalarına ve yeniliği çevreleyen sosyal çevrenin (örneğin, aktif ebeveyn-öğretmen veya topluluk katılımı) destekleyici olup olmadığına bağlıdır (Smith vd., 1995).

4.4.2.2. Örgütsel Gelişim Teorisi

Örgütsel gelişim, daha başarılı örgütsel değişim ve performans elde etmek için insanların bilgi ve etkinliğini genişletmeye adanmış bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır. Örgütsel gelişim, örgütlerin etkili olmasını sağlayan stratejilerin, tasarım ve bileşenlerinin ve süreçlerin planlı değişimine ve geliştirilmesine davranış bilimi bilgilerinin sistem çapında uygulanması süreci olarak tanımlanır (Cummings, 2004). Örgütsel değişim, organizasyonun genel performansını artırmak için bir değişim temsilcisi tarafından yönetilen faaliyetlerin kapsamı, oranı ve genel doğası anlamına gelir. Kuruluşlar, üyeler, çalışma ekipleri ve bir bütün olarak kuruluş dahil olmak üzere çok düzeyli karmaşık sosyal sistemler olarak görülür. Örgütsel gelişim, bu organizasyonel sistemlerin yanı sıra organizasyonlar ve daha geniş dış çevre arasındaki ilişkileri ele alır. Örgütsel gelişim, problem çözme ve gelecekteki değişimi yönetme kapasitelerini geliştirmek için organizasyonlara bilgi ve becerileri aktarmayı amaçlayan sürekli bir teşhis, eylem planlama, uygulama ve değerlendirme sürecidir (Cummings, 2004).

Örgütsel gelişimde kurumsal etkinliği, performansı ve çalışma yaşamının kalitesini iyileştirmek ve ayrıca kuruluş üyelerinin büyük bir sorununu çözme veya proje hedefine ve genel kurumsal hedeflere ulaşma yeteneklerini geliştirmek için müdahaleler uygulanır (McNamara, 2006). Bir örgütsel gelişim danışmanı genellikle kuruluşun algılanan endişelerini teşhis etmesine, değerlendirmesine ve ele almasına yardımcı olmak için kullanılır.

Örgütsel Gelişim Teorisi, 1930'lu yıllarda psikologların, otoriter liderliğe sahip büyük bürokrasiler gibi örgütsel yapı ve süreçlerin, çalışan davranışını ve motivasyonunu, çalışma birimleri arasındaki iletişimi, ekipler içinde ve arasında sorunları çözme yeteneğini etkilediğini fark etmeleri üzerine yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkmıştır (Cummings, 2004). İzleyen süreçte Hawthorne çalışmaları, çalışanlara gösterilen ilginin artmasının, daha yüksek çalışan motivasyonuna ve üretkenliğe yol açtığını gösterdi (Roethlisberger ve Dickson, 1939). Lewin'in 1940 ve 50'li yıllardaki Aşama Teorisi ve eylem araştırması alanlarındaki çalışmaları, özellikle geribildirim organizasyonlarındaki

sosyal süreçleri ele almada değerli bir araç olduğu gözlemiyle Örgütsel Gelişim Teorisi'ni de etkiledi.

1960'lı yıllardaki erken örgütsel gelişim müdahaleleri, işi daha tatmin edici ve ödüllendirici kılmak için örgütsel tasarım, teknolojiler ve insan süreçlerine, 1970'lerde ise performansı artırmada ödüllerin etkisine odaklanmıştır. Yakın zamanda ise organizasyonel normları ve değerleri dönüştürmenin yanı sıra organizasyonel öğrenme ve bilgi yönetimi yoluyla organizasyonları hızla değişen, karmaşık ortamlarla uyumla hale getirmeye odaklanmıştır (Cummings, 2004).

Örgütsel gelişimi anlamada yararlı olacak anahtar kavramlar Tablo 9'da özetlenmiştir ve izleyen paragraflarda daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Tablo 9: Örgütsel Gelişime İlişkin Kavramlarının Özeti

Kavram	Tanım	Uygulama
Örgütsel Gelişim Teorisi		
Örgütsel gelişim	İş yaşamının kalitesini artırmaya çalışan bir yaklaşım.	Örgütsel teşhis yoluyla, çalışanları olumlu ya da olumsuz etkileyen iş yaşamının yönlerini belirleyin.
Örgütsel iklim	Bir örgütün kişiliği.	Değişim çabalarının bir parçası olarak mevcut önlemleri kullanın.
Örgütsel kültür	Bir örgütün üyeleri tarafından paylaşılan varsayımlar ve inançlar.	Kültürü ölçmek dışarıdan birini gerektirir. Müdahaleleri planlamak için daha derin bir anlayış kullanın.
Örgütsel kapasite	Bir örgütün alt sistemlerinin optimum işleyişi.	Program planlamasının bir parçası olarak örgütün güçlü ve zayıf yönlerini belirleyin.
Eylem araştırması	Örgütleri geliştirmek için 4 adım; teşhis, eylem, planlama, müdahale ve değerlendirme.	Örgütsel teşhise dayalı olarak, bir değişim planı geliştirin ve uygulayın.
Örgütsel gelişim müdahaleleri	Kuruluşların iyileştirilmesine yardımcı olmak için kullanılan t-grupları gibi teknik özellikler.	Anketler, kültürel envanterler, t-grupları ve süreç danışmanlığı gibi teknikleri kullanın.

Kaynak: Glanz vd., 2008, s.342.

Örgüt iklimi, bir örgütün ruh hali veya benzersiz kişiliği olarak tanımlanır. Örgütsel uygulamalarla ilgili tutum ve inançlar örgütsel iklimi yaratır ve bu algılar

üyelerin toplu davranışlarını etkiler. Liderlik, iletişime açık olma, katılımcı yönetim, rol netliği ve çatışma çözme gibi iklim özellikleri çalışan memnuniyeti ile pozitif, stres ile negatif ilişkilidir. Ortaklıklardaki örgütsel iklim özellikleri (lider desteği, lider kontrolü gibi) işten memnuniyet, katılım, maliyetler, faydalar ve eylem planlarının uygulanması ile ilgilidir. Bir örgütün iklimi ayrıca hizmet kalitesini ve sonuçlarını tahmin edebilir ve yeni programların başarıyla uygulanıp uygulanmadığını etkileyebilir (Glanz vd., 2008, s.342).

Örgütsel kültür, üyelerin paylaştığı köklü değerleri, normları ve davranışları içerir. Örgütlerde kültürün beş temel unsuru varsayımlar, değerler, davranış normları, davranış kalıpları ve eserlerdir (misyon ifadeleri ve logolar gibi kültürel mesajları ifade eden semboller). Kültürün öznel özellikleri (yani varsayımlar, değerler ve normlar), üyelerin bilinçsizce örgütleri hakkında düşünme ve yorumlama biçimlerini yansıtır. Bunlar da davranışların ve eserlerin örgüt içinde üstlendiği anlamı şekillendirir. Kültür, iklim gibi birçok düzeyde var olabilir ve güçlü, zayıf veya geçici olabilir (Glanz vd., 2008, s.344).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi perspektifinden bakıldığında, örgüt kültürü ve iklimi, bir örgütün yeni bilimsel ilerlemeleri uygulamaya entegre etme, bölümler arası işbirliğini destekleme, istisnai performans veya yaratıcılık için ödül yapıları oluşturma ve iş hayatının diğer birçok pratik boyutunu içermeye istekliliğini etkileyebilir.

Hem iklim hem de kültür, bir kuruluşun verimli ve etkili çalışma kapasitesini etkiler. Pertsby ve Wandersman (1985), *örgütsel kapasitenin* dört bileşenini öneren bir örgütsel uygulanabilirlik çerçevesi geliştirmiştir. Bunlar sırasıyla, kaynak edinimi, bakım alt sistemi (örgüt yapısı), üretim alt sistemi (eylemler veya faaliyetler) ve dış hedeflere ulaşmadır (başarılar). Bu nedenle, yeterli ve uygun kaynakları elde edemeyen, kaynakları elde etmek ve işleri yürütmek için bir altyapı geliştiremeyen, kaynakları verimli ve etkili şekilde harekete geçiremeyen ve ürünlerini geliştiremeyen veya önemli bir şey başaramayan bir kuruluş sona erecektir (Glanz vd., 2008, s.344).

Tipik bir örgütsel gelişim stratejisi, dışarıdan bir uzmanın sorunları tanımlamaya yardımcı olduğu ve değişim stratejilerinin planlanmasını kolaylaştırdığı süreç danışmanlığını içerir. Adımlar sırasıyla teşhis, eylem, planlama, müdahale ve değerlendirmeyi kapsamaktadır.

Teşhis, bir kuruluşun etkinliğine müdahale edebilecek sorunların belirlenmesine ve altta yatan nedenlerin değerlendirilmesine yardımcı olabilir. Örgütsel gelişim genellikle kuruluşun misyonunu, hedeflerini, politikalarını, yapılarını ve teknolojilerini, iklimi ve kültürü, çevresel faktörleri, istenen sonuçları ve harekete geçmeye hazır olup olmadığını inceleyen ve problemlerin anlaşılmasına yardımcı olan bir danışman tarafından gerçekleştirilir (Gregory vd., 2007). Teşhis yöntemleri önemli bilgiler veren gayri resmi görüşmelerden tüm örgüt üyelerinin resmi anketlerine kadar uzanır.

Eylem planlaması, genellikle teşhisi takip eder ve teşhis edilen sorunları ele almak için stratejik müdahaleler geliştirmeyi içerir. Müdahalelerin seçimi, kuruluşun önerilen bir stratejiyi benimsemeye hazır olup olmadığına, müdahalelerin kuruluşlar içinde nasıl ve nerede kullanılabileceğine ve örgütsel gelişim uygulayıcısının seçilen müdahaleleri uygulama becerisine bağlıdır (Glanz vd., 2008, s.345).

Müdahaleler, yönetimin yeniden tasarımı, bina ve yapısal yeniden tasarımı, süreç danışmanlığını ve grup geliştirmeyi içerebilir. Örgütsel gelişim danışmanı, kuruluş üyelerinin istenen bir değişikliğin önündeki engellerin belirlenmesine yardımcı olur ve ardından bunları çözmek için üyeler arasında problem çözmeyi kolaylaştırır (Glanz vd., 2008, s.345).

Değerlendirme, kuruluşun değişikliği uygulamadaki ilerleyişini izleyerek bunun kuruluş üzerindeki etkisini ve ek değişikliklere gerek olup olmadığını belgeleyerek planlanan değişiklik çabasını değerlendirir. Örneğin değerlendirme, destekleyici olmayan bir iklim nedeniyle yeni bir sağlık eğitimi müfredatının tam olarak uygulanmadığını ve bu nedenle paydaş desteğini güçlendirmek için ek çabalara ihtiyaç olduğunu gösterebilir. (Glanz vd., 2008, s.345).

4.4.2.2.3. Örgütler Arası İlişkiler Teorisi

Örgütler Arası İlişkiler Teorisi, örgütlerin birlikte nasıl çalıştığına odaklanır. Örgütler arası ağlar, kronik hastalık yönetimi için taban koalisyonları ve ortaklıklardan, rekabeti azaltan ve satın alma gücünü artıran hastane işbirliklerine kadar değişebilir (Butterfoss, 2007). Örgütler Arası İlişkiler Teorisi, topluluk örgütleri arasındaki işbirliğinin, karmaşık bir konuya tek bir kuruluş tarafından elde edilebilecek olandan daha kapsamlı ve koordineli bir yaklaşıma yol açtığı öncülüne dayanmaktadır. Sağlık, sosyal konular, ekonomi ve siyasetin artan karmaşıklığı göz önüne alındığında, birlikte çalışan

organizasyonların daha etkili olması muhtemeldir. Teori, kendi başına halk sağlığı uygulaması için geliştirilmemiş olsa da, acil durumlara hazırlıklı olma ve tütün kontrolü gibi bir dizi sağlık sorununu ele almak için toplum seferberliğini anlamak ve geliştirmek için bir temel oluşturmada yararlı olabilir. (Glanz vd., 2008, s.346).

Tablo 10: Örgütler Arası İlişkilere İlişkin Kavramlarının Özeti

Kavram	Tanım	Uygulama
<i>Örgütler Arası İlişkiler Teorisi</i>		
Örgütler arası ilişkiler	Örgütler karşılıklı çıkar sorunlarını çözmek için nasıl işbirliği yapar?	Bir topluluktaki hangi kuruluşların belirli sağlık sorunuyla ilgilendiğini belirleyin.
Örgütler arası işbirliğinin aşamaları	Örgütlerin işbirliği yapmaya çalışırken geçirdikleri adımlar.	İşbirliği yapan kuruluşların her aşamada engelleri aşmalarında yardımcı olacak stratejiler geliştirin; örneğin, koalisyon etkinliğinin süreç değerlendirmesi.

Kaynak: Glanz vd., 2008, s.343.

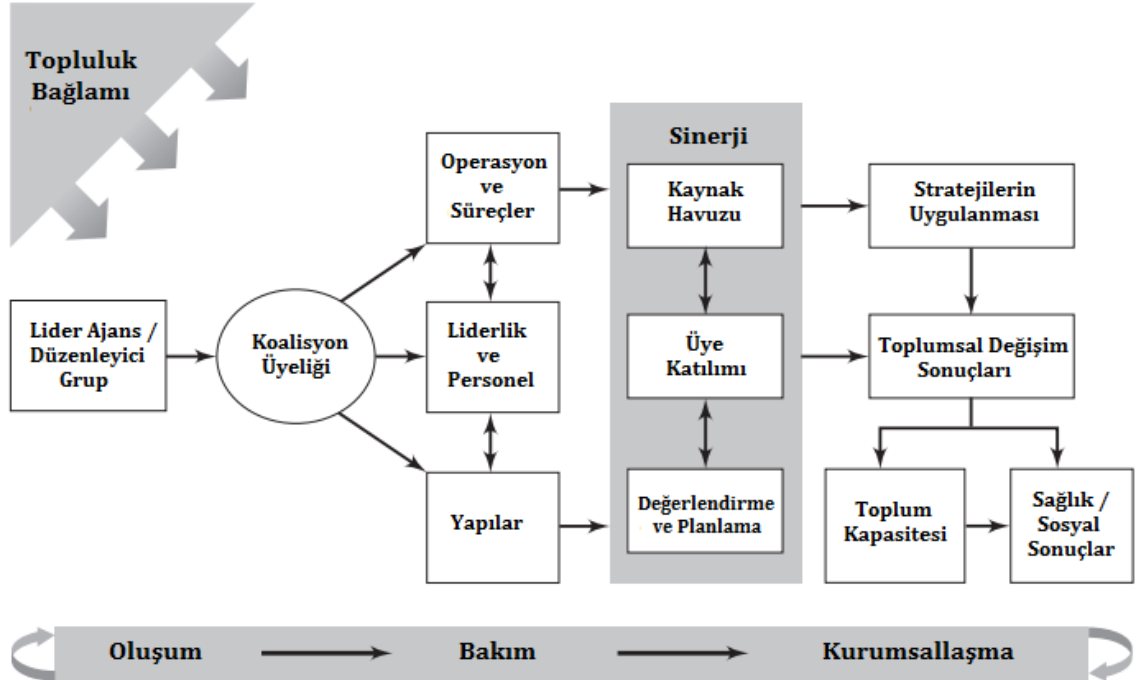
Örgütler arası ilişkilere dair ilk araştırmalar, 1960'lı yıllarda çevrenin örgütsel davranışı nasıl etkilediğine artan bir ilgiyle başlamıştır. Araştırmacılar özellikle kuruluşların işbirliği yoluyla çevredeki belirsizliğin nasıl azaltılabileceğiyle ilgilenmişlerdir. İşbirliğinin tipik faydaları arasında; yeni fikirlere, materyallere ve diğer kaynaklara erişim, hizmetlerin tekrarını azaltma, kaynakların daha verimli kullanımı, artan güç ve etki, tek bir kuruluşun alanının ötesindeki sorunları ele alma yeteneği ve karmaşık veya tartışmalı konular için paylaşılan sorumluluk yer almaktadır (Butterfoss vd., 1993). Diğer taraftan, işbirliği ile ilişkili potansiyel maliyetler, kurumsal kaynakların veya misyonun saptırılması, ortak kuruluşların politikaları veya konumlarıyla uyumsuzluk ve fikir birliği oluşturma sürecinin uzayabilmesi nedeniyle eylemde bulunmadaki gecikmeleri içerebilir (Alter ve Hage, 1993).

Koordinasyon ve karşılıklı bağımlılık ihtiyacının tanınması, mevcut kaynaklar (zaman, personel ve uzmanlık), bir finansman kurumu veya düzenleyici kurumdan alınan yetkiler, açık ve karşılıklı olarak paylaşılan hedefler, değerler, çıkarlar ve normlar dahil olmak üzere çeşitli faktörler, örgütler arası ilişkilerin oluşumu için kritik öneme sahiptir. Örgütler arası ilişkilere dair yapılan son araştırmalar, benzer kaynaklara (işgücü veya teknik yetkinlikler) sahip kuruluşların birbirleriyle rekabet etme eğilimindeyken, benzer

ideolojilere sahip kuruluşların daha olumlu, sinerjik ilişkilere sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Freeman ve Audia, 2006).

4.4.2.2.4. Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi

Topluluk koalisyonları, yerel veya bölgesel olarak çalışan ve genellikle ücretli personeli olan, çok amaçlı ve genellikle uzun vadeli birleşmelerdir (Butterfoss vd., 1993). Topluluk koalisyonlarına üyelik profesyonel ve taban örgütlerin, bireysel üyelerin büyüklüğüne ve çeşitliliğine göre değişir. Çalışma ilişkileri ve rol beklentileri, resmi (örneğin, tüzük ve sözleşmeye dayalı) ve gayri resmi (örneğin, çalışma sözleşmelerinin kullanılması) olabilir. Bu zamanla değişebilir. Bir koalisyon; sorunu analiz ederek, ihtiyaçları ve varlıkları değerlendirerek, bir eylem planı geliştirerek, stratejiler uygulayarak, toplumsal düzeyde başarılı sonuçlar olarak ve sosyal değişim yaratarak bir sağlık gündemini veya sorununu destekleyebilir, hastalıkları önleyebilir veya toplumsal bir sorunu çözebilir (Whitt, 1993). Koalisyonlara katılım, başarılı kurumsallaşma olasılığını artıracak şekilde sahiplenmeyi kolaylaştırır. Koalisyonlar, diğer topluluk sorunlarını da ele almak için üye kuruluşlar arasında kapasite ve yetkinlik geliştirebilir.



Şekil 16: Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi (TKET)

Butterfoss ve Kegler (2002), sağlık eğitimcileri arasında koalisyonların yaygın olarak kullanılması, bunların teorik olmaması ve bir araştırma temelini bulunmaması

yönünde yaygın bir gözlem bulunması nedeniyle Örgütler Arası İlişkiler Teorisi'nin bir biçimi olarak düşünülebilecek Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi'ni geliştirmiştir.

Tablo 11: Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisinin Yapıları

Yapılar	Tanım
Gelişme Aşamaları	Bir koalisyonun oluşumundan uygulamaya, sürdürmeye ve kurumsallaşmaya kadar ilerlediği aşamalar.
Topluluk Bağlamı	Coğrafya, demografi, politika, sosyal sermaye, topluluk sektörleri arasındaki güven, topluluk hazırlığı dahil olmak üzere, koalisyon işlevini artırabilecek veya engelleyebilecek veya koalisyonun nasıl geliştiğini etkileyebilecek bir topluluk özelliği.
Lider Ajans / Düzenleyici Grup	Koalisyonu toplamayı kabul eden kuruluş; teknik yardım, mali veya maddi destek sağlayan, değerli ağılar/kişiler sağlayan.
Koalisyon Üyeliği	Bir sağlık sorununu veya sosyal sorunu çözmeyi taahhüt eden ve bunu yapmak için bir araya gelen çeşitli çıkar gruplarını ve kuruluşları temsil eden bireyler.
Operasyon ve Süreçler	Koalisyon ortamında işin nasıl yürütüldüğü hususu ile üye ve personel iletişimini, karar vermeyi, çatışma yönetimini kolaylaştıran süreçler, örgütsel iklimi ve üye katılımını etkiler.
Liderlik ve Personel	İşbirliği sürecini ve koalisyon işleyişini kolaylaştıran gönüllü liderler ve ücretli personel.
Yapılar	Vizyon ve misyon beyanları, hedefler, tüzük, organizasyon şeması, yönlendirme komitesi ve çalışma grupları dahil olmak üzere bir koalisyonda geliştirilen resmi organizasyon düzenlemesi, kurallar, roller ve prosedürler.
Kaynak Havuzu	Aynı yardım, hibe, bağış toplama veya aidat olarak sağlanan veya elde edilen kaynaklar.
Üye Katılımı	Üyelerin koalisyon çalışmalarına katılım, bağlılık ve memnuniyet derecesi.
Değerlendirme ve Planlama	Stratejilerin uygulanmasından önceki değerlendirme ve planlama faaliyetleri.
Stratejilerin Uygulanması	Bir koalisyonun toplum politikalarında, uygulamalarında ve ortamlarında değişikliklere ulaşılmasına yardımcı olmak için uyguladığı stratejik eylemler.
Toplumsal Değişim Sonuçları	Toplum kapasitesi ve sağlık/sosyal sonuçlarla ilişkilendirilebilecek toplum politikaları, uygulamaları ve ortamlarında ölçülebilir değişiklikler.
Sağlık/Sosyal Sonuçlar	Koalisyon etkinliğinin nihai göstergeleri olan bir toplumun sağlık durumundaki/sosyal koşullarındaki ölçülebilir değişiklikler.
Toplum Kapasitesi	Toplulukların sosyal ve halk sağlığı sorunlarını belirleme, harekete geçirme ve ele alma yeteneklerini etkileyen özellikleri.

Kaynak: Butterfoss ve Kegler, 2002.

Aşama Teorisi ve Örgütsel Gelişim Teorisi, topluluk oluşturma ve topluluk gelişimine odaklanırken, Örgütler Arası İlişkiler Teorisi ve Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi, topluluklar içindeki işbirlikçi örgütsel ilişkilerin gelişimine ve yapısına odaklanır. Bu örgütsel modellerin her biri önemli değişkenleri vurgular, ancak tek başlarına ele alındıklarında, toplum sağlığının teşviki ve geliştirilmesi bağlamında kuruluşlar arası işbirliğinin tam bir bağlamsal anlayışını sağlamazlar. Daha kapsamlı olan Topluluk Koalisyonu Eylem Teorisi'nin amacı budur (Glanz vd., 2008, s.350).

TKET, koalisyonun geliştirmesi, koalisyonun işleyişi ve koalisyon sinerjisinin geliştirilmesi ve topluluk kapasitesinin artması, sağlığın ve sosyal sonuçların iyileşmesine yol açabilecek örgütsel ve toplumsal değişikliklerin yaratılması aşamalarını açıklar.

TKET ve diğer Örgütsel Değişim Teorileri'ni geliştirmede önemli bir sonraki adım, ana yapıları açıkça tanımlamak ve bunları birden çok çalışmada tutarlı bir şekilde operasyonel hale getirmektir. TKET bugüne dek değerlendirmelerde ölçülecek değişkenler önermek ve tanımlayıcı değerlendirme verilerini anlamlı kategoriler halinde düzenlemek için kullanılmıştır (Glanz vd., 2008, s.350).

4.4.2.3. Yeniliklerin Yayılması Teorisi

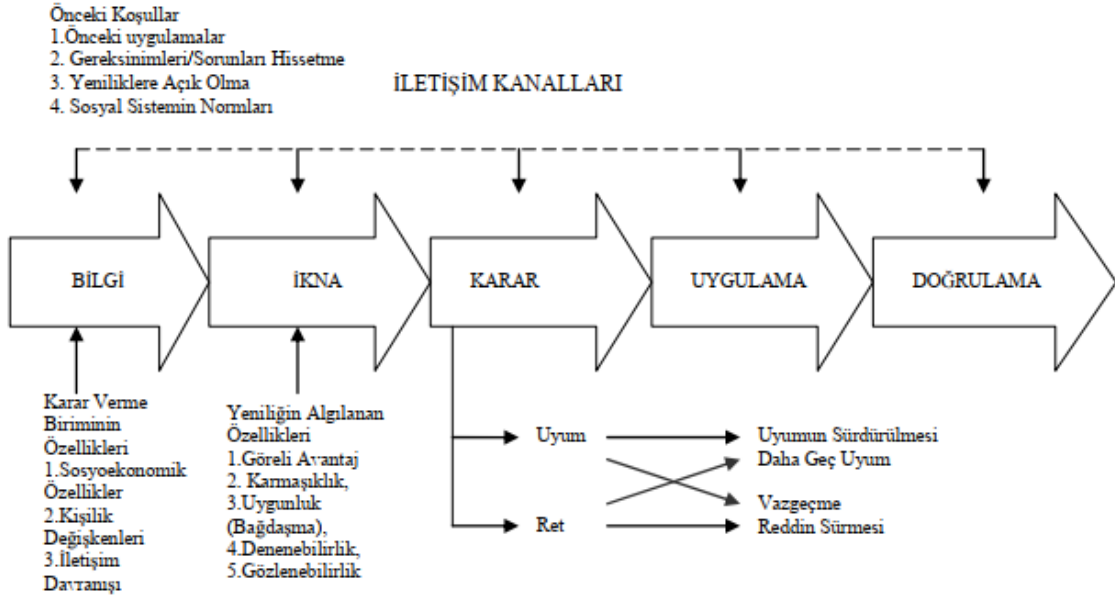
1962 yılında E. M. Rogers tarafından geliştirilen Yeniliklerin Yayılması Teorisi, en eski sosyal bilim teorilerinden biridir. Teori, bir fikrin veya ürünün zaman içinde nasıl ivme kazandığını ve belirli bir nüfus veya sosyal sisteme nasıl yayıldığını açıklamak için ortaya çıkmıştır. Bu yayılmanın sonucu, insanların bir sosyal sistemin parçası olarak yeni bir fikir, davranış veya ürünleri benimsemeleridir. Benimseme, bir kişinin daha evvel yaptıklarından farklı bir şey yaptığı anlamına gelir. Benimsemenin anahtarı, kişinin fikri, davranışı ve yeni veya yenilikçi bir ürünü algılaması gerektiğidir. Bu sayede yayılma mümkün olur (LaMorte, 2019).

Diğer davranış teorileri neredeyse tamamen bireysel davranışlara odaklanmaktadır. Yeniliklerin Yayılması Teorisi ise bir gruptaki değişikliği ele almaktadır. Bu, bir sınıf, organizasyon veya topluluk olabilir. Teori, yeni fikirlerin veya yeniliklerin; insanlar, kuruluşlar veya topluluklar içinde ve nasıl yayıldığını açıklar.

Teori kapsamında yenilik, tanınmayan, önceden bilinmeyen bir kavram olarak değil de, örgüt ya da birey tarafından yeni olarak algılanan nesne, fikir veya uygulama

olarak tanımlanmaktadır. Yayılma ise yeniliğin, bir sosyal sistemin üyeleri arasında belli kanallar yolu ile zaman içerisinde iletilmesi sürecidir. (Sever, 2019, s.22)

Rogers, modelinde yeniliğe uyum veya ret kararı verilirken bilgi beş aşamadan geçmektedir. Birinci aşama, bilgi aşamasıdır. Bu aşamada birey, yenilik ve işlevler hakkında bilgi edinir. İkinci aşama ise ikna olma aşamasıdır. Bu aşamada yeniliğin algılanan özellikleri (avantaj ve dezavantajları) değerlendirilir. Üçüncü aşama olan karar aşamasında, birey yenilik hakkında ek bilgiler edindikten sonra, yeniliği red veya kabul kararı verir. Dördüncü aşama uygulama aşamasıdır. Bu aşama, uyum kararı verildiğinde gerçekleşir. Beşinci ve son aşama olan doğrulama aşamasında ise birey uyum kararını doğrular ve güçlendirir. (Demir, 2006)



Şekil 17: Yeniliğin Yayılması (Rogers, 1995)

Yenilik Yayılması Teorisi'ne göre, yenilikler sosyal sistemler içindeki farklı iletişim kanalları aracılığıyla belirli bir sürede yayılır. Sağlık iletişimcileri, yeniliğin göreceli avantajı, uyumluluğu, karmaşıklığı, denenebilirliği ve gözlemlenebilirliği gibi yeniliğin belirli yönlerine odaklanmalıdır. Yenilik “lider markadan” daha iyi görünmeli, belirlediği hedef kitleye uyumlu olmalı ve benimsenmesi kolay olmalıdır. İnsanlar taahhütte bulunmadan evvel “deneyebilmeli” ve değişiklikler ölçüm için yeterince açık olmalıdır. (Parvanta ve diğer., 2011, s. 155)

Başarılı bir yayılma, genellikle medya iletişiminin yanı sıra kişilerarası iletişim ve sosyal ağ oluşturmaya da dayanır. Mesajlar hedef kitleye yönelmelidir çünkü bazı izleyiciler yeniliği erken benimserken, diğerleri de bunu geç yapacaktır. Yine de diğer izleyiciler, davranış değişikliğini yayan yenilikçiler olacak ve çok farklı mesaj türlerine açık olacaklardır (Demir, 2006).

Thomas'a göre ise yeniliklerin toplum ve bireyler tarafından kabul görmesi için bazı karakteristik özelliklere sahip olması gerekir. Bu karakteristik özelliklerin bazıları şu şekildedir (Thomas, 2006, s.70):

- **Bağıntılı Avantaj:** Bağıntılı avantaj, yapılan bir yeniliğin mevcut durumdan ne derece iyi olduğu sorusuna verilen yanıtla alakalıdır. Rogers'e göre bağıntılı avantaj iki tipe ayrılır. Bunlar sosyal avantaj ve ekonomik avantajdır. Sosyal avantaj, yeniliği kabul edenin sosyal konumunu ve prestijini yansıtırken, ekonomik avantaj, fayda ve kar ile eşit tutulmaktadır.
- **Uyumluluk:** Uyumluluk, kabul edenlerin veya benimseyenlerin ihtiyaçları, geçmişteki deneyimleri ve mevcut değerleriyle uyumlu olarak algılanan yenilik için bir ölçüttür. Yani bir yenilik ne kadar uyumlu ise, kabul görme durumu da o kadar yüksek olur.
- **Karmaşıklık:** Karmaşıklık genel olarak bir yeniliğin nispeten kolay anlaşılıp anlaşılmadığı ve uygulanmadığı derecesiyle alakalıdır. Karmaşıklık, bir yeniliğin anlama ve kullanma zorluğu ile alakalıdır.
- **Sınanabilirlik:** Yeniliğin ilk kez denenebilmesiyle alakalıdır.
- **Görünülebilirlik:** Bir yeniliğin etkilerinin görünebilir olma derecesi, bir yeniliğin kabul edilmesinin olumlu bir etkisi olarak düşünülmektedir.
- **Uyumluluk:** Uyumluluk, bir yeniliğin yerel ihtiyaçlara uygun olma derecesi olarak ifade edilebilir.
- **Risklilik:** Getirilen yeniliği taşıması muhtemel olan risklerinin, o yeniliğin kişiler tarafından kabul edilip edilmeme durumunu etkileyecektir.

Yeniliklerin Yayılması Teorisi'nde bir diğer önemli unsur ise iletişim kanallarıdır. Yayılma teorileri, kasti olarak bir kitleyi harekete geçirmek için ikna etmekten ziyade, iletişimi iki yönlü bir süreç olarak görmektedir. İki basamaklı iletişim akışı, sosyal ağların değerini vurgulamakta ve kararların kabul edilmesi için kitle iletişim araçlarını kullanmaktadır (Thomas, 2006, s.70).

Yenilikçileri hedefleme stratejisi artık pazarlama segmentasyonu için kullanılmaya başlanmıştır. Bu Rogers'ın (1995), çoğunluğu bir davranışı benimsemeye yönlendirmek için "erken benimseyenler" olarak adlandırdığı hedeflemeye benzemektedir.

Yeniliklerin Yayılması Teorisi'ne birtakım eleştiriler yöneltmiştir (LaMorte, 2019).

- Yayılmacı kategoriler de dahil olmak üzere, teoriye ait kanıtların çoğu halk sağlığından kaynaklı değildir. Teori, yeni davranışların veya sağlık yeniliklerinin benimsenmesine açıkça uygulanacak şekilde geliştirilmemiştir.
- Teori, bir halk sağlığı programının benimsenmesine yönelik katılımcı bir yaklaşımı teşvik etmez.
- Davranışların durdurulması veya engellenmesi yerine, davranışların benimsenmesi ile daha iyi uygulanır.
- Yeni davranışı (veya yeniliği) benimsemek için bireyin kaynaklarını veya sosyal desteğini hesaba katmaz.

Bu teori iletişim, tarım, halk sağlığı, sosyal hizmet ve pazarlama gibi birçok alanda başarıyla kullanılmıştır. Teori, halk sağlığı alanında, tipik olarak bir sosyal sistemdeki davranışı değiştirmeyi amaçlayan önemli sağlık programlarının benimsenmesini hızlandırmak için kullanılmaktadır. Bir halk sağlığı programının en başarılı şekilde benimsenmesi, hedef nüfusu ve onları benimsenme oranını etkileyen faktörlerin anlaşılmasıyla olur (Demir, 2006).

4.2.2.4. Sosyal Normlar Teorisi

Sosyal Normlar Teorisi ilk olarak 1986 yılında Perkins ve Berkowitz tarafından öğrencilerin alkol kullanım alışkanlıklarını ele almak için kullanılmıştır. Bu yaklaşım aynı zamanda tütün kullanımı, etki altında araç kullanma, emniyet kemeri kullanımı ve son zamanlarda cinsel saldırıları önleme gibi çok çeşitli halk sağlığı konularını ele almak için de kullanılmıştır. Bu yaklaşım için hedef kitle genelde üniversite öğrencileri olmuştur ancak son zamanlarda daha genç popülasyonlar (yani lise) kullanılmaktadır (LaMorte, 2019).

Bu teori, davranışı değiştirmek için bireye odaklanmak yerine, daha etkili olabilecek çevreyi ve kişiler arası (akranlar gibi) etkileri anlamayı amaçlamaktadır. Sosyal Normlar Teorisi'nin birincil odak noktası akran etkisi ve bu etkinin davranış çerçevesinde bireysel karar vermedeki oynadığı roldür. Akran etkileri ve normatif inançlar, özellikle gençlikteki davranışları ele alırken önemlidir. Akran etkileri, gerçek normdan (grubun gerçek inançları ve eylemleri) ziyade algılanan normlardan (bir grupta tipik veya standart olarak gördüğümüz şey) daha fazla etkilenir. Gerçek ile algılanan arasındaki boşluk, bir yanlış algılamadan ibarettir ve bu, Sosyal Normlar Yaklaşımı'nın temelini oluşturur.

Sosyal Normlar Teorisi; davranışımızın, akranlarımızın nasıl davrandığı ve ne düşündüğü konusundaki yanlış algılardan etkilendiğini varsayar. Bir bireyin akranlarındaki sorunlu davranışları küçümsemesi, sorunlu davranışa girmesini engelleyecektir. Diğer taraftan, problemlili davranışlarını benimsemesi, kendi problemlili davranışlarını arttırmasına neden olacaktır. Bu nedenle teori, algılanan normlardaki yanlış anlamaların düzeltilmesinin büyük bir ihtimalle problemlili davranışlarda bir azalmaya veya istenen davranışlarda bir artışa neden olacağını belirtir.

Sosyal norm müdahaleleri, normların yanlış algılanmasını düzeltmek amacıyla akran grubu normları hakkında doğru bilgi sağlamayı amaçlamaktadır. Özellikle birçok sosyal norm müdahalesi, sağlık davranışı hakkında doğru ve sağlıklı normları teşvik eden sosyal medya kampanyaları ile gerçekleştirilmektedir (LaMorte, 2019). Söz konusu sosyal norm kampanyaları şu aşamaları kapsamaktadır:

- Mesajı iletmek için verilerin değerlendirilmesi ve toplanması
- Dağıtılacak normatif mesajı seçimi
- İyi algılandığından emin olmak için mesajın hedef grupla test edilmesi
- Mesajın teslim edileceği yöntemin seçimi
- Teslim edilecek mesajın miktarı veya dozu
- Mesajın etkinliğinin değerlendirilmesi

Sosyal norm kampanyaları şu anda birçok devlet kurumu ve ajansı, vakıf ve kar amacı gütmeyen çeşitli kuruluşlar tarafından finanse edilmektedir. Fakat bazen de endüstriyel kuruluşlar tarafından finanse edilir. Sosyal norm kampanyaları hakkında birçok değerlendirme yapılmıştır.

Sosyal Norm Teorisi'ni kullanmadan evvel teoriye yöneltilen ve aşağıda maddeler halinde belirtilen eleştirileri de göz önünde bulundurmak gerekir:

- Sosyal normlara odaklanan bir müdahalenin katılımcıları, sahip oldukları yanlış algılamalar nedeniyle kendilerine sunulan ilk mesajları sorgulayacaklardır. Bu yanlış anlaşılmaları düzeltmek amacıyla bilgilerin güvenilir bir şekilde sunulması gerekir.
- İlk aşamalarda yetersiz veri toplama, güvenilmez verilere ve kötü normatif mesaj seçimine yol açabilir. Bu, kampanyayı zayıflatır ve yanlış algılamaları güçlendirebilir.
- Mesaj doğru seçilmiş olsa bile, hedef kitle için güvenilir olmayan kaynaklar kampanya çekici olmayan bir mesajla sonuçlanabilir.
- Hedef kitle tarafından alınan mesajın dozu veya miktarı, bir etki yaratmak için yeterli miktarda olmalı fakat sıradanlaşacak kadar da fazla olmamalıdır.

Bu tür olumsuz yönleri bulunmasına rağmen Sosyal Normlar Teorisi, grup düzeyinde yanlış algılamaları değiştirmeye odaklanarak bireysel davranışı değiştirmede etkili olabilir. Sosyal norm müdahaleleri tek başına ya da diğer müdahale stratejileri ile birlikte kullanılabilir. En etkili sosyal norm müdahaleleri, risk altındaki kitleyi hedefleyen doğru ve etkili mesajlara sahip olanlardır. Mesajları hedeflemek için, ilgili grupta var olan normları anlamak için önemli miktarda araştırma yapılmalı ve veri toplanmalıdır. Sosyal norm müdahaleleri, hedef kitleyi aktif olarak meşgul eden etkileşimli formatlarda sunulduğunda etkisi büyük olacaktır.

4.4.2.5. İletişim Teorisi

İletişim Teorisi'nin araştırma konuları bireysel, kişilerarası, grup, örgüt, toplum ve kültür düzeyindeki iletişimden, düzenlenen medya kampanyalarına ve davranışla ilgili mesajlara kadar uzanmaktadır (Glanz vd., 2008, s.364).

Örneğin, bireysel düzeyde, bir kişinin sağlıkla ilgili bilgileri nasıl işlediği ve bunu nasıl eyleme dönüştürdüğü; kişiler arası düzeyde, iki kişinin bazı sağlık davranışı sonuçlarıyla ilgili olarak nasıl etkileşime girdiği ve birbirini nasıl etkilediği; grup veya örgüt düzeyinde, birçok insan arasındaki iletişimin, sağlıkla ilgili bir hizmetin etkin şekilde sunulması da dahil olmak üzere, sağlık davranışı değişikliğini nasıl etkilediği;

toplum veya kültür düzeyinde, iletişimin sosyal yapının kısıtlamaları içinde sağlık davranışı değişikliğine nasıl katkıda bulunduğu incelenebilir (Glanz vd., 2008, s.364).

İletişimin etkisi her yerdedir ve insan davranışını anlamının merkezinde yer alır. Ancak, tek bir teori tüm iletişim sonuçlarını açıklayamaz ve tahmin edemez (Bryant ve Miron, 2004). Mikro düzeyden makro düzeye, çeşitli seviyelerdeki değişim, farklı dinamikleri içerebilir ancak davranışları şekillendirmek için birleşirler. Seviyeler arası iletişim analizlerini birbirine bağlamak ve entegre etmek önemlidir.

Teknolojinin sistemler içinde organizasyonu kilit öneme sahiptir. Günümüzde medya; dünya çapında haber, bilgi, eğlence ve reklamları sistematik olarak toplayan, işleyen, yayan ve etkileşim için küresel platformlar sağlayan birbirine bağlı kuruluşlardır.

Tablo 12: Seçilmiş İletişim Kuramları ve Analiz Düzeyleri

Analiz Düzeyi	Teori/Konspet
Mikro düzeyde analiz (örneğin, medyanın bireyler üzerindeki etkileri)	Beklenti Değer Teorileri/Entegre Davranış Modeli
	Sosyal Bilişsel Teori
	Bilgi İşleme Teorileri
	Mesaj Etkileri Teorileri ve İkna
Makro düzeyde analiz (örneğin, topluluklar ve sosyal sistemler üzerinde ve bunlar aracılığıyla medya etkileri)	Bilgi Boşluğu
	Gündem Belirleme
	Tanım, Sosyal Sorunların Çerçevesi
	Geliştirme Çalışmalar
	Risk İletişimi

Kaynak: Glanz vd., 2008, s.368.

İletişim Teorisi başlıca iki alana odaklanmaktadır. Birincisi, *mesaj üretimidir*. Medya çalışmasında sağlık davranışını etkileyebilecek içeriğin oluşturulmasını şekillendiren sosyal ve örgütsel faktörlerin neler olduğu ve mesajın ne şekilde iletileceği belirlenmektedir. İkincisi ise *medya etkileridir*. Yani medyaya maruz kalmanın bireyler, gruplar, kurumlar ve sosyal sistemler üzerindeki etkilerinin araştırılmasıdır (Glanz vd., 2008, s.364-367).

4.4.2.5.1. Mesaj Üretimi

Medya kuruluşları haber, reklam, eğlence ve bunların çeşitli kombinasyonlarını oluşturmak için görevlerin uzmanlaştığı ve rutinleştiği bürokrasilerdir. Örneğin, gazeteciler haber yapmak amacıyla kullanılan bilgileri toplamak için rutin olarak yerleşik veya resmi kaynaklar ararlar. Kaynakları kullanma biçimleri genelde basittir; güvenilir, erişilebilir ve doğru bilgi sağlayabilecek durumda olmalıdırlar. Kaynaklar devlet kurumlarının, işletmelerin veya diğer güçlü grupların veya seçkinlerin sözcüleri olabilir (Donohue vd., 1995). Gazeteciler, kendilerine özgü bir dünyada öngörülebilirliği sağlamak için haber toplama sürecini rutin hale getirir. Dijital çağdan önce, yerleşik kaynaklardan düzenli bir bilgi kaynağına güvenmek, genellikle sosyal güce sahip olmayan grupların haber yapımına erişme olasılığının daha düşük olduğu ve dolayısıyla daha az etkiye sahip olduğu anlamına geliyordu (Glanz vd., 2008, s.366).

Ana akım medya kanallarında haber haline gelen her şey, haber kaynaklarının ve medya profesyonellerinin etkileşiminin ürünüdür. Ancak profesyonel olmayanlar da haber olaylarının yorumunu giderek daha fazla etkilemektedir. Kaynaklar, sosyal sorunları tespit etme ve bunları medyanın dikkatine sunma konusunda kilit rol oynamaktadır. İster kampanyaları, devlet kurumlarını, çıkar gruplarını veya diğer çıkarları temsil etsin, kaynaklar medya için rekabet eder. Dolayısıyla bir konunun veya sorunun kamu profilini tanımlamaya veya artırmaya çalışırken kamuoyunun dikkatini çeker. Örneğin ABD'deki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), sigara içmenin durumu ve sağlık üzerindeki etkileri hakkında düzenli olarak raporlar yayınlayan önemli bir resmi halk sağlığı bilgi kaynağıdır. Raporlar yıldan yıla, CDC'nin haber medyasının ve genel kamuoyunun dikkatine sunmak istediği sigara sorununun farklı yönlerini vurgulamaktadır (örneğin, genç kadınlar arasında artan sigara içme oranı gibi). Her ne kadar resmi kaynaklara bağımlı olsalar da, medya profesyonelleri de bir sorunu tanımlamada ve haber hikayelerini oluşturma biçimlerinde bir miktar özerkliğe sahiptir.

Sosyal bir sorunun tanımı, halkın onu nasıl anladığı ve sorunu iyileştirmek için atılan adımları, farklı grupların soruna verdiği dikkati ve insanların edindiği bilgileri nasıl etkilediği açısından çok önemlidir (Vishwanath vd., 1991). Burada da Web, ana akım medyadaki sosyal sorunlara alternatif çerçeveler sağlamak için rakip gruplara fırsatlar sunmaktadır. Marjinalleştirilmiş bir bakış açısı artık ana akıma karşı bir toplumsal harekete dönüşebilir (Miroff, 2007).

Etkili mesaj üretilebilmesi için mesajların hedef kitleye uyarlanması gerekmektedir. Bu uyarlanma süreci ise Tablo 13’te de görüleceği üzere dört unsurdan oluşmaktadır: İçerik, bağlam, tasarım ve üretim, kanalların sayısı ve türü.

Tablo 13: Mesajların Uyarlanması

Bileşenler	Tanım
İçerik	Mesaj içeriğinin bireyin istek ve ihtiyaçlarına uygun olması.
Bağlam	Mesajın birey için geçerli olacak şekilde oluşturulması.
Tasarım ve Üretim	Mesajın birey için ilginç olması.
Kanalların Sayısı ve Türü	Mesajı iletmek için uygun kanalların kullanılması ve mesaja maruz kalma miktarının birey için kabul edilebilir olması.

Kaynak: Fertman ve Allensworth, 2010, s. 68.

4.4.2.5.2. Medya Etkisi

Görüntülerin, fikirlerin, temaların ve hikayelerin medya tarafından yayılmasının sonuçları, yaygın olarak medya etkileri başlığı altında tartışılmaktadır. Medya bireyler, gruplar, kurumlar veya topluluklar arasında bir sonucu (bilgi, fikir, tutum, davranış) şekillendirebilir, ancak aynı zamanda izleyiciden de etkilenebilir. Medya araştırması, izleyicilere pasif alıcılar olarak değil, aktif arayanlar ve bilgi kullanıcıları olarak bakma konusunda güçlü bir geleneğe sahiptir (McLeod ve Perse, 1994).

Medya çalışmaları, araştırmada uygulanan analiz düzeyinde bireyden gruplara, topluluklara ve sosyal sistemlere göre değişir. Ana teoriler ve kavramlar, analiz düzeyine göre düzenlenir. Her düzeyde, birkaç temel teori ve kavram ile disiplinin kökeni sağlanır.

Bireysel analiz düzeyinde medya çalışmaları, medyaya maruz kalınmasından kaynaklı motivasyon, bilgi, katılım, tutum ve davranışlar üzerindeki etkileri vurgular. Medyaya maruz kalmanın bireysel düzeydeki etkilerini anlamak için araştırmalar, Nedene Dayalı Eylem Teorisi, Sağlık İnanç Modeli ve Sosyal Bilişsel Teori gibi sıklıkla kullanılan sağlık davranışı teorilerinden yararlanmıştır (Glanz vd., 2008, s.367).

Makro düzeydeki gözlem birimleri ise çeşitli topluluk ortamlarındaki, gruplardaki, organizasyonlardaki, sosyal kurumlardaki ve topluluklar, ulus devletler dahil olmak üzere büyük ölçekli sosyal sistemlerdeki popülasyonları kapsamaktadır. Gerçekleştirilen araştırmaların halk sağlığı ile açık bir bağlantısı bulunmaktadır; bu

ilişkilerde rehberli sosyal değişim, sosyal hareketler ve toplum temelli sağlık müdahaleleri iletişim stratejilerini test etmek için önemli ayarlar haline gelmiştir (Glanz vd., 2008, s.376).

4.4.2.5.4. Bireysel Düzeyde Ana Modeller

Bireysel düzeydeki çalışmaları üç teori grubu etkilemiştir. Birincisi, beklenti-değer teorileri ve Sosyal Bilişsel Teori gibi davranışları yönlendiren mekanizmaları açıklayan teorilerdir. İkincisi, bilgi işleme teorileri ve üçüncüsü ise mesaj etkisi teorileridir (Glanz vd., 2008, s.367-369).

- *Beklenti değer teorilerinin* temel varsayımı, insanların davranışsal seçimlerinin sonuçları hakkında sahip oldukları inançlar veya beklentiler ve bu sonuçlara verdikleri değer tarafından yönlendirildiğidir. Bu teorilere göre yeni bilgiler ya inançları değiştirebilir, ya da mevcut inançları güçlendirebilir. Medya perspektifinden bakıldığında Sosyal Bilişsel Teori'nin itici gücü, insanların kendilerini düzenleme yeteneğine sahip ve gözlem yoluyla öğrenebilen, gördüklerinden sonra kendi davranışlarını modelleyebilen varlıklar olmasıdır. Daha da fazlası, Web sayesinde insanlar artık haberleri yaratıyor, işliyor ve kendi medyalarını üretiyorlar. Bir TV dizisindeki karakterler gibi kitle iletişim araçları, eylemlerinin olumlu ödüllere yol açtığı algılanırsa, taklit edilecek modeller sağlayabilir. Medya öz yeterliliği pekiştirebilir veya öğretebilir.
- *Bilgi işleme teorileri*, medya mesajlarının tutumlarda nasıl değişikliklere yol açabileceğine veya mevcut tutumları nasıl güçlendirebileceğine odaklanır. Her ikisi de sigara karşıtı mesajlar gibi ikna edici mesajların iki olası yolla işlenebileceğini ima eder. Merkezi veya sistematik bir işleme yolu, mesaj argümanlarının kasıtlı, düşünceli bir şekilde tartılmasını içerir ve bu tür işlemeye eşlik eden değişikliklerin daha kalıcı olması muhtemeldir. Bununla birlikte, çevresel veya sezgisel işleme, düşük motivasyon koşullarında gerçekleşir ve alıcı, bir ürünü sunan bir sözcünün tanınmış olması durumu gibi çevresel ipuçlarına güvenir.
- *Mesaj etkisi teorileri*, mesajların biçimlerinin ve yapısının, bilgi işlemeyi etkilemek için tutum ve yeteneklerle etkileşime girdiğini varsayar (Capella ve Rimer, 2006). En yaygın olarak araştırılan unsurlar çerçeveleme, örnekleme,

anlatılar ve heyecan arayışıdır. Çerçevelemenin iki anlamı vardır. Mesajların bir argümanı nasıl olumlu veya olumsuz bir şekilde çerçevelediğini ifade edebilir. Örneğin, ikna edici mesajlar bırakmanın avantajlarını anlatarak veya bırakmanın sonuçlarını vurgulayarak kişiyi sigarayı bırakmaya teşvik edebilir (Rothman vd., 2006). Çerçeveleme, iletişim sosyolojisinde farklı bir şekilde kullanılmıştır; burada çerçeveleme, bir sorunun nasıl tanımlandığı anlamını taşır. Mesajlardaki örnekler, genel bir olay sınıfının açıklayıcısı olarak hizmet edecek şekilde yapılandırılmıştır. Örneğin, obeziteyi azaltmak için obezite cerrahisi ile ilgili bir haber, ameliyat olmak üzere olan veya ameliyat olmuş birinin durumu, ameliyat hakkında yazmak için kullanılabilir (Zillmann, 2006). Anlatılar en güçlü ve görünür mesaj yapıları arasındadır. Aile planlaması, AIDS eğitimi ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek için yaygın olarak kullanılırlar. Heyecan arayışı, yenilik arayışı ve dürtüsel karar verme ile karakterize edilen ve mesajların dikkatini, işlenmesini ve anlaşılmasını etkileyen bir kişilik özelliğidir. Heyecan arayanlar, deneyimlerinde yoğunluğu ve uyarımı tercih ederler ve bu kişiler korunmasız cinsel ilişki ve yasadışı uyuşturucu kullanımı gibi riskli davranışlara yatkındırlar. Yüksek sansasyon değerine sahip mesajların bu kitle arasında daha etkili olma olasılığı yüksektir ve uyuşturucu kullanımını caydırmak ve güvenli seks teşvik etmek için başarıyla kullanılmıştır (Stephenson ve Southwell, 2006).

4.4.2.3.5. Makro Düzeydeki Teoriler

Medya araştırmalarından kaynaklanan bir başka teori grubu, birden fazla seviyeye odaklanır. Medya ve stratejik iletişim kampanyaları ile günlük etkileşimle ilgili olarak halk sağlığı ile özel bir ilgisi vardır. Bu bölümde bilgi boşluğu, gündem belirleme, geliştirme çalışmaları ve risk iletişimi olmak üzere dört medya etkisi yaklaşımına yer verilecektir (Glanz vd., 2008, s.371-372).

- *Bilgi boşluğu* araştırması, bireyler veya grupları hedeflemekte ve mesaja en fazla ihtiyaç duyanlara ulaşılacak mesaj kanalını dikkatli bir şekilde seçmek suretiyle sağlık bilgisi eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamaktadır.
- *Gündem belirleme* araştırması, hedef kitlenin sağlık politikasına ilişkin düşüncelerini etkilemeyi hedeflemektedir.

- *Geliştirme çalışmaları*, medya ve mesajın bireyin gerçeklik algısı üzerindeki etkisini analiz etmektedir.
- *Risk iletişimi* araştırması ise riskin paylaşılması ile davranış değişikliğinin teşvik edilmesi arasındaki ince dengenin araştırılmasını kapsamaktadır. Riskle ilgili iletişim, halk sağlığında özel bir endişe kaynağıdır. Bireysel ve toplumsal çalışma düzeyleri arasında köprü kurar.

4.4.2.5.6. Planlı Medya Kullanımı

Medya çalışmaları çerçevesi, medya içeriğinin gelişimini etkileyen koşulları, süreçleri, yapıları ve bu içeriğe maruz kalmanın bireyler, kurumlar ve toplumlar arasındaki etkilerini inceler. Medyanın halk sağlığı üzerindeki etkisi, bir televizyon programı izlerken reklama maruz kalmak gibi medyanın rutin, günlük kullanımı ve gençleri sigara içmekten caydırmak için bir kampanya gibi medyanın planlı kullanımı yoluyla ortaya çıkabilir (Glanz vd., 2008, s.379-380).

Medya çalışmaları ve medyanın sağlık üzerindeki etkileri, diğer sağlık davranışı teorilerinden ayrı olarak yapılamaz. Medya çalışmaları çerçevesini diğer sağlık davranışı teorileriyle, psikoloji ve sosyolojiden ilgili teorilerle daha iyi bütünleştirmeye ihtiyaç vardır (Glanz vd., 2008, s.380).

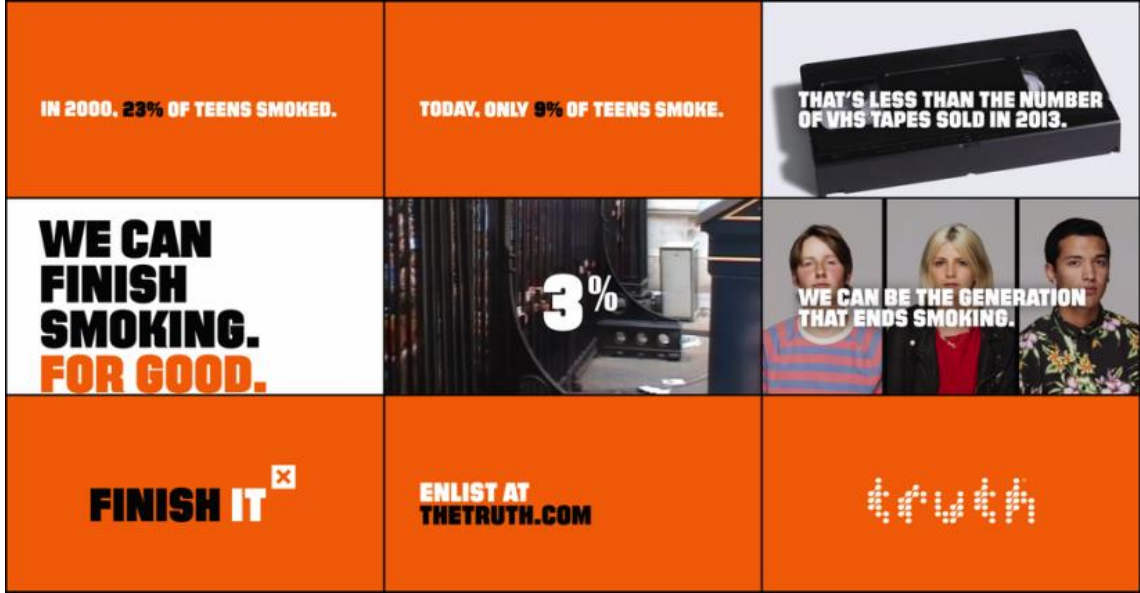
Medya çalışmaları, biçimlendirici analiz ve strateji geliştirme aşamalarında ve sonuçların değerlendirilmesinde faydalıdır. Aşağıda bu türden iki uygulamaya yer verilecektir.

Uygulama 1: Amerikan Mirası Vakfı'nın Karşı Pazarlama Kampanyaları

Medya etkileri, medya içeriğine maruz kalmanın bireyler ve nüfus grupları üzerindeki etkileri düşünüldüğünde Amerikan Mirası Vakfı tarafından desteklenen “the Truth” kampanyası, gençler arasındaki tütün kullanımını azaltmak için etkili bir planlı medya stratejisi olarak övülür. Kampanya, gençleri yanıltıcı ve saldırgan tütün endüstrisi pazarlama uygulamalarına karşı uyarmak için karşı pazarlamayı (karşı reklam olarak da adlandırılabilir) kullanmıştır. Erken Florida kampanyasında ve daha sonra ulusal bir kampanyada gençlerin tütünle ilgili inançlarını, tutumlarını ve sigara içme yaygınlığını değiştirmede başarılı olunmuştur. Ayrıca, kampanyaya maruz kalan gençlere ilişkin okul tabanlı anket verilerini kullanan değerlendirmeler, “the Truth” kampanyası ile sigara

kullanımının gençler arasındaki yaygınlığının düşmesinde bir etki-tepki ilişkisine dair kanıt sağlamıştır.

Resim 1: The Truth Kampanyasına Dair Reklam Afişi



Kaynak: www.theodysseyonline.com/amp/the-truth-about-the-truth-campaign-2478449258 Erişim Tarihi: 24 Haziran 2021

Bu etkileyici bulgular, araştırmacıları “the Truth” ve benzeri reklam karşıtı kampanyaların gençlerin bilişini ve davranışını etkilemek için nasıl çalıştığını daha iyi anlamaya çalışmaya yöneltmiştir. Hersey ve diğerleri (2005), bu kampanyaların sigara içmeye ve sigara içme davranışına açık olmayı etkilemiş olabileceği mekanizmalar hakkında bilgi sağlayabilecek teoriye dayalı bir modeli test etmek için Yapısal Eşitlik Modellemesi’ni kullanmıştır. Kampanya etkileri Nedene Dayalı Eylem Teorisi’nden türetilen hipotezle tutarlı olmuştur. Nedene Dayalı Eylem Teorisi ile tutarlı olarak, “Truth” kampanyasına daha yüksek düzeyde maruz kalma, tütün endüstrisi uygulamaları hakkında daha olumsuz inançlar, endüstriye yönelik olumsuz tutumlar ve tütün reklamlarına daha düşük duyarlılık ile ilişkilendirilmiştir. Buna ek olarak, olumsuz endüstri tutumları, medya ve akran etkisinin gençlerin direncini artırmalarına yardımcı olduğu, bunun da gençlerin sigara içme niyetleri ve davranışlarını etkileme olasılığını bir miktar da olsa olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Glanz vd, 2008, s.380-381).

Kapsamlı kampanya erişimi ve etkileyici kampanya başarısına rağmen, “Truth” kampanyasına maruz kalmanın sonucu olarak bir *bilgi boşluğu* bulunduğu dair kanıtlara rastlanmıştır. Hersey ve diğerlerinin araştırmaları (2005), kampanyanın

Afroamerikanlar arasında diğerk gruplara göre daha güçlü endüstri karşıtı inançlar ve tutumlar oluşturduğunu, endüstri tutumları ile sigara içme durumu arasındaki doğrudan ilişkinin Afroamerikanlar ve Hispanikler arasında beyazlardan daha güçlü olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmalar, söz konusu doğrudan ilişkinin erkeklerde kadınlara kıyasla daha güçlü olduğunu da göstermiştir.

Bilgi Boşluğu Hipotezi ile tutarlı olarak, cinsiyet ve ırk veya etnik gruplar arasında davranışı eğitmek ve etkilemek için yola çıkan büyük ölçüde başarılı kampanyalar bile öğrenme, tutum etkileri ve davranış değişikliği açısından farklı sonuçlar elde edebilir.

Uygulama 2: Çocuklukta Beslenme ve Obezitenin Haber Çerçevesi

Gazeteciler ve medya kuruluşları belirli bir hikâyeyi yayınlayacakları açıları veya çerçeveleri seçtiklerinden, bu bölümün başlarında bahsi geçen “çerçeveleme”, mesaj üretim sürecinin kritik bir parçasıdır. Halk sağlığı profesyonelleri, sağlık sorunlarıyla ilgili haber çerçevelerini etkileme ve böylece halkın sağlık bilgilerine rutin olarak maruz kalmasını etkileme fırsatına sahiptir. Haber çerçeveleri, sosyal bir sorunu tanımlamaya, sorun ve çözümleri için sorumluluk yüklemeye yardımcı olabilir. Belirli bir haber çerçevesine maruz kalmak, halk ve politika yapıcılar arasında baskın bir diyalog ve söylem oluşturabilir (Glanz 2008, vd, s.381).

Bu başlık altında, çocukluk çağı obezitesinin medyada nasıl çerçvelendiğine ve halk sağlığı profesyonellerinin konuyu yeniden çerçvelendirerek mesaj üretim sürecini etkilemek için nasıl çalıştıklarına dair bir araştırmadan bahsedilecektir. Araştırmanın temelinde, halk sağlığı hedefi sadece bireysel davranışı değil, aynı zamanda çocukluk çağı obezitesini azaltmaya yönelik politika önlemlerini de teşvik etmek vardır.

Woodruff ve diğerleri (2003), bu konuyla ilgili hikayelerde kullanılan temel argümanları ve bakış açılarını 1998’den 2000’e kadar Kaliforniya gazetelerinde çocuklukta beslenme ve obezite ile ilgili medyada yer alan bir içerik analizi yapmıştır (Woodruff vd., 2003). Adı geçen araştırmacılar, çocuklukta beslenme ve obezitenin, öncelikle politika çözümleri gerektiren bir halk sağlığı sorunu olarak mı, yoksa öncelikle bireysel ve aile sorumluluğu sorunu olarak mı çerçvelendiğini incelediler. Araştırma sonucunda, çocukluk çağı obezitesi sorununun hem bireysel faktörlere (çok fazla televizyon izleme, aşırı yeme gibi) hem de çevresel faktörlere (okul kahvaltısı programları, fast-food satış noktalarının yaygınlığı, gazlı içeceklerin mevcudiyeti gibi) atfedildiğini

bulmuşlardır. Bununla birlikte araştırmacılar, Kaliforniya'daki çocukluk çağı obezite sorununun çözümlerinin sorumluluğunu çerçevelerken, yüklemenin neredeyse tamamen bireysel davranışa odaklandığını buldular. Önerilen çözümlerin çoğu, sorunu birden fazla etki düzeyine atfetmesine rağmen yalnızca “bireysel sorumluluk” çerçevesini içeriyordu. Okul yemeklerini iyileştirmek veya gıda etiketlemesini basitleştirmek gibi politika çözümleri nadiren tartışıldı.

Bu bilgidен yola çıkan uzmanlar, halk sağlığı uygulayıcılarını ve savunucularını çocukluk çağı obezitesi de dahil olmak üzere, halk sağlığı sorunlarının haber kapsamını yeniden çerçevelemek için bir makale yayınlamıştır. Araştırmacılar, halk sağlığı sorunlarının çözüm tartışmasını genişletebilecek çerçeveler olarak sosyal adalet ve kolektif sorumluluk değerlerine işaret etmiştir (Dorfman vd., 2005). Araştırmacılar ayrıca, politika düzeyinde müdahaleler için kamu desteğini harekete geçirmek ve politika yapıcılarını soruna yönelik çözüme ikna etmek için çocuklukta obezite çözümlerini bireyler, devlet kurumları ve şirketler arasında paylaşılan bir sorumluluk olarak yeniden şekillendirmeyi savunmuştur.

Araştırmacılar, “Sorun nedir?”, “Bu sorun neden önemlidir?” ve “Ne yapılmalıdır?” sorularına odaklanmıştır. Kaliforniya lise kafeteryalarında fast-food yaygınlığına ilişkin bir araştırmayı duyurmak için bu mesaj bileşenlerinin kullanımını örnek olarak vermişlerdir. Araştırma, kampüste markalı fast-food mağazaları olan liselerin yüksek bir yüzdesini ortaya çıkarmıştır. LEAN Projesi adlı bir koalisyon tarafından verilen yanıt, hem yerel okul bölgesi hem de eyalet hükümeti düzeylerinde kurumsal çözümler üretilmesi çağrısında bulundu. Temel mesajları ise şunlardı (Glanz vd, 2008, s.382):

- Lise kampüslerinde fast-food yaygındır. (Sorun nedir?)
- Kampüsteki fast food, gençlerin obezitesine katkıda bulunuyor ve gelecek neslin sağlığını tehlikeye atıyor. (Bu sorun neden önemlidir?)
- İki çözüm vardır. Birincisi, okullar öğrenciler için ilgi çekici, uygun fiyatlı sağlıklı yiyecek seçeneklerini teşvik etmelidir. İkincisi ise hükümet yemek servisi için yeterli fon sağlamalı ki, yerel okul bölgeleri fast-food satıcılarıyla sözleşme yaparak bütçelerini tamamlamak zorunda kalmassın. (Ne yapılmalıdır?)

Resim 2: Lean Projesine İlişkin Bir Görsel.



Kaynak: <https://www.californiaprojectlean.org/ryd/images/RYD-homepage-masthead.jpg>

Koalisyon, böylesine odaklanmış ve stratejik bir mesaj kullanarak, Kaliforniya gazetelerinde birçok gencin obezite sorununu ele almak için ortak kurumsal sorumluluk çerçevesini yansıtan önemli haber makalelerinde ve fikir yazılarında artışa katkıda bulunmuştur (Dorfman vd., 2005).

Dorfman ve diğerleri, halk sağlığı sorunlarını için kullanılan haber çerçevelerini etkilemek ve böylece insanların ve politika yapıcıların sağlık bilgilerine rutin olarak maruz kalmasının doğasını değiştirmek için halk sağlığı savunucularına önemli 3 tavsiyede bulunmuştur (Dorfman vd., 2005):

- İstenen değişimi motive eden temel değerleri ve inançları anlayın ve ifade edin.
- Mesajların bileşenlerini, bu sorunun kısa bir tanımıyla ve buna karşılık gelen acil çözümlerle bütünleştirecek şekilde ifade edin.
- Sorunun geniş manzarasını veya bağlamını ve çözümünü, muhabirlere görünür hale getirme yeteneği de dahil olmak üzere, mesajı iletin ve rakiplerle etkin bir şekilde rekabet etmek için medya becerilerini geliştirin.

4.4.3. Precede-Proceed Planlama Modeli

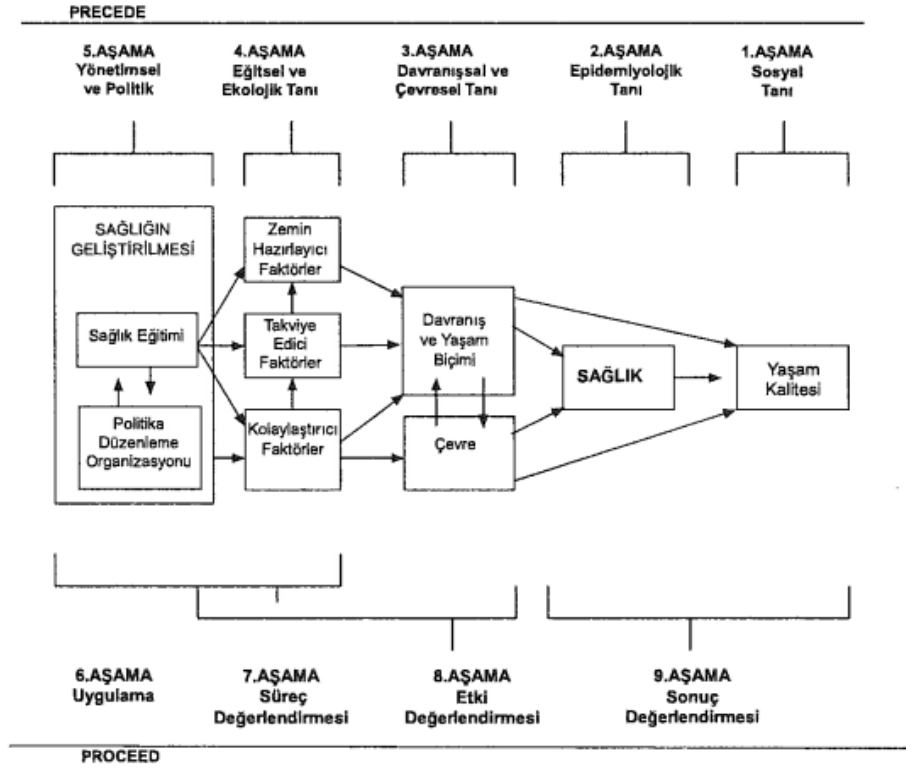
Sağlık profesyonellerinin sağlık davranışı teorilerini uygulama becerisi, çağdaş halk sağlığı sorunlarına yönelik programların tasarlanmasında ihtiyaç duyulan en kritik becerilerden biridir. Bunların neredeyse tamamı, temel davranışsal risk ve koruyucu faktörleri ele almaktadır. Precede-Proceed Planlama Modeli, bu becerileri eyleme geçirmeye yardımcı olmaktadır (Glanz 2008, vd, s.408).

Bireysel düzeyde teoriler, topluluk düzeyinde teoriler, kişilerarası iletişim, basılı materyaller, etkileşimli bilgisayar teknolojileri, medya kampanyaları ve taban örgütlenmesi, sağlık davranışı programlarını tasarlamak, uygulamak ve değerlendirmek için sağlık profesyonellerinin kullanabileceği araçlardan sadece birkaçını temsil etmektedir. Tipik olarak, belirli bir popülasyonu etkileyen bir sorun tespit edilmiştir ve sağlık uygulayıcıları, ister toplumdaki küçük çocuklar arasında yüksek obezite oranları olsun isterse acil olmayan bakım için acil servislerin uygunsuz kullanımı olsun, sorunu çözmek için bir şeyler yapmalıdır. Otuz yılı aşkın süredir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının temel taşı olan Precede-Proceed gibi bir planlama modeli bu süreçte rehberlik edebilir (Phillips vd., 2012).

Precede-Proceed Planlama Modeli, büyük potansiyele sahip sağlık girişimlerinin en iyi sonuçlara ulaşmalarını sağlamak için farklı veri kaynaklarını sentezleyerek öznellik riskini en aza indirir. Model, sağlık ve sağlık risklerinin belirleyicilerinin çok faktörlü olduğu ve davranışsal, çevresel ve sosyal değişimi etkilemek için çok yönlü ve çok sektörlü çabaların gerekli olduğu önermesine dayanmaktadır (Phillips vd., 2012).

Precede-Proceed Modeli, çeşitli sağlık tedavi girişimlerinin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine rehberlik etmek için küresel sağlık hizmeti ortamlarında kullanılmaktadır.

Şekil 18'den de görüleceği üzere model, 1970'li yıllarda Dr. Lawrence W. Green ve diğerleri tarafından geliştirilen bir teşhis aracından, çevresel sağlık faktörlerini ve değerlendirmeyi sürece entegre eden, 2 kısımdan oluşan 9 aşamalı bir modele dönüşmüştür.

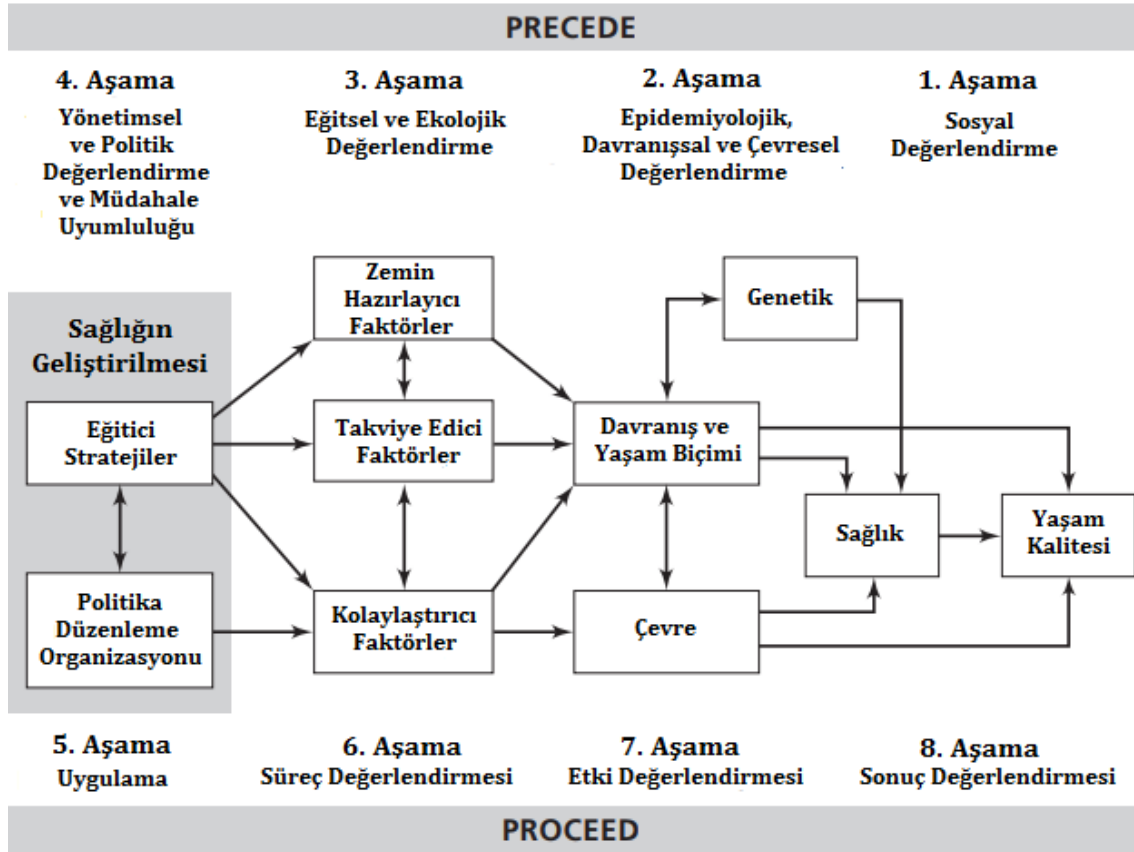


Şekil 18: Precede-Proceed Modeli'nin İlk Versiyonu (Green ve Kreuter, 1999).

Precede-Proceed, bir yol haritası olarak, davranış değişikliği teorileri ise bir varış noktasına özel yönler olarak düşünülebilir. Yol haritası tüm olası yolları sunarken, teori izlenecek belirli yolları önerir. Önceki bölümlerde açıklanan teorilerin aksine, Precede-Proceed Modeli'nin temel amacı, ilgilenilen bir sonuçla ilişkili olduğu düşünülen faktörler arasındaki ilişkiyi tahmin etmek veya açıklamak değildir. Bunun yerine, temel amaç sağlık davranışı değişikliği programlarını planlamak ve değerlendirmek amacıyla teorileri ve kavramları sistematik olarak uygulamak için bir yapı sağlamaktır. Green ve Kreuter'e ait modelin en son versiyonunda (Green ve Kreuter, 2005), Precede-Proceed'in sayısız uygulamasının ve doğrulamasının, onu bir model olarak adlandırmayı ve bazı uygulamalarda teorik veya nedensel bir model olarak nitelendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Green ve Kreuter ayrıca, bir sonucun belirleyicilerini belirlemeye çalışan "nedensel teori" ile müdahalelerin belirleyicileri ve sonuçları nasıl etkilediğini açıklamaya çalışan "eylem teorisini" birbirinden ayırır. Precede-Proceed, nedensel değerlendirme ile müdahale planlama ve değerlendirmeyi, tek bir kapsayıcı planlama çerçevesinde bağlaması bakımından bir "mantık modeli" örneğidir.

Precede çerçevesi, 1970’lerde Green ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (Green ve diğer., 1980). “Precede”, İngilizce “Predisposing, Reinforcing and Enabling Construcs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation (Önceden Hazırlama, Güçlendirme, Eğitimsel/Çevresel Tanıda ve Gelişimde Zemin Hazırlayıcı, Takviye Edici ve Kolaylaştırıcı Faktörler)” kelimelerinin baş harflerini ifade eden bir kısaltmadır. (Sabırcan, 2012, s.113) Precede, tıpkı tıbbi bir teşhisin bir tedavi planından önce gelmesi gibi, eğitimsel teşhisin de bir müdahale planından önce gelmesi gerektiği fikrine dayanmaktadır. Bu yaklaşım, bazı sağlık profesyonelleri arasında, sağlık eğitiminin programların uygulanmasına çok fazla odaklanıldığı ve gösterilen ihtiyaçları karşılamak için stratejik olarak planlanmış müdahaleleri tasarlamaya çok az odaklanıldığı endişesini ele almıştır.

1991 yılında, çevresel faktörlerin sağlık ve sağlık davranışlarının belirleyicileri olarak önemini tanıtmak için çerçeveye Proceed eklenmiştir. “Proceed”, İngilizce “Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmantal Development (Politika, Düzenleme ve Eğitim ve Çevresel Gelişimdeki Kurumsal Yapılar)” kelimelerinin baş harflerinden oluşmaktadır (Sabırcan, 2012, s.113). Proceed, yaşam tarzının (sağlıkla ilgili davranış kalıplarının) sağlık üzerindeki etkisinin takdir edilmesiyle, sigara ve alkol gibi davranışların endüstri, medya, siyaset ve sosyal eşitsizlikler gibi bireyin dışındaki güçlerden etkilendiğini belirtir. Bu nedenle, sağlığın ve sağlık davranışının daha geniş bağlamsal belirleyicilerini anlamak ve ele almak için sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik daha ekolojik yaklaşımlara ihtiyaç duyulmuştur.



Şekil 19: Precede-Proceed Planlama Modeli

2005 yılında, Precede-Proceed yeniden revize edilmiştir. Bu kez yalnızca sağlık davranışı değiştirme programlarının değil, geniş çapta halk sağlığı programlarının temel unsurları olarak daha geniş çapta takdir edilen ekolojik ve katılımcı yaklaşımlarla artan ilgiye yanıt vermek, genetik alanında hızla büyüyen yenilikleri dahil etmek için revize edilmiştir (Institute of Medicine, 2003). Precede-Proceed'in bu sürümü, Şekil 19'dan da görüleceği üzere; dört planlama aşaması, bir uygulama aşaması ve üç değerlendirme aşamasından oluştuğundan daha akıcıdır. Bu yeni versiyon, iki aşamayı, yani epidemiyolojik değerlendirme ile davranışsal ve çevresel değerlendirmeyi birleştiren ve uygun kanıt mevcut olduğunda aşamaları atlamak için seçenekler sunan daha verimli bir planlama modeli sunmaktadır. Ayrıca yeni versiyon, program planlanmasında dikkate alınması gereken sağlığın davranışsal ve çevresel belirleyicilerine ek olarak genetik faktörlerin rolünü de açıkça tartışmaktadır (Green ve Kreuter, 2005).

Precede aşamaları ile uyum içinde çalışarak önceliklerin ve hedeflerin belirlenmesini kolaylaştırırken; Proceed aşamaları, politika uygulama ve sonraki değerlendirme kriterlerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır.

Precede-Proceed değerlendirme ve planlamasının her adımında, programın hedef kitesinden ve paydaşlarından gelen girdileri dahil etmek için çaba gösterilmelidir. Precede-Proceed erevesi tarafından sunulan planlama süreci aynı zamanda en önemli ve en değişken olan faktörleri ele almayı seçerek müdahale hedeflerine öncelik vermeyi de içerir. Sonuç olarak, srec boyunca ölçülebilir hedefler belirlenir (rneğin, kim neyin ne kadarını ne zaman yapacak? Neyin ne kadarı –koşullar, politikalar– ne zaman değişecek?).

1. Aşama: Sosyal Değerlendirme, Katılımcı Planlama ve Durum Analizi

Sosyal değerlendirme, insanların ortak faydaya yönelik özlemlerine ilişkin karşılıklı anlayışlarını genişletmek için tasarlanmış, hem nesnel hem de öznel birden çok bilgi kaynağının geniş katılım yoluyla uygulanmasıdır (Green ve Kreuter, 2005). Bu aşamada planlamacılar topluluğun yeleri, odak grupları ve kanaat önderleriyle görüşmeler yaparak, gözlemler ve anketler gibi çoklu veri toplama faaliyetleri yürüterek topluluk hakkındaki anlayışlarını genişletirler. Burada topluluk terimi, tipik olarak sınırları belirlenmiş bir coğrafi alanı ifade etmek için kullanılır. Daha genel bir ifadeyle, ortak özelliklere, ilgi alanlarına, değerlere ve normlara sahip bir grubu tanımlamak için kullanılabilir. Günümüzde sanal topluluklar, birbiriyle grup olarak ilişkili olan ve coğrafi mesafeyi birbirine bağlayan iletişim teknolojilerini kullanarak etkileşime giren yeleri içeren sosyal birimler olan internet aracılığıyla var olmaktadır (Demiris, 2006).

Sosyal değerlendirme, topluluğun ihtiyaç ve isteklerini dile getirir ve topluluk üyelerinin problem çözme kapasitesini, güçlü yanlarını, kaynaklarını ve değişime hazır olma durumlarını dikkate alır. Sorunlara ek olarak topluluğun güçlü yönlerine odaklanmak, planlamacıların ve topluluk üyelerinin programa hem başlangıçta hem de sonrasında bağlı kalmasını desteklemeye yardımcı olacak daha etkili ve anlamlı ortaklıklar kurmalarına yardımcı olur (Bartholomew vd., 2006). Programlar genellikle hedef kitle, sağlık sorunu veya sağlık davranışı sorunu ile ilgili olarak önceden belirlenmiş olsa da, planlayıcı yine de programı oluşturmak için toplulukla ortaklık kurmalı ve topluluğun yaşam kalitesi sorunlarıyla ilgili endişelerini program hedefleriyle ilişkilendirmelidir. Bir planlama komitesi geliştirmek, topluluk forumları düzenlemek ve anketler

düzenlemek, hedef kitleyi planlamaya dahil etmek için faydalı faaliyetlere örnektir.

Program planlama sürecinin bu aşamasında, toplum örgütlenme teorileri ve ilkeleri önemlidir. Topluluk organizasyonu, topluluk gruplarının ortak sorunlarını veya hedeflerini belirlemelerine, kaynakları harekete geçirmelerine ve toplu olarak belirledikleri hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirmelerine ve uygulamalarına yardımcı olunan bir süreçtir (Minker ve Wallerstein, 2002).

2. Aşama: Epidemiyolojik, Davranışsal ve Çevresel Değerlendirmeler

İhtiyaç değerlendirmesinin bu aşaması, sağlık önceliklerini ve bu önceliklerin davranışsal ve çevresel belirleyicilerini tanımlar.

Epidemiyolojik değerlendirme, programın odaklanacağı sağlık sorunlarını tanımlar, belirlenen öncelikli sağlık sorunlarını etkileme olasılığı en yüksek olan davranışsal ve çevresel faktörleri ortaya çıkarır ve bu öncelikleri ölçülebilir hedeflere dönüştürür (Green ve Kreuter, 2005).

Bir sağlık sorununun davranışsal belirleyicileri ise üç düzeyde anlaşılabilir. Birincisi, sağlık sorununun ortaya çıkmasına ve ciddiyetine katkıda bulunan davranışlar ve yaşam tarzıdır. İkincisi daha uzak belirleyici, risk altındaki bireylerin davranışlarını doğrudan etkileyebilecek başkalarının davranışlarıdır. Üçüncü ve en uzak davranışsal belirleyici, kararları risk altındaki bireyleri etkileyen sosyal veya fiziksel çevreyi etkileyen karar vericilerin eylemleridir. Program planlayıcı, sağlık sorununun davranışsal belirleyicilerinin bu üç düzeyini düşünerek, kapsamlı ve etkili müdahalelerin oluşturulma olasılığını artırır.

Çevresel faktörler, davranışı desteklemek veya sağlık sonucunu etkilemek için değiştirilebilen, genellikle kişisel kontrolün ötesinde, bireyin dışındaki sosyal ve fiziksel faktörlerdir. Çevresel faktörleri değiştirmek genellikle eğitimden başka stratejiler gerektirir.

3. Aşama: Eğitsel ve Ekolojik Değerlendirme

Müdahale için ilgili davranışsal ve çevresel faktörleri seçtikten sonra çerçeve, planlamacıları değişim sürecini başlatmak ve sürdürmek için bulunması gereken öncül ve pekiştirici faktörleri belirlemeye yönlendirir. Bu faktörler zemin

hazırlayıcı, pekiştirici ve olanaklı olarak sınıflandırılır ve toplu olarak davranışsal ve çevresel değişimin meydana gelme olasılığını etkiler. *Zemin hazırlayıcı faktörler*, davranışın gerekçesini veya motivasyonunu sağlayan davranışın öncüleridir (Green ve Kreuter, 2005). Bunlar bireylerin bilgilerini, tutumlarını, inançlarını, kişisel tercihlerini, mevcut becerilerini ve öz yeterlilik inançlarını içerir. *Takviye edici faktörler*, davranışın devam etmesi veya tekrarlanması için sürekli ödül veya teşvik sağlayan bir davranışı izleyen faktörlerdir (Green ve Kreuter, 2005). Sosyal destek, akran etkisi, önemli diğer ve dolaylı pekiştirme buna örnek olarak gösterilebilir. Kolaylaştırıcı faktörler, bir motivasyonun veya çevre politikasının gerçekleştirilmesine izin veren davranış veya çevresel değişimin öncüleridir (Green ve Kreuter, 2005). Kolaylaştırıcı faktörler, davranışı doğrudan veya çevresel bir faktör aracılığıyla dolaylı olarak etkileyebilir.

Aşama 4: Yönetimsel ve Politik Değerlendirme ve Müdahale Uyumluluğu

Dördüncü aşamada planlayıcı programın bileşenlerini (yani müdahaleleri) seçer ve önceden belirlenmiş değişimin öncelikli belirleyicileri ile uyumlu hale getirir. Amacı, programın uygulanması ve sürdürülebilirliği için gereken kaynakları, organizasyonel engelleri, kolaylaştırıcıları ve politikaları belirlemektir.

Program planını oluştururken, belirleyicilerin değerlendirilmesi ile müdahalelerin seçimi arasındaki iki uyum düzeyine bakmak önemlidir. İlk olarak makro düzeyde, istenen sonuçları etkileyebilecek organizasyonel ve çevresel sistemler dikkate alınmalıdır. Bunlar, istenen sağlık davranışını veya sağlık sonucunu destekleyen çevresel değişim için kolaylaştırıcı faktörleri etkileyen müdahalelerdir. İkinci olarak mikro düzeyde, odak noktası hedef kitlenin sağlık davranışlarını daha doğrudan etkileyebilecek birey, akran, aile ve diğerleri üzerindedir. Mikro düzeydeki müdahaleler, özellikle hazırlayıcı, pekiştirici ve kolaylaştırıcı faktörleri değiştirmeye yöneliktir. Başarılı programlar tipik olarak, sağlık sorunları üzerinde yüksek etkiye sahip olmak için birden fazla strateji kullanır (Green ve Kreuter, 2005).

Green ve Kreuter (2005), planlamanın bu aşamasında “müdahale eşleştirme, haritalama, havuzlama ve yamalama” için öneriler sunmak amacıyla program

geliştirme hakkında bir literatürden yararlanmıştır. Spesifik olarak kapsamlı bir program oluşturmak için,

- Ekolojik seviyeleri geniş program bileşenleriyle eşleştirmek
- Teoriye, önceki araştırmalara ve uygulamaya dayalı belirli müdahaleleri, hazırlayıcı, etkinleştirici ve pekiştirici faktörlerle eşleştirmek
- Önceki müdahaleleri ve onları destekleyecek daha az kanıtla sahip olabilecek toplum tarafından tercih edilen müdahaleleri bir araya toplamak
- Kanıtla dayalı en iyi uygulamalardaki boşlukları doldurmak için bu müdahaleleri yamalamak

Gerekir.

Aşama 5 – 8: Uygulama ve Değerlendirme

Bu noktada sağlığı geliştirme programı uygulamaya hazırdır (5. Aşama). Precede-Proceed Planlama Modeli'nin son üç aşaması olan programın sürecini, etkisini ve sonucunu değerlendirmek için veri toplama planları yürürlükte olmalıdır (6 – 8. Aşama). Tipik olarak süreç değerlendirmesi, programın protokole göre ne ölçüde uygulandığını belirler. Etki değerlendirmesi, davranışsal ve çevresel faktörlerin yanı sıra hazırlayıcı, pekiştirici ve kolaylaştırıcı faktörlerdeki değişimi değerlendirir. Son olarak, sonuç değerlendirmesi, programın sağlık ve yaşam kalitesi göstergeleri üzerindeki etkisini belirler. Genel olarak Precede-Proceed Planlama Modeli'nin her adımında yazılan ölçülebilir hedefler, başarıların değerlendirildiği kilometre taşları olarak hizmet eder.

4.4.4. Ekolojik Modeller

Ekolojik sağlık davranışı modelleri, sosyal ve psikolojik etkileri dahil ederken, davranışın çevresel ve politik bağlamlarını vurgular. Ekolojik modeller, çoklu etki düzeylerinin açık şekilde değerlendirilmesine yol açar ve böylece daha kapsamlı müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik eder (Glanz 2008, vd, s.466).

Özellikle son yıllarda, ciddi ve yaygın sağlık sorunlarını azaltacak davranışları değiştirmeye yönelik toplum çapında kapsamlı yaklaşımlara rehberlik etme vaadinden dolayı, araştırma ve uygulamada ekolojik modellere ilgi önemli düzeyde artmıştır. Çevresel, politik, sosyal ve bireysel müdahale stratejilerinin birleşimiyle 1960'lı yıllardan

bu yana ABD'deki tütün kullanım oranlarında büyük azalmalar meydana gelmiştir. Bu deneyim, birçok sağlık sorununda çok düzeyli modellerin ve müdahalelerin uygulanmasını teşvik etmiştir.

Ekolojik bir modelin temel kavramı, davranışın genellikle içsel (biyolojik, psikolojik), kişilerarası (sosyal, kültürel), örgütsel, topluluk, fiziksel çevre ve politika dahil olmak üzere birden fazla düzeyde etkiye sahip olmasıdır. Ekolojik modellerin, sağlık davranışlarının çoklu ve etkileşimli belirleyicilerini anlamak için kapsamlı çerçeveler sağladığına inanılmaktadır. Daha önemlisi, ekolojik modeller her etki düzeyinde sistematik olarak değişim mekanizmalarını hedefleyen kapsamlı müdahale yaklaşımları geliştirmek için kullanılabilir (Glanz vd, 2008, s.466).

Ekolojik sağlık davranışı modellerinin 4 temel önermesi bulunmaktadır:

- 1) *Çok sayıda faktör sağlık davranışlarını etkiler.* Ekolojik modeller, genellikle içsel, kişiler arası, organizasyonel, topluluk ve kamu politikası dahil olmak üzere birden fazla düzeydeki faktörlerin sağlık davranışlarını etkileyebileceğini belirtir.
- 2) *Davranışlar üzerindeki etkiler bu farklı seviyelerde etkileşime girer.* Faktörlerin etkileşimi, değişkenlerin birlikte çalıştığı anlamına gelir. Ekolojik modeller birden çok etki düzeyi belirlediğinden ve her düzeyde birden çok değişken olması muhtemel olduğundan, olası etkileşimlerden hangisinin en önemli olduğunu ayırt etmek zor olabilir. Bu nedenle, araştırma için zorluk, bu etkileşimlerin anlaşılmasını seviyeler arasında genişletmektir.
- 3) *Çok seviyeli müdahaleler, davranışı değiştirmede en üst seviyede etkili olmalıdır.* Ekolojik modellerin doğrudan bir sonucu, tek seviyeli müdahalelerin nüfus çapında güçlü veya sürekli etkilere sahip olma ihtimalinin düşük olmasıdır. Bireyleri hedef alan birçok müdahale örneği kısa vadeli etkiler göstermiştir. Politikalar ve çevreler hedeflenen davranış değişikliklerini desteklediğinde, inançları ve davranışsal becerileri değiştirmek için tasarlanan eğitim müdahalelerinin daha iyi sonuç vermesi muhtemeldir. Çevresel değişim iletişim, eğitim ve motivasyon kampanyalarıyla desteklenmelidir.
- 4) *Ekolojik modeller, davranışa özgü olduklarında en güçlü olanıdır.* Ekolojik modeller, belirli sağlık davranışına uyarlandıklarında araştırma ve

müdahaleye rehberlik etmede en yararlı görünmektedir. Çoğu zaman çevresel ve politik değişkenler davranışa özeldir. Örneğin, gece kulüplerinde prezervatif bulunmasının diyet davranışlarıyla çok az ilgisi vardır. Banliyö mahallelerinde bisiklet parkurlarının varlığının alkol alımını etkilemesi olası değildir. Gıda sübvansiyonlarıyla ilgili politikaların güneşten korunma davranışlarıyla çok az ilgisi vardır. Çevresel ve politik değişkenleri her davranışa özgü olacak şekilde belirleme ihtiyacı, ekolojik modellerin kullanımındaki bir zorluktur. Genel ekolojik modeller, araştırma ve müdahalelere uygulama için ihtiyaç duyulan davranışa özgün modellerin temeli olarak kullanılabilir.

Ekolojik davranış modellerinin nihai amacı, çeşitli etki seviyelerinde değişim mekanizmalarını sistematik olarak hedefleyebilen kapsamlı müdahale yaklaşımlarının geliştirilmesini sağlamaktır. Çevre ve politikalar sağlıklı seçimleri desteklediğinde, sağlıklı seçimler için sosyal normlar ve sosyal destek güçlü olduğunda, bireyler bu seçimleri yapmak için motive olduklarında ve eğitildiklerinde davranış değişikliğinin en üst düzeye çıkması beklenir (Glanz vd, 2008, s.466).

Aşağıdaki uygulamalardan ilki, fiziksel aktiviteyi anlamak için ekolojik modellerin yakın zamanda ortaya çıkışını anlatmaktadır. İkinci uygulama ise ekolojik modeller tarafından yönlendirilen tütün kontrolü için çok düzeyli müdahalelerin etkisini göstermektedir.

4.4.4.1. Sağlık Davranışı Müdahalelerine Başvuru - Tütün Kontrolü

Ekolojik Modeller ve Sigara İçimi: Sigara içme üzerindeki etkiler, nikotin bağımlılığının beyin fizyolojisinden sigara içmeye yönelik akran baskısına, evde sigara içme kısıtlamalarına ve vergilendirme politikalarına kadar uzanır. Bireysel düzeyde nikotin bağımlılığı ve genetik faktörler, sigara içmenin kalıcılığına katkıda bulunur. Bunlar önemli psikolojik koşullanmanın etkilerine katkıda bulunur. Örneğin, 20 yıl boyunca günde ortalama 1 paket sigara içen kişi, bir milyondan fazla kez nefes alarak, sigara içme ile iş, rahatlama, kahve içme, kaygı ve depresyon gibi ruh halleri arasında koşullu ilişkiler kurar (Fisher vd., 2005). Sosyal düzeyde, ebeveynlerin ve akranların sigara içmesi gençlerin sigara içmesinin belirleyicileridir. Tütün pazarlamasına en fazla maruz kalan gençlerin sigara içmeye başlama ve sık sigara içme olasılığı daha yüksektir.

Sigarayı Bırakma İçin Bireysel Seviyede Müdahaleler: Sigara üzerindeki birçok etki düzeyine paralel olarak müdahale düzeyleri de vardır. Bireysel tıbbi karşılaştırmalarda bırakmaya yönelik kısa tavsiyeler, bırakmayı teşvik etmede etkilidir. Çok sayıda kanıt, nikotin replasmanının ve diğer farmakolojik bırakma yardımcılarının yararlılığını desteklemektedir. Telefon danışmanlığı, kendi kendine yardım broşürleri, kitaplar, video kasetler ve Web kaynakları da bireysel düzeyde çalışır ancak çok sayıda sigara içicisine kolay ulaşabilir (ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı, 2000).

Örgütsel, Topluluk ve Politika Yaklaşımları: Örgütsel düzeyde, işyerinde sigara içmeyi kısıtlayan programlar aracılığıyla sigara içmedeki azalmalar belgelenmiştir. Program geliştirmede toplumun katılımını vurgulayan programlar, düşük gelirli mahalleler de dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda başarılı olmuştur (Fisher vd., 2005).

Sigarasız ortamların teşvik edilmesi, erişimin sınırlandırılması ve tüketim vergileri yoluyla tütün fiyatlarının artırılması gibi, Amerikan Sigarayı Bırakma Müdahale Çalışması (ASSIST) programının odak noktasıydı. ASSIST, eyalet sağlık departmanlarına ve yerel yönetim kuruluşlarına verilen hibeler yoluyla 17 eyalette uygulanmıştır. ASSIST eyaletlerinde sigara içmemeyi teşvik eden politikalar diğer eyaletlere göre daha fazla arttı ve sigara içme oranı diğer eyaletlerde %24'ten %22,3'e düşerken, ASSIST eyaletlerinde %25,2'den %22,2'ye düşerek daha yüksek bir oranda azalmıştır (Stillman vd., 2003). Uluslararası çapta tütün politikası girişimleri arasında DSÖ'nün Tütünsüz Girişim ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2003).

Çoklu Müdahale Yaklaşımlarının Önemi: Eyalet düzeyinde, kapsamlı çok düzeyli programlar sigara içmede önemli azalmalar sağlamıştır. Karşı pazarlama TV reklamları ve reklam panoları, sigara üzerindeki artan vergiler, bırakma için destek hizmetleri, gençler için sigarayı önleme programları ve çok kültürlü yaklaşımlar da dahil olmak üzere çok bileşenli halk eğitimi kampanyaları genellikle topluluk koalisyonları tarafından koordine edilir. Değerlendirmeler, kapsamlı kampanyalarda birden çok bileşenin birleştirilmesinin önemini desteklemektedir (Glanz vd, 2008, s.470).

Ulusal Düzeyde Kapsamlı Müdahaleler: Ekolojik modelin tüm seviyelerdeki çabalarının birleşimi, ABD'de 1965 yılında %42 olan sigara içme oranının 2005'te %21'e gerilemesine katkıda bulunmuştur (ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 2006).

Bu, bugüne kadarki çok düzeyli nüfus temelli sağlık davranışı müdahalelerinin en iyi örneğiyle başarılıdır. Çeşitli ekolojik seviyelerde öne çıkanlar arasında, bireyselleştirilmiş sigara bırakma programlarının geniş bir şekilde yayılması, nikotin replasman tedavisi, sağlık profesyonelleri tarafından danışmanlık (bireysel düzeyde); işyeri ve toplum temelli programların yanı sıra farklı gruplara ulaşmak için özel hazırlanmış programlar (sosyal/kültürel ve örgütsel düzeyde); haber kapsamı, hükümet raporları, çeşitli sağlık kurumlarının sigara karşıtı kampanyaları (nüfus düzeyinde kitle iletişimi); temiz hava sahası kısıtlamaları (fiziksel çevre ve politika düzeyi); sigaraya erişim üzerindeki kısıtlamalar ve vergi artışları (politika düzeyi) gibi programlar bulunmaktadır (Fisher vd., 2005). Seviyeler arasındaki etkileşimlerin önemli olması muhtemeldir. Örneğin, işyerlerindeki sigara içme kısıtlamaları, çalışanları sigarayı bırakma konusunda yardım aramaya motive etmiştir. Kitle iletişimi ve sosyal pazarlama, sigara bırakma telefon danışmanlığı gibi bireysel bırakma müdahalelerini teşvik etti. Artan tüketim vergileri muhtemelen gençlerin sigaraya başlamalarını azalttı (Glanz vd., 2008, s.476).

Özetle ABD’de sigara içmedeki büyük düşüşten çoklu, çeşitli ve sürekli müdahaleler sorumludur. Tütün kullanımı artık sadece bireysel bir davranış değil, sosyal ve halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Sigara içmedeki nüfus değişikliklerini açıklamak için ekolojik bir bakış açısı gerekir. Nüfus düzeyindeki değişiklikler, sigara içmemeyi teşvik eden birçok müdahalenin toplamını yansıtır (Glanz vd., 2008, s.476).

V. TÜRKİYE’DE SON 5 YILDA YAPILMIŞ OLAN SAĞLIK İLETİŞİM KAMPANYALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye’de sağlık iletişimi kampanyaları T. C. Sağlık Bakanlığı, STK’lar ve ilaç şirketleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Literatürde söz konusu çalışmaların değerlendirildiği bir adet çalışma bulunmaktadır. Sabırcan (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, Türkiye’de son 15 yılda yapılmış olan kampanyalar örnekler çerçevesinde ele alınmıştır.

Bu çalışma kapsamında ise 2016-2021 yılları arasında Sağlık Bakanlığı öncülüğünde gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyalarından rastgele seçilen 6 adet sağlık iletişim kampanyası, davranışsal teori ve modeller çerçevesinde incelenecektir.

5.1. Çemberin Dışında Kal Medya Kampanyası

Diyabet, vücutta insülinin üretilmediği, az üretildiği veya üretilen insülinin etkili bir şekilde kullanılmadığı durumlarda ortaya çıkan, kan şekeri yüksekliğiyle seyreden kronik bir hastalıktır (sggm.saglik.gov.tr).

Resim 3: Çemberin Dışında Kal Kampanyasına İlişkin Görsel



Kaynak: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-76886/cemberin-disinda-kal-14-kasim-diyabet-haftasi.html>

Diyabet, küresel açıdan da ciddi bir sorun halinde gelmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), dünyada yaklaşık 380 milyon civarında yetişkinin diyabet hastası olduğunu tahmin etmektedir. Yapılan tahminlere göre bu sayının 2035 yılında 592 milyonu bulması beklenmektedir. Dünya nüfusunun yaşlanması, kentleşme ve değişen yaşam koşullarının etkisiyle birlikte diyabet epidemisi de hızla artmaktadır. IDF'nin yayınladığı güncel verilere göre, Türkiye'de yaşayan 20-79 yaş aralığındaki bireylerin yaklaşık 7 milyonunun diyabet hastası olduğu, bu rakamın da Türkiye'deki yetişkin bireylerin yaklaşık %15'in takebül ettiği belirtilmiştir (sggm.saglik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı'nca her sene 14 Kasım'da "Dünya Diyabet Günü" kapsamında diyabet hastalığı ve diyabetten korunma yollarına ilişkin vatandaşların bilinçlendirilmesi amacıyla çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Diyabet bir halk sağlığı sorunudur. Tip 2 diyabet %80 oranda önlenilebilir bir hastalıktır (sggm.saglik.gov.tr).

Mavi çember, tüm dünyada diyabetin sembolü olarak kabul edilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2020 yılında diyabetten korunmayı vurgulamak maksadıyla "Çemberin Dışında Kal" sloganıyla bir kampanya başlatmıştır. Covid-19 nedeniyle yüz yüze iletişim ve saha çalışmasının riskli bulunmasından ötürü, Sağlık Bakanlığı bu kampanyayı daha çok dijital ortamda yürütmüştür. Aşağıda kampanyanın amaçları ve hedeflerinin yanı sıra, kampanyada sık olarak kullanılan sloganlara yer verilmiştir (sggm.saglik.gov.tr).

Kampanyanın Amaçları:

- Tip 1 ve Tip 2 diyabet hastalığının önemine dikkat çekmek.
- Sağlık kontrollerinin düzenli olarak yapılması sağlanarak Tip 2 diyabet hastası olanların erken teşhis edilmesini sağlamak.

Kampanyanın Hedefleri:

- Ülke genelinde halkı diyabet hastalıkları, belirtileri ve korunma yolları konusunda bilinçlendirmek.
- Tip 1 ve Tip 2 diyabet hastalığı için ana risk faktörlerini tanımlamak,
- Diyabet hastalığı oranını azaltmak için toplumu eğitmek.
- Diyabet hastaları için hekimlerin belirlediği programların hastalar tarafından benimsenmesi sağlanarak mevcut hastaların sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamak.

Kampanyada Kullanılan Sloganlar:

- “Doğru beslenerek, hareket ederek diyabetten korun.”
- “Dengeli beslen, hareket et, çemberin dışında kal.”

Çemberin Dışında Kal kampanyası özellikle Sağlık Bakanlığı’na ait resmi Twitter adresi (@saglikbakanligi) üzerinden başlatılmış ve akabinde ülke genelindeki İl Sağlık Müdürlükleri, hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarının sosyal medya hesaplarından paylaşılarak geniş bir kitleye yayılması sağlanmıştır.

Kampanya Adı	: Çemberin Dışında Kal Medya Kampanyası
Uygun Olan Davranışsal Teori veya Model	: Nedene Dayalı Eylem Teorisi
Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Değişkenleri	: Davranışa Yönelik Tutum ve Subjektif Norm



Şekil 20: Nedene Dayalı Eylem Teorisi Çerçevesinde Çemberin Dışında Kal Medya Kampanyasının Analizi

Çemberin Dışında Kal Kampanyası, Nedene Dayalı Eylem Teorisi çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu modeldeki amaçların, niyetin iki geçmişi vardır. Bunlardan birincisi, bir davranışa yönelik kişisel tutum, yatkınlıktır. Bir davranışın olumlu sonuçlar getireceğine inanılınca, davranışı gerçekleştirmeyle ilgili olumlu bir tutum içine girilir. Davranışı belirleyen sonuçtur. Niyetin ikinci geçmişi, karar verici için önemli olan kişilerin bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilmemesinin önemli olduğuna dair algılardır. Bireylerin değer sistemleri içerisinde yer aldıkları kişilerin veya grupların bir davranışı kabul etmeleri veya ona karşı koymalarıyla ilgili algıları vardır. Bu da subjektif normların oluşmasına yol açan sosyal baskıdır. Böylece sosyal baskıların subjektif normları belirleyerek davranışı yönlendirdiği görülür.

Çemberin Dışında Kal Kampanyası'na göre Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin değişkenleri incelendiğinde, diyabet hastalığına ilişkin düzenli kontrol yaptırma davranışının yaşamına olumlu sonuçlar getireceğine inanan bireyin, bu davranışı benimseme konusunda olumlu bir tutum içerisine girdiği görülür. Birey açısından önem arz eden insanların (toplum önderleri, aile bireyleri vb.) davranışın yapılıp yapılmaması hususundaki düşünceleri önemlidir. Çevreden gelen sosyal baskı, sosyal normları belirleyerek davranışı yönlendirir. Diyabet hastalığı ile ilgili kontrollerin yapılmasına ilişkin bu olumlu tutum ve sübjektif normlar, davranışsal niyeti güçlendirir ve bireyin en yakın sağlık kuruluşunu ziyaret etmesini sağlar. İlgili sağlık kuruluşu ve hekimlerden diyabet hakkında bilgi alan ve gerekli kontrol ve testlerini yaptıran birey de koruyucu sağlık davranışı göstermiş olur.

5.2. Her Gün 10 Bin Adım Kampanyası

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 3-4 Ekim Dünya Yürüyüş Günü sebebiyle, toplumda hareketli yaşam konusunda farkındalık yaratmak amacıyla çeşitli etkinlikler düzenlemiştir (sggm.saglik.gov.tr).

Dünya Yürüyüş Günü etkinliklerinde 2016 yılı teması "Her Gün 10 Bin Adım" olarak belirlenmiş ve Resim 4'te görüleceği üzere, Bakanlık tarafından özel bir logo tasarlanmıştır. "Her Gün 10 Bin Adım" temalı bu logo, etkinlikler için hazırlanan tişört, şapka ve bez çantalara basılarak etkinliklere katılan vatandaşlara dağıtılmıştır.

Aşağıda kampanyanın amaçları ve hedeflerinin yanı sıra, kampanyada sık olarak kullanılan sloganlara yer verilmiştir.

Kampanyanın Amaçları:

- Sağlıklı yaşamı teşvik etmek.
- Obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin desteklenmesini teşvik etmek.
- Toplumda hareketli yaşam konusunda farkındalık oluşturmak.

Kampanyanın Hedefleri:

- Bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek.

Kampanyada Kullanılan Sloganlar:

- "Sağlığınız için her gün 10 bin adım."

Resim 4: Her Gün 10 Bin Adım Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel



Kaynak: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-12659/kampanya-materyalleri.html>

2017 yılında, yine 3-4 Ekim Dünya Yürüyüş Günü sebebiyle, bu sefer Sağlık Bakanlığı'na ait Twitter hesabından (@saglikbakanligi) başlatılan “Her Gün 10 Bin Adım” kampanyası ile vatandaşlar hareket etmeye ve daha sağlıklı bir yaşama teşvik edilmiştir. #HerGün10BinAdım hastagiyle başlatılan kampanya kısa süre içerisinde Twitter’da en çok konuşulan ve paylaşılan konulardan biri olmayı başarmış ve vatandaşların dikkatini çekmiştir. Yanı sıra, ülke genelinde İl Sağlık Müdürlükleri ve Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlükleri düzenledikleri etkinliklerle kampanya geniş kitlelere ulaştırılmıştır.

Ayrıca, kampanya kapsamında eski ünlü basketbolcu ve mevcut Türkiye Basketbol Federasyonu Başkanı Hidayet Türkoğlu'nun yer aldığı tanıtım videosu çekilmiştir. Videoda üzerinde spor kıyafetleri bulunan Hidayet Türkoğlu'nun evinin kapısını kapatarak yürüyüş için dışarıya çıktığı ve “Kendini ihmal etme, harekete geç.” Sloganını kullandığı görülmektedir (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR-12661/tanitim-videosu-hidayet-turkoglu.html>).

Sağlık Bakanlığı öncülüğünde başlatılan ve toplumda davranış değişikliği oluşturmayı amaçlayan Her Gün 10 Bin Adım Kampanyası, Transteorik Model

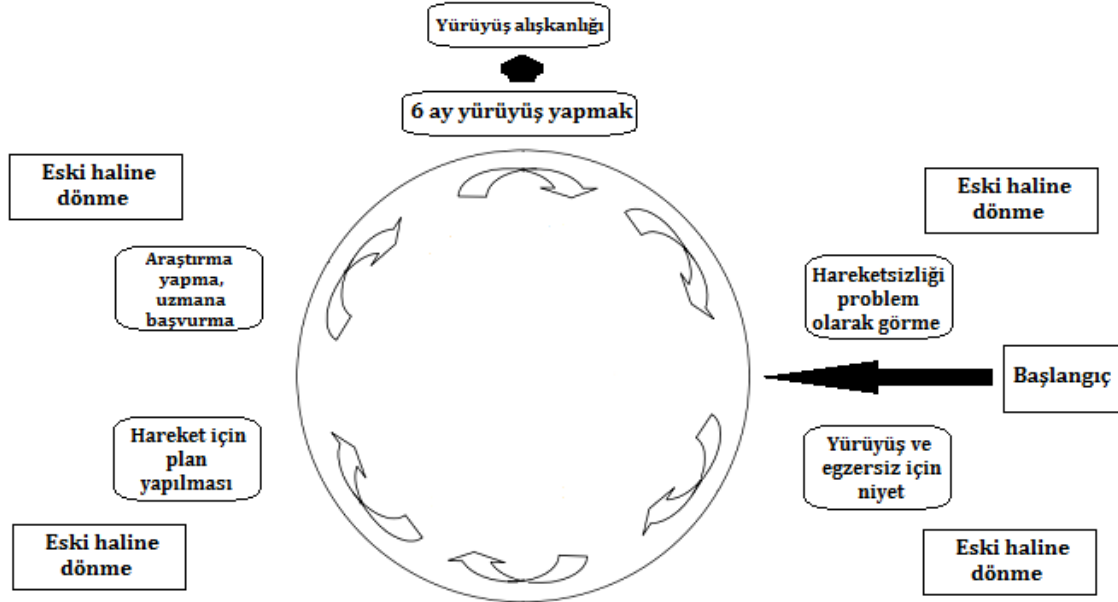
çerçevesinde ele alınmıştır. Kampanya, bireylerin hareketsiz kalmalarının önüne geçmeyi ve hareketsizlik nedeniyle oluşabilecek obezite ve kiloya bağlı hastalıkların toplum düzeyinde azaltılmasını amaçlamaktadır.

Tablo 14: Transteorik Model'in Aşamaları Kapsamında Her Gün 10 Bin Adım Kampanyası

Aşama	Açıklama
Niyet Öncesi	Hareketsiz ve hareketsiz olman konusunda herhangi bir risk algılamayan bir kişi, henüz davranışlarını değiştirmeye hazır olmadıkları için Transteorik Model'in niyet öncesi (ön düşünme) aşamasında olacaktır. Onlar hareketsiz kalmada herhangi bir zarar görmezler.
Niyet	Hareketsiz, ancak hareketsiz olmanın risklerinin farkında olan ve belki de yürüyüş ve egzersizin faydalarını veya eksilerini düşünen bir kişi niyet aşamasında olacaktır.
Hazırlık	Kampanya kapsamında hazırlanan afiş, video ve sosyal medya paylaşımlarını gören bir birey, hareketsiz olan fakat işe veya markete gitmek için araç kullanmak yerine kendine bir yürüyüş rotası planlayan biri, değişime hazırlık aşamasında olacaktır.
Hareket	Bir süredir düşündüğü ve planladığı gibi yürüyüş ve egzersiz yapmaya başlayan kişi, hareket (eylem) aşamasında olacaktır.
Sürdürme	Kişi bu davranışı gerçekleştirdikten sonra (genellikle 6 ay veya daha uzun süre) sürdürme aşamasında olur.
Tekrar Giriş	Kişi, bu aşamaların herhangi birinde bu döngüden kopabilir. Belki de bu kopuş gerçekleşmeden evvel birkaç hafta yürüyüş de yapmıştır. Bu aşamada kişi döngünün başka bir aşamasına geri döner.

Transteorik Model'e göre davranış değişikliği bir süreçtir. Bireyler süreç boyunca farklı aşamalarda olabilir. Bireylerin hareketsiz kalmayı bırakıp, egzersiz ve yürüyüş yapması bir anda olmaz. Bu nedenle durumlarına göre iletişime geçilir ve farklı müdahaleler yapılır. Örneğin; niyet öncesi (düşünme) aşamada hareketsiz kalmayı alışkanlık haline getirmiş bir bireyin, 6 ay içerisinde yürüyüşe başlama niyetlerinin olmadığı bir durumda, söz konusu bireyin düzenli olarak yapılan yürüyüşün faydaları hakkında bilgilendirilmeleri, bu konuda harekete geçmeleri açısından pek de etkili olmayacaktır. Niyet aşamasına gelindiğinde, Her Gün 10 Bin Adım Kampanyası'na ilişkin tanıtım videosu, afişler ve reklam filmlerini gören bir bireyde, hareketsiz kalmanın insan vücudu açısından zararlı olduğu, düzenli egzersiz ve yürüyüş yapmanın sağlık açısından birçok faydasının olduğu konusunda farkındalık oluşur. Akabinde yürüyüşe başlamak için planlar yapar, davranış niyeti (Örneğin, kendisine bir yürüyüş ayakkabısı alır.) geliştirir. Sağlık kampanyasının da etkisiyle farkındalığı artan birey, gerek internet

vasıtasıyla yaptığı araştırmalardan gerekse de konuyla ilgili uzmanlara başvurarak sağlıklı egzersiz ve yürüyüş hakkında bilgiler edinir. Bu aşamadaki amaç, davranış değişikliğini gerçekleştirmektir. Değişim aşamalarını tamamlayıp 6 ay boyunca yürüyüş ve egzersiz yapan birey, istenilen davranış değişikliğini gerçekleştirilmiş sayılır.



Şekil 21: Transteorik Model Çerçevesinde Her Gün 10 Bin Adım Kampanyasının Analizi

Şekil 21’de de görüleceği üzere, modelin doğrusal değil, dairesel bir model olduğuna dikkat etmek önemlidir. Bireyler herhangi bir noktadan girip çıkabilir ve model üzerinden geri dönüş yapabilir.

5.3. Yaşama Yol Ver Medya Kampanyası

Türkiye’deki yolların büyük kısmında ambulans ve diğer geçiş önceliği bulunan araçların kullanımı için güvenlik şeridi bulunmaması, bazı saatlerde trafiğin çok yoğun olması, trafikteki sürücülerin ambulansa yol vermemesi/verememesi, ara sokakların dar veya sıkışık olması gibi nedenlerden ötürü ambulansların acil vakalara ulaşımı zorlaşmaktadır (<https://yasamayolver.saglik.gov.tr/>). Bu konuda toplumu bilinçlendirmek ve farkındalık yaratmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Yaşama Yol Ver Kampanyası başlatılmıştır. Aşağıda kampanyanın amaçları ve hedeflerinin yanı sıra, kampanyada sık olarak kullanılan sloganlara yer verilmiştir.

Kampanyanın Amaçları:

- Trafikte seyreden ambulansların geçiş önceliğine özen gösterilmesi hususunda farkındalık yaratılması.
- Trafiğin yoğun olduğu illerde amaca yönelik olarak yoğun bilgilendirme yapılması.

Kampanyanın Hedefleri:

- Kentsel alanlarda acil vakalara ilk 10 dakika içerisinde ulaşma oranını %90 seviyesinden %95 seviyesine; kırsal alanlarda acil vakalara ilk 30 dakika içerisinde ulaşma oranını %95 seviyesine çıkarmak.
- Kentsel düzenlemelerin yapılması için ilgili kurumları bilgilendirmek.
- Ambulansın trafikte duraksamadan ilerleme yöntemlerinin belirlenerek (örneğin, fermuar yöntemi) toplumun bu konuda bilgilendirilmesini sağlamak.

Resim 5: Yaşama Yol Ver Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel



Kaynak: <https://sggm.saglik.gov.tr/Resim/46243/0/ekran-resmi-2019-08-15-141647png.png>

Kampanyada Kullanılan Sloganlar:

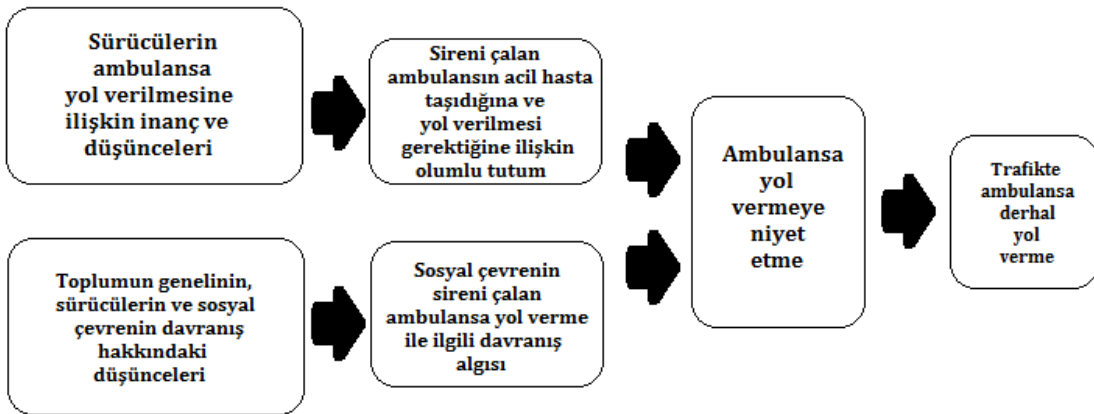
- “Acil durumda saniyelerin önemli olduğunu unutma!”
- “Ama trafikte bir tek seni aşamıyoruz!”

- “Ambulansa değil hayata yol verin...”
- “Ambulansa yol veriyorum, hayat kurtarıyorum!”

Konuyla ilgili mevzuatsal düzenlemeler de mevcuttur. Karayolları Trafik Yönetmeliğinin 142. maddesine göre, geçiş üstünlüğü olan bir aracın duyulur veya görülür bir işaretini alan araç sürücüleri, bu araçlar için taşıt yolu üzerinde yer açmak, gerekiyorsa durmak ve bu araçlar geçinceye dek beklemek mecburiyetindedir.

Yaşama Yol Ver Kampanyası kapsamında 1. hedef kitle olarak halk, 2. hedef kitle olarak araç sürücüleri ve sürücü adayları, 3. hedef kitle olarak ilk ve orta öğretim öğrencileri başta olmak üzere tüm öğrenciler seçilmiştir. Özellikle 2015-2018 yılları arasında yoğun olarak yürütülen kampanya kapsamında kamu spotu ve radyo spotu hazırlanmıştır. Söz konusu kamu spotları TV’ler ve Sağlık Bakanlığı teşkilatı içerisindeki birçok sosyal medya hesabı üzerinden paylaşılarak halka ulaşması sağlanmıştır. Yanı sıra, illerde yer alan İl Sağlık Müdürlükleri ve diğer kurumların katkıları ile farkındalık standları açılarak vatandaşlara kampanya hakkında bilgi verilmiş ve birçok okulda seminer ve konferanslar düzenlenmiştir. Böylece kampanya hakkında geniş çapta farkındalık yaratılması sağlanmıştır.

Kampanya Adı	: Yaşama Yol Ver Kampanyası
Uygun Olan Davranışsal Teori veya Model	: Nedene Dayalı Eylem Teorisi
Nedene Dayalı Eylem Teorisinin Değişkenleri	: Davranışa Yönelik Tutum ve Subjektif Norm



Şekil 22: Nedene Dayalı Eylem Teorisi Çerçevesinde Yaşama Yol Ver Kampanyasının Analizi

Yaşama Yol Ver Kampanyası, Nedene Dayalı Eylem Teorisi çerçevesinde ele alınmaktadır. Kampanyanın amacı, acil vakalarda hastaların bir an evvel sağlık

kuruluşlarına ulaşmasını sağlamak ve yolda geçen süreyi en aza indirmek için farkındalık yaratılmasıdır. Bu sayede acil vakalardaki ölüm oranlarını bir nebze olsun azaltmak mümkün olacaktır.

Yaşama Yol Ver Kampanyası ile istenen davranış, sürücülerin trafikte seyir halinde iken, sireni çalan bir ambulans belirmesi halinde, buldukları şeride göre pozisyon alması (örneğin, ambulans sağ şeritten geliyorsa sol şeride geçmesi veya fermuar şeklinde araçların sağa sola yanaşması ve ambulansın ortadan geçmesi) ve ambulansa vakit kaybetmeksizin yol vermesidir. Kampanyaya göre Nedene Dayalı Eylem Teorisi'nin değişkenleri incelendiğinde; trafikte seyir halinde iken sireni çalan bir ambulansın acil hasta taşıdığına inanan sürücüler bu davranışı benimsemek konusunda olumlu bir tutum (davranışa yönelik tutum) içerisine girer. Çevredeki kişi veya grupların (diğer sürücüler, sosyal çevre) aynı düşünce içerisinde olması ile birlikte bireyin bu konuda davranışsal niyeti oluşur. Sosyal medya ve TV'lerden yayınlanan kamu spotlarıyla birlikte bireyin bu davranışa ilişkin bilgi eksiklikleri veya tereddütleri giderilir. Sonuç olarak birey, trafikte bir ambulans ile karşılaştığında gerektiği şekilde yol vererek (istenilen davranışı) gerçekleştirir.

5.4. Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası

Antibiyotikler, toplum ve hastane kaynaklı birçok bakteriyel enfeksiyonu tedavi etmek için kullanılır. Yanı sıra kanser ve yanık tedavisi, kronik hastalıklar, cihaz cerrahisi, organ nakli ve yenidoğan bakımı ile ilişkili enfeksiyonları önlemek ve tedavi etmek amacıyla ihtiyaç duyuldukları için modern tıbbın temel taşları olarak kabul edilirler.

Antibiyotik direnci, bakterilerin antibiyotiklere maruz kalarak hayatta kalabildiği bir ilaç direnci şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bulaşıcı hastalıkların tedavi olasılığını ciddi şekilde kısıtladığı için, çoklu ilaca dirençli bakterilerin hızlı gelişimini küresel olarak halk sağlığına yönelik en önemli tehditlerden biri olarak görmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2015).

WHO, antibiyotik direncini frenlemek için stratejik bir hedefin, halkın farkındalığını ve anlayışını geliştirmek olduğunu söylemektedir. Diğer stratejik hedefler ise bilgi ve kanıt tabanını güçlendirmek, enfeksiyon insidansını azaltmak, insan ve hayvan sağlığında antimikrobiyal ilaçların kullanımını optimize etmek ve sürdürülebilir

yatırım için ekonomik durumu geliştirmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2015). Araştırmalar, antibiyotiklerin daha iyi anlaşılmasının, insanların kendilerini daha sorumlu hissetmelerini ve daha sorumlu davranmalarını sağlayabileceğini (Brookes-Howell, vd., 2011), ancak mantıklı davranış için bir ön koşul olmasına rağmen bilgi vermenin tek başına davranışı değiştirmek için yetersiz olabileceğini göstermektedir (Stalsby ve Tamhankar, 2014).

Antibiyotik direncini etkileyen, algıları, inançları ve nihayetinde halk sağlığı davranışını araştırmak, sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde nerede ve nasıl müdahale edileceğini belirlemek açısından çok önemlidir. Antibiyotik direncinin sınırlandırılması, halkın farkındalığını ve anlayışını geliştirmek için hem yerel hem de küresel stratejiler gerektirir. Bir ülkede veya popülasyonda antibiyotik direncinin azaltılmasına yardımcı olabilecek olası çözümlerin diğer ülke veya popülasyonlarda sınırlı etkisi olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

ABD verilene göre, ABD’de yer alan ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan hastanelere başvuran her beş çocuktan birinin antibiyotik kullanması önerilmekte ve bu durum ülkede her sene 50 milyondan fazla miktarda antibiyotik reçetesinin yazılmasına neden olmaktadır. Ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan kurumlarda, özellikle viral kaynaklı üst solunum yolları enfeksiyonları, uygun olmayan veya hatalı antibiyotik tedavisinin en fazla rastlandığı durumlardır (Özkaya Parlakay, 2019).

Resim 6: Akılcı Antibiyotik Kullanımı Medya Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Görsel



Kaynak: <https://sggm.saglik.gov.tr/Resim/7839/0/antibiyotikgorsel2jpg.png>

Ülkemizde ise 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Akılcı Antibiyotik Programı” başlatılmıştır. Program kapsamında hastanelerdeki antibiyotik kullanımının denetimine başlanmış ve böylece antibiyotik kullanımının azaltılması hedeflenmiştir. WHO’nun da tavsiyesiyle 2014-2017 yılları arasında yürütülen programla, 2015 yılı içerisinde reçetesiz antibiyotik kullanımı yasaklanmış ve ayakta tedavi gören hastalardaki antibiyotik kullanımının azaltılmasına yönelik kamu spotları ve bilgilendirme kampanyaları başlatılmıştır (Özkaya Parlakay, 2019).

Antibiyotiğin bilinçsiz bir şekilde kullanılmasının önüne geçebilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “Akılcı Antibiyotik Kullanımı Medya Kampanyası” ile kamu spotları hazırlanmış, vatandaşların kolaylıkla görebileceği hastane ve eczane gibi sağlık tesislerine ve reklam panolarına hazırlanan görseller ve afişler asılmış, el ilanları dağıtılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na ait Instagram, Twitter ve Facebook gibi sosyal medya hesaplarından yapılan paylaşımlarla farkındalık oluşması sağlanmıştır. Diğer taraftan, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ve Sağlık Bakanlığı iletişim hatlarını arayan vatandaşlar, konuyla alakalı bilgilendirmenin yer aldığı anonsla karşılaşmıştır. Yanı sıra Türkiye Futbol Federasyonu’nun da desteğiyle ülkenin önde gelen futbol kulüpleri, gerek sosyal medya hesaplarından yaptıkları paylaşımlar gerekse de maç öncesi sahaya çıkarken taşıdıkları “Antibiyotikte değil sağlığınızda ısrarcı olun.” yazılı pankartlar vasıtasıyla kampanyanın daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlamıştır. Aşağıda kampanyanın amaçları ve hedeflerinin yanı sıra, kampanyada sık olarak kullanılan sloganlara yer verilmiştir.

Kampanyanın Amaçları:

- Giderek artan antibiyotik tüketimini azaltmak.
- Reçetesiz, bilinçsiz antibiyotik kullanımının önüne geçmek.
- Vatandaşların sağlık kuruluşlarına başvurarak antibiyotik talep etmesinin önüne geçmek.

Kampanyanın Hedefleri:

- Halkı bilinçsizce antibiyotik kullanımının neden olabileceği zararlar konusunda bilgilendirmek.
- Antibiyotik direncini azaltmak.

Kampanyada Kullanılan Sloganlar:

- “Antibiyotikte değil sağlığınızda ısrarcı olun.”
- “Hekiminiz yazmadıkça antibiyotik kullanmayın, talep etmeyin.”
- “Yanlış ve gereksiz antibiyotik kullanma.”

Sağlık Bakanlığı’nca yürütülen “Akılcı Antibiyotik Kullanımı” kampanyasının bireyler üzerindeki davranış değişikliği ve farkındalık yaratma etkisi, Sağlık İnanç Modeli’ne dayanılarak ele alınmıştır. Sağlık İnanç Modeli, sağlıkla ilgili davranışlardaki değişiklikleri ve bunların sürdürülmesini açıklamak için yaygın olarak kullanılan psikolojik ve teorik bir modeldir. Sağlık İnanç Modeli’ne göre kişisel, demografik ve psikolojik özellikler, insanların hastalığın ciddiyetini ve duyarlılığını, ayrıca tedavinin önündeki engelleri ve faydaları nasıl algıladıklarını etkiler. Bu ilkelerin her biri sağlık davranışının açıklanmasına katkıda bulunabilir. Sağlık inançlarını eylem ipuçlarına ve bireyin algılanan öz yeterliliğine karşı tartarak, sağlık davranışının anlaşılması sağlanabilir.

Tablo 15, Sağlık İnanç Modeli yapılarının bu çalışmaya nasıl uygulandığını açıklamaktadır.

Tablo 15: Sağlık İnanç Modeli Yapılarının Antibiyotik Konularına Uygulanması

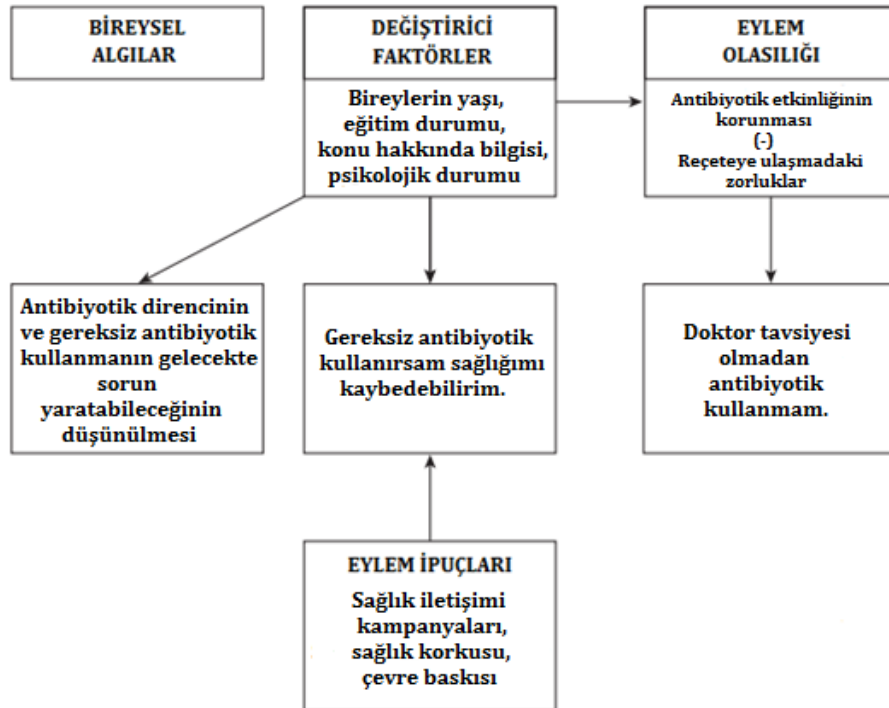
<ul style="list-style-type: none">• Algılanan Duyarlılık: Vatandaşların antibiyotiğe dirençli bakterilerden kişisel olarak etkilenme olasılığına ilişkin öznel değerlendirmesi/algısı.• Algılanan Ciddiyet: Vatandaşların antibiyotiğe dirençli bakterilerle ilgili durumun ve yanlış antibiyotik kullanımının ciddiyetine ilişkin değerlendirmesi/algısı.• Algılanan Fayda: Vatandaşların antibiyotiğe dirençli bakterilerle ilgili durumun ciddiyetine ilişkin değerlendirmesi/algısı.• Algılanan Engelleri veya Maliyetleri: Vatandaşların antibiyotiklerle ilgili olarak makul davranışlarda bulunmasının önündeki engel ve maliyetlere ilişkin değerlendirmesi.• Davranışını Gerçekleştirmek İçin Öz Yeterlilik: Vatandaşların antibiyotiklerle ilgili olarak makul davranışlarda bulunma konusunda kendisinin veya başkalarının yeterliliğine ilişkin algısı.• Davranış Değişikliğini Harekete Geçirmek İçin İpuçları: Antibiyotik kullanımıyla ilgili olarak makul davranışlarda bulunmayı teşvik eden mekanizmaları tetiklenmesi.
--

Antibiyotik Direnci ile İlgili Sağlık Sorunlarının Algılanan Ciddiyeti ve Duyarlılığı: Gerçekleştirilen kampanyaların yanı sıra başta aile hekimleri olmak üzere sağlık çalışanlarının da bu konuda bilinçlendirilmesi neticesinde, vatandaşların bir

kısımında yanlış antibiyotik kullanımının zararlarının ciddi boyutlara ulaşabileceği konusunda algı oluşmuş, yanı sıra vatandaşlar antibiyotik direncinin gelecekte olumsuz sonuçlara yol açabilecek geniş kapsamlı bir sağlık sorunu olarak görmüştür.

Algılanan Faydalar ve Engeller: Akılcı antibiyotik kullanımının en önemli faydası hem birey hem de toplum için antibiyotik etkinliğinin korunmasıdır. Bu doğrultuda reçetelere uyulması ve kişisel antibiyotik kullanımının kısıtlanması, bireyler açısından gelecekte herhangi bir tedavi olamama riskini azaltacak ve vücudun bağışıklık sisteminin yanıt vermesini sağlayarak enfeksiyonlara dayanılmasına yardımcı olacaktır. Engeller göz önünde bulundurulduğunda, kolayca antibiyotik tüketmek yerine bir sağlık kuruluşuna gidilmesi ve antibiyotik kullanımının reçete gerektirmesi hem bireysel çaba hem de maliyet içerebileceğinden, bireysel çıkarlarla çatışabileceğini unutmamak gerekir.

Kampanyanın Adı : Akılcı Antibiyotik Kullanımı Medya Kampanyası
Uygun Olan Davranışsal Teori veya Model : Sağlık İnanç Modeli
Sağlık İnanç Modelinin Değişkenleri : Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Yararlar, Algılanan Engeller, Öz-Yeterlilik, Harekete Geçiren İşaretler



Şekil 23: Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyasının Analizi

Mantıklı Davranışlarda Bulunmak İçin Öz Yeterlilik ve Davranış Değişikliğini Harekete Geçirmek İçin Potansiyel İpuçları: Yapılan araştırmalardan da görüleceği

üzere, vatandaşlar makul davranışlarda bulunmaya istekli hale gelmiştir. Eylem ipuçlarına gelince, vatandaşlar tüm halkın sürece dahil edilmesi, sağlık yetkililerinin bu konudaki iletişiminin artırılması ve kamuoyunun da farkındalığı artırmasıyla, çabalarının ülke çapında bir planın parçası olduğunu gördüklerinden daha fazla cesaretlenmişlerdir.

Kampanya neticesinde, aile hekimleri tarafından düzenlenen reçetelerde %35’lik bir yer teşkil eden antibiyotiklerin, %25 seviyelerine gerilediği gözlemlenmiştir. Günlük antibiyotik kullanımı ise 2011 yılında 42,2 günlük doz/1000 hastadan, 2014 yılında 40,4 günlük doz/1000 hastaya, 2017 yılında ise 35,25 günlük doz/1000 hastaya gerilemiştir (İşler vd., 2019).

5.5. Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyası

Çin’in Wuhan şehrinde 2019 yılının son aylarında ortaya çıkan Covid-19 virüsünün kısa sürede tüm dünyaya yayılmış ve küresel bir salgın haline gelmiştir. Çin hükümeti, 8 Aralık 2019-2 Ocak 2020 arasında toplam 41 Covid-19 vakası bildirilmiştir. Çin’in farklı şehirlerine yayılan virüs nedeniyle, Çin hükümeti 13 Şubat 2020’de vaka sayısının 59.901’e ve hastalık nedeniyle ölenlerin sayısının 1.368’e yükseldiğini açıklamıştır. Çin içerisinde kısa sürede yayılan virüs, ülkeler arası kolay hareketlilik sonucunda diğer ülkelere hızlı ve yoğun bir şekilde yayılmıştır. Bunun sonucunda da birçok ülke yetkilisi, sosyal izolasyon gibi bulaşmayı önleyici kontrol önlemleri almaya başlamıştır. (Costa, 2020).

Ülkemizde ilk Covid-19 vakasına 11 Mart 2020 tarihinde rastlanmıştır. Virüse bağlı ilk ölüm ise 15 Mart 2020 tarihinde gerçekleşmiştir. İzleyen süreçte hızla yükselen vaka ve ölüm sayıları sonucunda ülkede birçok tedbir alınmaya başlanmıştır. Tedbirlere uyum konusunda birtakım sorunlarla karşılaşılması neticesinde, halkın hastalık hakkında bilgilendirilmesi amacıyla gerek radyo, TV ve gazeteler, gerekse de sosyal medya üzerinden bilgilendirici açıklamalar yapılmış, bir takım kampanyalar yürütülmüştür. Bu doğrultuda gerçekleştirilen kampanyaların en geniş kapsamlı olanı kuşkusuz Sağlık Bakanlığı öncülüğünde başlatılan; virüsün nedenlerini, belirtilerini, tedavi yöntemlerini açıklayan ve virüse karşı tedbirlerin önemini vurgulayan “Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyası” olmuştur. Kampanya kısa sürede yazılı, görsel ve sosyal medya aracılığıyla geniş kitlelere ulaşmayı ve dikkat çekmeyi başarmıştır. Aşağıda kampanyanın amaçları ve hedeflerinin yanı sıra, kampanyada sık olarak kullanılan sloganlara yer verilmiştir.

Kampanyanın Amaçları:

- Halkı Covid-19 virüsünün nedenleri ve önleyici tedbirleri hususunda bilgilendirmek.
- Covid-19 virüsünün belirtileri ve tedavi yöntemleri hakkında farkındalık yaratmak.
- Covid-19 virüsü hakkında yanlış anlaşılımları ele almak ve düzeltmek.
- Temizlik, maske ve mesafe kurallarının toplum genelinde yaygınlaşmasını sağlamak.
- Covid-19 virüsünün ülke içerisinde yayılmasını engellemek.
- Covid-19 vaka sayılarının azaltılarak en kısa sürede normal hayata geri dönmek.

Resim 7: Maske, Mesafe, Temizli Medya Kampanyasına İlişkin Hazırlanan Bir Görsel



Kaynak: <https://pbs.twimg.com/media/EoyyBdyXMAEqEGY.jpg>

Kampanyanın Hedefleri:

- Virüsün tamamen yok edilerek normal hayata dönülmesi ve bireylerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi.

Kampanyada Kullanılan Sloganlar:

- “Maske, mesafe ve temizlik. Bu iç tedbirde birleşelim.”
- “Güç tedbirde! Maske, mesafe ve temizlik kurallarına uyalım.”
- “Sağlık için, hepimiz için.”
- “Şimdi tedbirlerle birlik olma zamanı.”

Korku uyandırmak, tutum ve davranışları güçlü bir şekilde etkileyebileceğinden kamu spotlarında sıklıkla başvurulan bir stratejidir. Covid-19 salgınının psikolojik bir tarafı da korkudur. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Covid-19’un ciddiyetine ve alınması gereken tedbirlerin önemine dikkat çekmek amacıyla kamu spotları hazırlanmıştır. Söz kamu spotlarında, hedef kitleyi etkilemek amacıyla birçok farklı strateji kullanılmıştır. Bunlardan birisi de, kamu spotlarında ünlülerin kullanılmasıdır (Tufan Yeniçikti vd., 2021).

Sağlık Bakanlığı, Covid-19 ile mücadele kapsamında başlattığı Temizlik, Maske, Mesafe İletişim Kampanyasında iki yeni kamu spotu daha hazırlamıştır. Salgının ilk çıktığı zamanlarda kamu spotlarında rol alan Hekimoğlu dizisi oyuncusu Timuçin Esen ile Mucize Doktor dizisi oyuncusu Taner Ölmez, yeni spotlar için tekrardan kamera karşısına geçmiştir (saglik.gov.tr).

Timuçin Esen’in rol aldığı spotta, Covid-19 pandemisinin halen devam ettiği ve rehavete kapılmanın olumsuz sonuçlara neden olacağı vurgulanmıştır. Pandeminin bir kişiden başladığı ve bir kişinin bile kurallara uymamasının ciddi sonuçlar doğuracağını, bedelinin ağır olacağını altı çizilmiştir. Vakaların kontrol altına alınabilmesi için bireylerin kendilerini kontrol etmesi gerektiği, aksi halde büyük güçlüklerle elde edilen kontrollü sosyal hayat kazanımlarının tekrar kaybedilme durumunun oluşabileceği uyarısında bulunulmuştur.

Taner Ölmez’in rol aldığı spotta ise birçok insan kaybının yaşandığı pandemide alınması gereken tedbirlerin önemine dikkat çekilmiştir. Kısıtlamaların tekrar gelmemesi için herkesin sorumlu davranması gerektiği vurgulanmıştır.

Radyo, TV ve sosyal medya hesaplarından eş zamanlı olarak yayınlanan her iki spotta da Temizlik, Maske ve Mesafe’nin önemine dikkat çekilerek, “Unutmayın, Koronavirüs alacağımız tedbirlerden daha güçlü değildir.” sloganı kullanılmıştır.

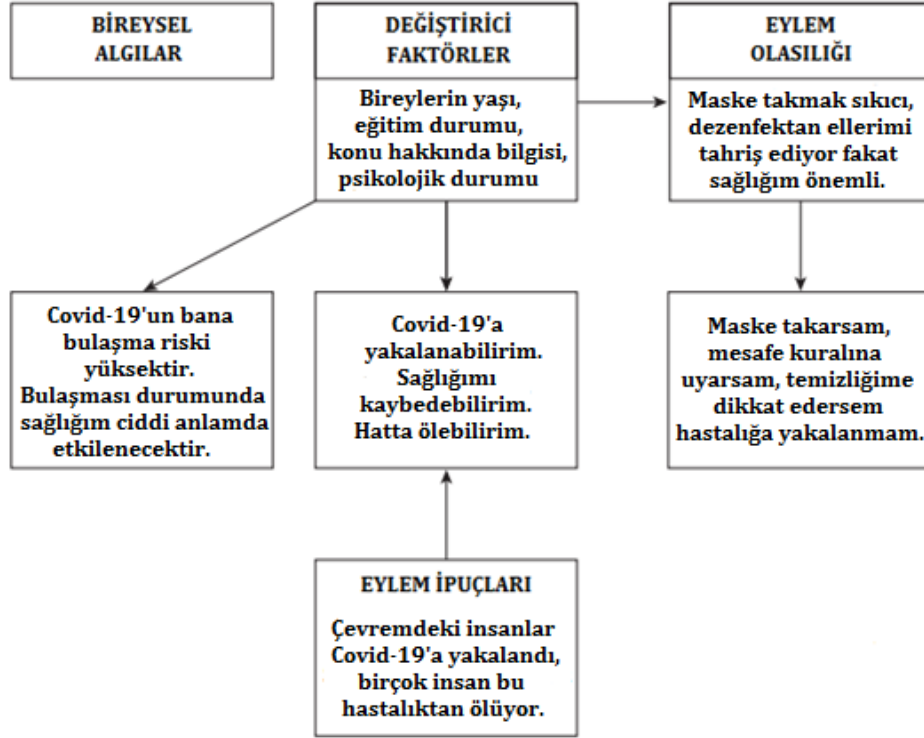
Tablo 16: Sağlık İnanç Modeli Yapılarının Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyasına Uygulanması

- **Algılanan Duyarlılık:** Vatandaşların Covid-19 hastalığına yakalanma olasılığına ilişkin öznel değerlendirmesi/algısı. (Covid-19 riskim her zaman bulunmaktadır.)
- **Algılanan Ciddiyet:** Vatandaşların hastalığın şiddetli ve ciddi seyir göstereceğine ilişkin değerlendirmesi/algısı. (Covid-19'a yakalanmam durumunda hayatımı etkileyecek ciddi sonuçlar bekliyorum.)
- **Algılanan Fayda:** Vatandaşların yeni davranışın (örneğin, maske takma) etkililiğine ilişkin değerlendirmesi/algısı. (Maske takarsam, ellerimi sürekli yıkarsam, insanlarla mesafeli olursam hastalığa yakalanmam.)
- **Algılanan Engelleri veya Maliyetleri:** Vatandaşların yeni davranışın engel ve maliyetlere ilişkin değerlendirmesi. (Örneğin, sürekli dezenfektan kullanırsam ellerim tahriş olur veya maske takarsam rahat nefes alamam gibi düşünceler.)
- **Davranışını Gerçekleştirmek İçin Öz Yeterlilik:** Vatandaşların hastalıktan korunma konusunda kendisinin veya başkalarının yeterliliğine ilişkin algısı. (Maske, mesafe ve temizlik kurallarını tam olarak uygularsam hasta olmam.)
- **Davranış Değişikliğini Harekete Geçirmek İçin İpuçları:** Maske, mesafe ve temizlik kurallarına uygun olarak makul davranışlarda bulunmayı teşvik eden mekanizmaları tetiklenmesi. (Örneğin, bireyin yakın çevresinde başka bir bireyin hasta olmasına veya ölmesine tanıklık etmesi.)

Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen Temizlik, Maske ve Mesafe Kampanyası'nın bireyler üzerindeki davranış değişikliği ve farkındalık yaratma etkisi, Sağlık İnanç Modeli'ne dayanılarak ele alınmıştır. Sağlık İnanç Modeli, bir hastalık veya hastalanma riski karşısında hastanın davranışını açıklamak için geliştirilmiş bir araçtır. Bir sağlık davranışını benimsemek ve/veya hastalık risklerinden kaçınmak için bireyin; hastalığa duyarlı olduğuna inanması, hastalığın yaşamını en azından orta düzeyde olumsuz etkileyeceğine inanması, belirli davranışları benimsemenin, duyarlılıklarını veya varsa şiddetini azaltmak için gerçekten yararlı olduğuna inanması gerekmektedir.

Covid-19'a Karşı Alınan Önlemlere İlişkin Uygulamaların Algılanan Ciddiyeti ve Duyarlılığı: Gerçekleştirilen kampanyaların yanı sıra sağlık çalışanlarının da bu konuda bilinçlendirilmesi neticesinde, vatandaşlar Covid-19'un bir ciddi sağlık sorunu olduğu ve gelecekte Covid-19'a yakalanma risklerinin bulunduğu değerlendirmesini yapmaktadır.

Kampanyanın Adı	: Temizlik, Maske ve Mesafe Kampanyası
Uygun Olan Davranışsal Teori veya Model	: Sağlık İnanç Modeli
Sağlık İnanç Modelinin Değişkenleri	: Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Yararlar, Algılanan Engeller, Öz-Yeterlilik, Harekete Geçiren İşaretler



Şekil 24: Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Maske, Mesafe ve Temizlik Kampanyasının Analizi

Algılanan Faydalar ve Engeller: Alınan tedbirlerin en önemli faydası hem birey hem de toplum sağlığının korunmasıdır. Bu doğrultuda bilgilendirilen bireylerin, temizlik ve sosyal mesafe kurallarına uyması, maske kullanması, hastalığa yakalanma risklerini azaltacaktır.

Mantıklı Davranışlarda Bulunmak İçin Öz Yeterlilik ve Davranış Değişikliğini Harekete Geçirmek İçin Potansiyel İpuçları: Bireyin çevresindeki insanların hastalığa yakalanması veya vefat etmesi, Covid-19'a ilişkin her gün açıklanan hasta, vaka ve ölüm sayıları ve kamu spotları ele alınan konular söz konusu bireyi makul davranışlarda bulunması için teşvik etmektedir. Bu da bireyi temizlik, maske ve mesafe kurallarına uyması durumunda, virüsün kendisine ve çevresindeki insanlara bulaşmayacağı düşüncesine sevk eder.

5.6. Kolları Sıvıyoruz Kampanyası

Covid-19 hastalığına yol açan virüsün ilk tespit edilmesinden bu yana yaklaşık bir buçuk yıldan fazla zaman geçmiştir. Bu süre zarfında, virüs ve yönetimine ilişkin bilgi açısından çok şey değişmiştir. Fiziksel mesafe ve diğer önleyici tedbirler çoğu insan için günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelirken, bu pandemiden kurtulmanın umudu, Covid-19'a karşı yaygın aşılama odaklanmaktadır. Diğer taraftan virüs varyantlarının tanımlandığı ve önemli endişelere neden olduğu bir zamana girilmiştir. Bu nedenle başkaca varyantların ortaya çıkmaması ve mevcut varyantlarının etkilerinin azaltılması için etkin ve etkili bir aşılama programı gerekmektedir.

Etkili bir aşı programı için sürü bağışıklığının elde edilmesini sağlamak, bunun için de nüfusun aşılama oranının mümkün olduğunca yüksek tutulması esastır. Bu durumun önündeki olası engellerden bir tanesi “aşılama hizmetinin mevcudiyetine rağmen aşığı kabul etme veya reddetmede gecikme” olarak tanımlanan aşı tereddütü olabilir. (Cordina vd., 2021).

Aşı tereddütü, 2019 yılında 10 küresel sağlık tehdidinden biri olarak belirlenmiştir (WHO, 2021). Mevcut pandemide aşı tereddütünü körükleyen önemli bir faktör, aşı hakkındaki yanlış bilgilerin sosyal medya aracılığıyla kolaylıkla yayılmasıdır (Kim vd., 2020). Buna karşın sağlık uzmanları tarafından sosyal medya kullanıcılarının genel eğilimleri izlenmekte ve yanlış bilgiler düzeltilip kanıt dayalı bilgilerin çeşitli medya kanallarında çevrimiçi ve çevirimdışı olarak yayılması sağlanmaktadır (WHO, 2021). Tüm dünyada gerek yazılı ve görsel medya, gerekse de sosyal medya aracılığıyla yürütülen kampanyalarla aşı tereddütünün önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca tarafından sosyal medya platformu Twitter üzerinden başlatılan “Kolları Sıvıyoruz” kampanyası, birçok ünlü sanatçı, sporcu, gazeteci ve aydın kesim tarafından desteklenmiş ve hafızalarda önemli bir yer edinmeyi başarmıştır. Aşağıda kampanyanın amaçları ve hedeflerinin yanı sıra, kampanyada sık olarak kullanılan sloganlara yer verilmiştir.

Kampanyanın Amaçları:

- 18 yaş üzeri tüm bireylerin en kısa sürede aşılmasını sağlamak.
- Covid-19 vaka sayılarının azaltılarak en kısa sürede normal hayata geri dönmek.

Kampanyanın Hedefleri:

- Covid-19'a karşı toplum bağışıklıklığının oluşmasını sağlamak.

Kullanılan Sloganlar:

- “Sağlığımız için kolları sıvıyoruz.”
- “Hayatımızın yeniden normalleşmesi için kolları sıvıyoruz.”
- “İş hayatımızın normalleşmesi için kolları sıvıyoruz.”

Kampanya başlangıcında Sağlık Bakanlığı tarafından ünlü sinema sanatçıları Şener Şen ve Ezgi Mola'nın yer aldığı kamu spotları hazırlanıp sosyal medya kullanıcıları ve TV izleyicilerine sunulmuştur. Şener Şen, spotta “Sinemalarda, konserlerde, tiyatrolarda yeniden buluşmamız için, normal hayatımıza geri dönmemiz için siz de mutlaka aşınızı yaptırın.” ifadesini kullanırken, Ezgi Mola da vatandaşlara, “Bu kadarı ancak filmlerde olur dediğimiz birçok şeyi pandemi döneminde yaşadık. Ancak filmin sonunu değiştirmek bizim elimizde. Aşımızı olalım, hayatımıza kaldığımız yerden devam edelim.” diye seslenmiştir. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, izleyen süreçte Cem Yılmaz, Acun Ilıcalı, Candan Erçetin, Beyazıt Öztürk, Doktor Mehmet Öz, Okan Bayülgen, Haluk Bilginer, Kıvanç Tatlıtuğ ve Sevcan Orhan gibi ünlülerin de yer aldığı kamu spotlarını paylaşarak herkesi Covid-19'a karşı aşılamaya çağırmaya devam etmiştir (<https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-81772/halka-yonelik.html>). Siyasetçilerin, vali ve kaymakamların, sağlık müdürlerinin, hekimlerin ve diğer sağlık uzmanlarının da yoğun destek verdiği kampanya gerek görsel basında gerekse de sosyal medyada ses getirmeyi başarmıştır.

Kampanya kapsamında paylaşılan kamu spotları ve videolarda, Covid-19'u kontrol altına almanın en etkili yolunun aşı olduğu, Bakanlık bünyesinde yapılan klinik çalışmalarda Covid-19 aşılarının yüksek koruma sağladığının ve aşılanan vatandaşlarda genellikle hafif yan etki görüldüğünün kanıtlandığı, aşılanmanın hastalığı ağır geçirme riskini, hastaneye yatış oranını ve ölüm oranını azalttığı vurgulanmıştır (<https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-81772/halka-yonelik.html?Sayfa=1>). Kampanyanın gerek sağlık uzmanları gerekse de ünlüler tarafından ciddi anlamda desteklenmesiyle birlikte aşı tereddütü yaşayan vatandaşların aşı konusundaki tutum ve davranışları etkilenmeye başlamıştır. Aşı tereddütlerinin ciddi anlamda azalmaya, aşılanma oranının artmaya başladığı görülmüştür.

Nitekim bu durum Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan aşılanma sayısı, günlük hasta ve vaka sayılarından da anlaşılmaktadır. Açıklanan verilere göre Covid-19’la mücadelede uygulanan haftalık aşı sayısı 2021 yılının Haziran ayında 4 kat artmıştır (<https://www.aa.com.tr/tr/info/infografik/23782>). Yine Sağlık Bakanı Fahrettin Koca yaptığı açıklamada, aktif vakaların %87’sinin ve yine hastanelerde yatan hastaların %95’inin aşısı tamamlanmamış kişilerden oluştuğunu belirtmiş, aşılanmanın Covid-19’a karşı ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamıştır (<https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/koca-bilim-kurulu-toplantisi-sonrasi-aciklamalarda-bulunuyor-1856148>).

Sağlık Bakanlığı öncülüğünde gerçekleştirilen “Kolları Sıvıyoruz” kampanyası, Planlı Davranış Teorisi çerçevesinde ele alınmıştır. Planlı Davranış Teorisi, bir kişinin belirli bir davranışa uyup uymayacağını; mevcut durumda Covid-19 aşısının alınmasının üç ana faktöre bağlı olduğunu öne sürer. Tablo 17’de de örneklendirildiği üzere, bu faktörler:

- 1) Kişinin genel olarak aşıya ve özel olarak Covid-19 aşısına karşı tutumu
- 2) Kişinin sosyal çevresinin ve önem verdiği kişilerin aşı hakkındaki tutumları
- 3) Davranışı gerçekleştirmede, yani aşıyı almada algılanan zorluğu ifade eden algılanan davranış kontrolü.

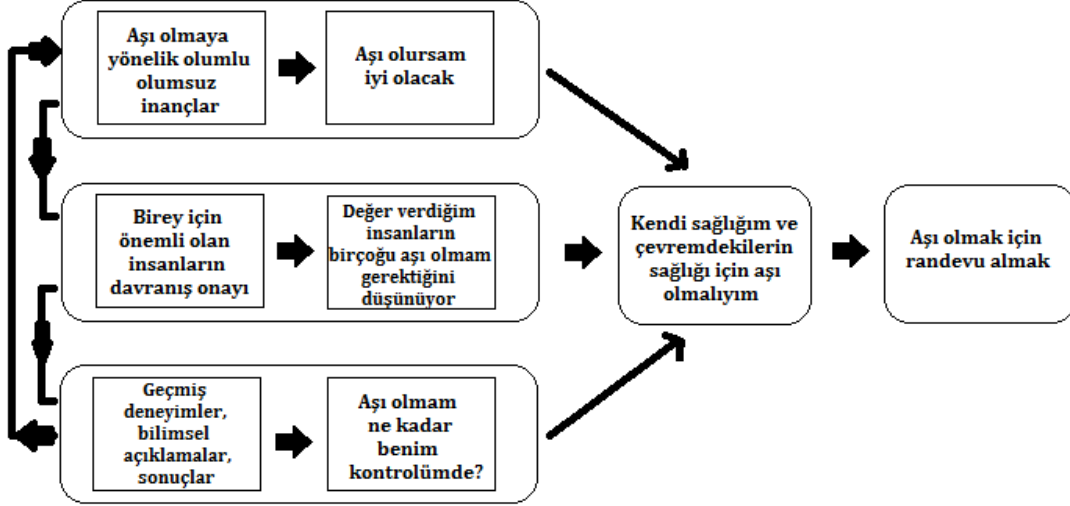
Bu üç faktörün tümü, sosyal temsillerden etkilenmektedir. Sosyal temsiller, toplumsal deneyimler içinde sosyal olarak üretilen ve genel bilincin parçasını oluşturmak için insanlar tarafından paylaşılan bilgi, idealar, düşünceler, imgeler, görüş ve inançlardır (Parker, 1987). Bu temsiller günümüzde daha çok sosyal medya tarafından yaratılmakta ve değiştirilmektedir. Sosyal medya, tutum ve davranışların ana belirleyicisi haline gelmiştir. Ayrıca, tutumların davranışla doğrudan ilişkili olmadığı da iyi bilinmektedir. Yani bireyler, bir şeye karşı olumlu davranışa sahip olsalar da, mutlaka bu tutumla tutarlı bir şekilde davranmazlar.

Tablo 17: Kolları Sıvıyoruz Kampanyasının Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde Değerlendirilmesi

<p>1. <u>Bireysel Tutum:</u> Covid-19 aşısını yaptırمام ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) İyi olacaktırb) Faydalı olacaktırc) Zararlı olacaktırd) Kötü olacaktır.
<p>2. <u>Sübjektif Norm</u> Değer verdiğim insanların çoğu ...</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aşı olmam gerektiğini düşünüyorb) Aşı olmamam gerektiğini düşünüyor
<p>3. <u>Davranışsal Kontrol Algısı:</u> Aşı olmam ne kadar benim kontrolümde?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Çok fazlab) Çok az <p>Aşı olmam ne kadar kolay olacak?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Çok kolayb) Çok zor <p>➤ İşte bu iç değişken, davranışı ortaya çıkartacak niyeti güçlendirmekte veya zayıflatmaktadır. Aşı sıram geldiğinde, aşı olmaya niyetim var.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aşı olabilirimb) Aşı olamam

Fishbein ve Ajzen tarafından yapılan Mantıklı Eylem Teorisi'ne dayanan araştırma, bir kişinin hayatındaki önemli diğer kişilerin tutumlarının, insanların belirli davranışı yerine getirme konusunda önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, bir kişinin hayatında önemli olan kişiler onları bu davranışı yapmaya teşvik ederse, olumlu sağlık davranışı geliştirilebilir. Daha sonra yapılan çalışmalar ise öz-yeterlilik ve algılanan kontrol, tutumlar ve öznel normlarla birlikte ele alındığında, bir sağlık davranışına uyumun daha da iyi tahmin edildiğini göstermiştir (Ajzen, 1998).

Kampanyanın Adı : Kolları Sıvıyoruz
Uygun Olan Davranışsal Teori veya Model : Planlı Davranış Teorisi
Planlı Davranış Teorisinin Değişkenleri : Davranışa Yönelik Tutum, Subjektif Norm, Algılanan Davranışsal Kontrol



Şekil 25: Planlı Davranış Teorisi Çerçevesinde Kolları Sıvıyoruz Kampanyasının Analizi

Kişilerin sağlıkla ilgili belirli bir davranışın yaşamlarında bir değişiklik yaratabileceklerine inandıkları ve bu davranışı yapıp yapmama konusunda kontrolleri olduğuna inandıkları durumlarda, kişinin bu davranışı yapma olasılığı artar. Yani Covid-19 aşısı olmaya yönelik tavsiyeleri hayata geçirmenin kendi kontrolünde olduğunu düşünen birey, aşılmanın hayatında olumlu değişikliğe neden olacağını anlayarak (davranışsal inançlar) aşı olmaya yönelik olumlu tutum meydana getirir. Davranış değişikliğinin bireyin sosyal çevresindeki insanlar tarafından nasıl karşılanacağı (normatif inançlar) önem arz etmektedir. Bir bireyin Covid-19 aşısı olmaya karar vermesinde, kendisi için önemli kişilerin (Bu kişiler bir yakını veya büyüğü olabileceği gibi, toplumsal bir önder, bir siyasetçi, ünlü bir sanatçı veya sporcu da olabilir.) düşünceleri ve onayı, yani subjektif normlar önemlidir. Üçüncü bir değişken olan algılanan davranışsal kontrol ise, içsel ve dışsal faktörlerden etkilenen davranışı gösterecek bireyin bu davranışı göstermesinin ne kadar kolay veya ne kadar zor olacağı ile ilgili inancıdır. Bu inançlar, bireyin kendisi ve çevresindeki geçmişteki tecrübeleri, aşı olan kişilerle ilgili yapılan olumlu bilimsel açıklamalar ve aşı olan kişilerin hastalığa daha az yakalandığına ilişkin bilimsel sonuçlar ile alakalı bireyin kişisel algısına bağlıdır.

Aşı olma davranışına yönelik tutum ve davranışlar ne kadar olumlu ve algılanan davranışsal kontrol ne kadar güçlü olursa, bireyin de davranışı gerçekleştirme niyeti o

kadar güçlü olacaktır. Mevcut durumda birey Covid-19 aşısı olarak kendisinin ve çevresindeki insanların hastalığa yakalanma riskinin düşeceğini, hastalığa yakalansa dahi, hastalığı hafif bir şekilde geçireceğinin kendi kontrolünde olduğunu anladığında, niyeti davranışa dönüşecektir.

VI. SONUÇ

Davranışı tahmin edebilmek, bir sağlık müdahalesinin planlamasını kolaylaştırır. Bu nedenle, herhangi bir iletişim kampanyasının ilk aşaması, sağlık sorununun davranışsal yönlerini analiz etmek olmalıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde iletişimin temelini, “insanların davranışlarını nasıl ve neden değiştirdiklerine, hangi durumlarda veya hangi müdahale noktasında bir mesaj göndermenin en iyi olduğuna” dair bir anlayış oluşturmalıdır. Böyle bir anlayış, davranışı değiştirmek için gereken eylemlerin tanımlanmasına olanak verir ve davranışı engelleyen veya teşvik eden etki yollarını vurgular.

Sağlığı teşviki ve geliştirilmesine yönelik kampanyalar sayesinde insanlar çok fazla bilgi sahibi olmadıkları sağlık sorunları konusunda bilgi edinebilmekte ve sağlıklı davranış için yapmaları gerekenleri ayrıntılarıyla öğrenebilmektedir.

Sağlık iletişimi ve sağlığı geliştirme disiplinlerinde kullanılan birçok model ve teori vardır. Bunlardan bazıları, uygulayıcılar açısından diğerlerine göre daha faydalıdır. “Her şeye uyan bir model” normal karşılanan bir durum değildir. Zira sağlık ortamında iletişim, farklı izleyiciler için farklı mesajlar içeren farklı yöntemler kullanır. Anlatılan tüm bu modeller, sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve sağlık eğitimi mesajlarının iletilmesinde etkili bir şekilde kullanılma potansiyeline sahiptir.

Uygulayıcılar, sağlığı geliştirme kampanyaları için teorik kavramları kullanarak müdahaleleri tasarlamalıdır. Teorik modeller, davranış değişikliği sürecindeki her faktörü tam olarak açıklamasa da, iletişimin hedeflenmesine ve yapılandırılmasına yardımcı olabilecek kararları etkileyebilecek potansiyel faktörleri veya kaldıraç noktalarını tanımlarlar. Bu açıdan teori ve modeller büyük önem arz etmektedir.

Sağlık iletişimi uygulayıcıları bu teoriler arasından, kendi uygulamaları açısından en yararlı olan, kendilerine ve hedef kitlelerine en uygun olanı tercih etmek durumundadır. Uygun bir teori veya teorilerin seçimine; merak uyandırıcı, tanıdık veya revaçta olduğu için teorik bir çerçeve seçmekle değil, problemi, hedefi ve uygulama birimlerini tanımakla başlanmalıdır. Farklı teoriler, farklı koşullar ve sorunlar altında uygulayıcılara yol gösterecektir. Uygulayıcıların hangi modeli seçip kullanacaklarına yardımcı olacak herhangi bir belirlenmiş kural yoktur. Fakat yine de uygulayıcılar modelleri seçmeden evvel bir dikkate alması gereken bir dizi soru bulunmaktadır.

Bunlardan birincisi, modelin ilgili tüm değişkenleri içerip içermediğidir. İkincisi ise, kullanılacak modelin seçilen alan için mantıklı olup olmadığıyla alakalıdır. Akabinde, modelin başka bir yerde benzer amaçlarla kullanılıp kullanılmadığı ve seçilen alanda kullanımını gösteren herhangi bir çalışma olup olmadığını araştırmak gerekir. Ayrıca, teorik modellerin seçimi kişisel tercih, hedef grup, finansman olanakları, zaman, paydaşların etkileri, proje boyutu ve hedeflenen davranış gibi birçok faktörden de etkilenmektedir.

Etkili müdahaleler ve sağlam araştırma, belirli bir durum için en uygun teori ve uygulama stratejilerinin düzenlenmesine bağlıdır. Bireyler, gruplar, kurumlar gibi farklı uygulama birimleri için farklı teoriler daha uygundur. Örneğin, mamografi çekmek için kadınların kişisel engellerini aşmaya çalışırken, Sağlık İnanç Modeli faydalı olabilir. Transteorik Model özellikle sigara bırakma müdahalelerinin geliştirilmesinde faydalı olabilir. Hatırlatma sistemleri kurarak hekimlerin mamografi uygulamalarını değiştirmeye çalışırken, organizasyonel değişim teorileri daha uygundur. Aynı şekilde, hekimler Transteorik Model'i hastalarının ilk mamografi uygulamasında veya yıllık taramalar hakkında bilgilendirmek için kullanabilirler.

Sağlık müdahalelerinin iki temel hedefi vardır ve tüm müdahalelerin bu iki ana hedefe bölünmektedir. Birinci hedef; bireyleri değiştirmeyi amaçlayan ve bireylerin kontrolünde olan müdahalelerdir. İkinci hedef ise yapıları değiştirmeyi amaçlayan, bu nedenle bireylerin kontrolü dışında olan müdahalelerdir. Bireysel bir yaklaşım kullanan müdahaleler, genellikle tutumları, inançları, bilgileri veya becerileri etkilemek veya değiştirmek ister. Yapısal düzeyde olanlar ise değişkenleri bireysel kontrolün dışında değiştirmeye çalışır.

Ancak, tüm bu uygulanan teori ve modellere rağmen, kimi zaman insanlar üzerinde etkisini gösterememektedir. Bunun nedenlerinden biri sağlık okur-yazarlığı olabileceği gibi, iletişime geçilen kişilerde davranış değişikliğine neden olabilecek temelin oluşturulamaması da olabilmektedir. Uygulanan teori ve modeller doğrultusunda gerçekleştirilen sağlık kampanyaları ile bir toplumun sağlığını şekillendirmek ve korumak mümkündür. Ancak bu, hedef kitlenin iyi tanımlanmış olması ve uygun eylemlerin gerçekleştirilmesiyle mümkün olabilir. Bu nedenle sağlık uygulayıcılarının artık neredeyse kişiye özel kampanyalar yürütmesi gerekmektedir. İşte burada da yeni teknolojiler devreye girmektedir. Dünyada günden güne yaygınlaşan ve gelişen bu

teknolojiler sayesinde kişilere birebir ulaşmak ve onları çeşitli sağlık sorunları hakkında bilgilendirmek veyahut uyarmak mümkün olabilmektedir. Geleceğin sağlık iletişimi uygulamaları işte bu teknolojiler yoluyla gerçekleştirilecektir. Fakat diğer taraftan teknolojinin yüz yüze iletişimin yerini henüz alabilecek seviyede olmadığını da göz ardı etmemek gerekir. Çünkü neticede insanlar karşısında kendisiyle konuşan kişinin bir makine olmasındansa bir insan olmasını bekler. Bu durum sağlık uygulayıcıları tarafından unutulmamalıdır.

Diğer taraftan, en güçlü müdahaleler, birden fazla teoriden inşa edilebilir. Teorileri birleştirirken, her teorinin benzersiz katkısını net bir şekilde düşünmek önemlidir. Yeni bir teoriye ne zaman ihtiyaç duyulacağı sorusu, dikkatli düşünmeyi ve daha fazla dikkatli olmayı gerektirir. Teoriyi uygularken hedef kitleyi tanımanın yerini hiçbir şey tutmaz. Ayrıca, önemli halk sağlığı sorunlarını ele alan sağlık davranışı değişikliği programları, daha sağlıklı politikalar, sistemler ve ortamlar geliştirmek için bireysel odaklı müdahale modellerini, stratejiler ve modellerle tamamlamaya çalışmalıdır.

Sağlık davranışı değişikliği üzerine yapılan son araştırmalar, teori veya teorik yapılara dayalı müdahalelerin, teori kullanmayanlardan çok daha etkili olduğunu göstermiştir. Teori, araştırma ve uygulamalar, davranışların belirleyicilerini anlamak, değişim için stratejileri test etmek ve etkili müdahaleleri yaymak için bir sürekliliğin parçasıdır. Teori temelli müdahalelerin kesin testleri, sağlık davranışı değişikliğindeki kanıt temelinin yapı taşlarıdır. Teori, genel olarak ve farklı kitleler için iletişim programlarının inşasında önemli bir yere sahiptir. Program geliştiricileri ve uygulayıcıları, uygulama planlarını geliştirirken teoriyi daha tutarlı ve agresif bir şekilde kullanmayı teşvik eder.

Genellikle modeller, bir müdahale gerçekleşmeden evvel müşteri/kişisi ile bir miktar ön temas olduğunu varsayar. Müdahale başlamadan evvel seçilen hedef grupla iletişim kurmak, işlemsel bilgi alışverişini kolaylaştırarak sağlık iletişimde daha aşağıdan yukarıya bir yaklaşım geliştirilmesine olanak tanır. Hedef gruba önceden erişilemezse kuşkusuz bu işleri daha karmaşık hale getirecektir. Önceden soru sorulmazsa müdahalenin başarılı olup olmayacağı anlaşılmaz. Ayrıca planlanan müdahale yukarıdan aşağıya bir yaklaşıma sahip olur ve iletişim tek taraflı olursa, ulaşılmaya çalışılan grup model dışında kalabilir.

Bu çalışmada, 2016-2021 yılları arasında Sağlık Bakanlığı öncülüğünde gerçekleştirilen sağlık iletişim kampanyaları analiz edilmiştir. Bu kapsamda ele alınan kampanyalar seçilirken, içeriğinde veya adında kampanya kelimesinin geçmesi ve kitle iletişim araçlarından en az birinden faydalanılmış olması hususlarına dikkat edilmiştir.

Bu doğrultuda rastgele seçilen 6 kampanyada; kampanyanın adı, kampanyanın ne zaman ve kimler tarafından başlatıldığı, amaçlarının, hedeflerinin ve kampanyada kullanılan sloganların neler olduğu, kimlerin kampanyalara destek verdiği, hangi kitle iletişim araçlarının kullanıldığı hususları davranışsal teori ve modellere göre değerlendirilmiştir.

Kampanyaların tamamı ulusal düzeydedir. Covid-19 ile alakalı olan 2 adedi halen devam etmektedir. Söz konusu kampanyaların hedef kitlesi de vatandaşlardan, sağlık personeline kadar geniş kapsamlıdır. İncelenen 6 kampanyada da konulan hedefler, rasyonel ve ulaşılabilir hedeflerdir. Kampanyaya uygun olarak oluşturulan mesajlar, kitle iletişim araçları vasıtasıyla toplumda söz sahibi, rol model olmuş kişiler tarafından hedef kitleye iletilmiş ve kampanyalar büyük ölçüde başarılı olmuştur.

Teori ve Modellere Göre Kampanya Analizi		
Kampanya Adı	Teori / Model	Düzye
Çemberin Dışında Kal	Nedene Dayalı Eylem Teorisi	Bireysel
Her Gün 10 Bin Adım	Transteorik Model	Bireysel
Yaşama Yol Ver	Nedene Dayalı Eylem Teorisi	Bireysel
Akılcı Antibiyotik Kullanımı	Sağlık İnanç Modeli	Bireysel
Maske, Mesafe ve Temizlik	Sağlık İnanç Modeli	Bireysel
Kolları Sıvıyoruz	Planlı Davranış Teorisi	Bireysel

Tablo 18: Teori ve Modellere Göre Kampanya Analizi

Söz konusu kampanyaların etkinliğinden ve etkililiğinden de görüleceği üzere; devlet kuruluşları, STK'lar ve diğer kuruluşlarca gerçekleştirilen sağlık iletişimi kampanyaları sayesinde farkındalık yaratılmakta, insanlar bilgi sahibi olmadıkları veyahut yanlış bilgiye sahip oldukları sağlık konuları hakkında bilgilendirilmekte, koruyucu sağlık davranışları geliştirebilmekte ve davranışlarını değiştirebilmektedir. Bu yüzden, TV, gazete ve radyo gibi geleneksel medyanın yanı sıra günümüzde teknolojinin de yardımıyla gelişen ve popüler hale gelen, yüz milyonlarca kullanıcısı olan YouTube, Facebook, Twitter ve Instagram gibi tüketicilere çift yönlü iletişim sunma konusunda

başarılı olan sosyal medya platformlarında; sağlıkla ilgili bilgi akışının hızlı ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebileceği göz önünde bulundurularak daha fazla sağlık iletişimi kampanyası oluşturulması, toplum genelinde farkındalık ve davranış değişikliği oluşturulmaya çalışılması faydalı olacaktır.

KAYNAKÇA

- ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi. (2006). *Tobacco Use Among Adults-United States, 2005*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 55 (42), 1145-1148.
- ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence*. Washington, D.C.: Public Health Service.
- Abraham, C. ve Sheeran, P. (2015). The Health Belief Model. Conner, M. ve Norman, P. (Ed.), *Predicting and Changing Health Behavior içinde* (2. Baskı), (30-69). New York: McGraw-Hill Education.
- Ajzen I. (1998). Models of Human Social Behaviour and Their Application to Health. *Psychol Health*. 13 (4), 735-739.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organisational Behaviour and Human Decision Processes*. 50, 179-211.
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. NJ: Englewood Cliffs.
- Ajzen I., Albarracin D ve Hornik R. (2007). *Prediction and Change of Health Behavior: The Reasoned Action Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Airhihembuwa, C. O. ve Obregon, R. (2000). A Critical Assessment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*. 5, 5-15.
- Alter, C., ve Hage, J. (1993). *Organizations Working Together*. California: Sage.
- Andreasen, A. (1995). *Marketing Social Change: Changing Behaviour to Promote Health, Social Development and The Environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ariely, D. ve Jeff K. (2020). *Tamamen Duygusal*. İstanbul: Optimist Yayıncılık.
- Arsıanoğlu, İ. (2012). *Sağlık İnsan İlişkileri ve Etkili İletişim*. Ankara: Pegem Akademi.

- Auslander, W., Joshu, D. H., Williams J. H. ve Krebill, H. (2001). The Short-Term Impact of a Health Promotion Program for Low-Income African American Woman. *Research on Social Work Practice*, 10 (1), 78-97.
- Baltaş Z. (2007). *Sağlık Psikolojisi*. (3. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Batı, U. (2016). *Reklamın Dili*. İstanbul: Alfa Yayıncılık.
- Becker, M. H., Drachman, R. H. ve Kirscht, J. P. (1974). A New Approach to Explaining Sick-Role Behaviour in Low Income Populations. *American Journal of Public Health*. 64, 205–16.
- Berry, D. (2007) *Health Communication Theory and Practice*. New York: Open University Press.
- Beyer, J. M., and Trice, H. M. (1978). *Implementing Change: Alcoholism Policies in Work Organizations*. New York: Free Press.
- Bledsoe, L. K. (2005). Smoking cessation: An Application of Theory of Planned Behavior to Understanding Progress Through Stages of Change. *Addictive Behaviors*. 31 (7), 1271-1276.
- Brookes-Howell, L., Elwyn, G., Hood. K., Wood. F., Cooper, L., Goossens, H., Ieven, M. ve Butler, C. C. (2011) ‘The Body Gets Used to Them’: Patients’ Interpretations of Antibiotic Resistance and The Implications for Containment Strategies. *J Gen Intern Med*. 27 (7), 766–72.
- Brown, B., Crawford, P. ve Carter, R., (2006). *Evidence-Based Health Communication*. New York: Open University Press.
- Brug, J., Oenema, A. ve Ferreira, I. (2005). Theory, Evidence and Intervention Mapping to Improve Behavior Nutrition and Physical Activity Interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2 (1), 1-7.
- Bryant, J. ve Miron, D. (2004). Theory and Research in Mass Communication. *Journal of Communication*. 54 (4), 662-704.
- Butterfoss, F. D., Goodman, R., ve Wandersman, A. (1993). Community Coalitions for Prevention and Health Promotion. *Health Education Research: Theory and Practice*. 8 (3), 315-330.

- Butterfoss, F. D. (2007). *Coalitions and Partnerships for Community Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Canöz, K. (2018). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler Uygulamaları*. Konya: Palet Yayınları.
- Capella, J. C. ve Rimer, B. K. (2006). Integrating Behavior Change and Message Effects Theories in Cancer Prevention, Treatment and Care. *Journal of Communication*. 56 (1), 1-279.
- Casta, M. F. (2020). Health Belief Model for Coronavirus Infection Risk Determinants. *Saude Publica*, 54 (47), 1-11.
- Cialdini, R., Kallgren, C. ve Reno, R. (1991). A Focus Theory of Normative Conduct: A Theoretical Refinement and Reevaluation of the Role of Norms in Human Behaviour. *Advances in Experimental Social Psychology*. 24, 201–34.
- Corcoran, N. (2007). Theories and Models in Communicating Health Messages. *Coummunicating Health: Strategies for Health Promotion*. 5-31.
- Cordina, M., Lauri, M. A. ve Lauri, J. (2021). Attitudes Towards COVID-19 Vaccination, Vaccine Hesitancy and Intention to Take The Vaccine. *Pharmacy Practice*. 19 (1), 2317.
- Costa, M. F. (2020). Health Belief Model for Coronavirus Infection Risk Determinants. *Rev Saude Publica*. 54, 47.
- Cummings, T. (2004). *Organizational Development and Change*. J. Boonstra (ed.), *Dynamics of Organizational Change and Learning*. West Sussex: Wiley.
- Darnton, A. (2008). *GSR Behaviour Change Knowledge Review. Reference Report: An Overview of Behaviour Change Models and Their Uses*. Londra: HMT Publishing Unit.
- Demir, K. (2006). Rogers'in Yeniliğin Yayılması Teorisi ve İnternette Ders Kaydı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 47 (47), 367-392.
- Demirel, Y. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı İletişim*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

- De Wit, J. B. F., Vet, R., Schutten, M. ve Van Steenberg, J. (2005). Social-cognitive Determinants of Vaccination Behavior Against Hepatitis B: An Assessment Among Men Who Have Sex With Men. *Preventive Medicine*, 40, 795–802.
- Donohue, G. A., Tichenor, P. J. ve Olien, C. N. (1995). A Guard Dog Perspective on the Role of Media. *Journal of Communication*. 45 (2), 115-132.
- Dorfman, L. Wallack, L. ve Woodruff, K. (2005). More Than a Message: Framing Public Health Advocacy to Change Corporate Practices. *Health Education and Behavior*. 32, 320-326.
- Dökmen, Ü. (1994). İletişim Çalışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2003). Framework Convention on Tobacco Control. 25 Haziran 2021. http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
Geneva: Dünya Sağlık Örgütü.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2015). Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. Geneva: World Health Organization.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021). Ten Threats to Global Health in 2019. 28 Temmuz 2021. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
- Dünya Sağlık Örgütü. Infodemic Manager Training. 28 Temmuz 2021. <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemicmanagement/1st-who-training-in-infodemic-management>.
- Elden, M. (2016). Reklam ve Reklamcılık. (4. Baskı) İstanbul: Say Yayıncılık.
- Ergin, A. (2011). Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ertekin, İ. (2017). Sağlık İletişimi. Ankara: Gece Kitaplığı.
- Fertman, C. I. ve Allensworth, D. D. (2010). Sağlığı Geliştirme Programları. San Francisco: Jossey-Bass.
- Festinger, L. (1957). A Theory of Cognitive Dissonance. California: Stanford University Press.
- Green LW and Kreuter MW (1999) Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing

- Green LW and Kreuter MW (1999) Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing
- Green LW and Kreuter MW (1999) Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing
- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (2010). Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach. New York: Psychology Press.
- Fisher, E. B., Brownson, C. A., O'Toole, M. L., Shetty, G., Anwuri, V. V. ve Glasgow, R. E. (2005). Ecologic Approaches to Self Management: The Case of Diabetes. American Journal of Public Health. 95 (9), 1523-1535.
- Fişek, N. (1985). Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Çağ Matbaası.
- Freeman, J. H., ve Audia, P. G. (2006). Community Ecology and the Sociology of Organizations. Annual Review of Sociology. 32, 145-169.
- Garih, Ü. (2000). Pazarlama-Tanıtım Halkla İlişkiler. İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viwanath, K. (2008). Theory, Research, and Practice in Health Behavior and Health Education. (4. Baskı). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Green, L. W. (1999) Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View. California: Mayfield Publishing.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., ve Partridge, K. B. (1980). Health Education Planning: A Diagnostic Approach. California: Mayfield.
- Green, L. W., ve Kreuter, M. W. (2005). Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. (4. Baskı). New York: McGraw-Hill.
- Giles, M., McClenahan, C., Cairns, E. ve Mallet, J. (2004). An Application of the Theory of Planned Behaviour to Blood Donation: The Importance of Self-Efficacy. Health Education Research. 19 (4), 380-391.
- Glanz, K., Lewis, F.M. ve Rimer, B.K. (1997). Theory, Research and Practice. (2. Baskı). San Francisco: Jossey-Bass, 19–35.

- Gochman, D. S. (1982). Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives on Future Research. *Health Education Quarterly*. 9, 167-174.
- Goldstein, N., Martin, S. ve Cialdini, R. (2007). *Yes! 50 Secrets from the Science of Persuasion*. Londra: Profile.
- Göksu, N. F. (2018). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Gregory, B. T., Armenakis, A. A. ve Moates, K. N. (2007). Achieving Scientific Rigor in Organizational Diagnosis: An Application of the Diagnostic Funnel. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 59 (2), 79–90.
- Gürgen, H. (1997). *Örgütlerde İletişim Kalitesi*. İstanbul: Der Yayınları.
- Halpern, D., Bates, C., Geales, B. ve Heathfield, A. (2004). *Personal Responsibility and Changing Behaviour: The State of Knowledge and Its Implications for Public Policy*. Londra: Prime Minister's Strategy Unit, Cabinet Office.
- Harter, L. M., Japp, P. M. ve Beck, C. S. (2009). *Narratives, Health, and Healing*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hersey, J. C., Niederdeppe, J., Evans, W. D., Nonnemaker, J., Blahut, S., Holden, D. ve Diğer. (2005). The Theory of Truth: How Counterindustry Campaigns Affect Smoking Behavior Among Teens. *Health Psychology*. 1, 22-31.
- Hilliard, M. E., Riekert, K. A., Ockene, J. K. ve Pbert. (2018). *The Handbook of Health Behavior Change*. (5. Baskı). New York: Springer Publishing Company.
- Huberman, A. M. ve Miles, M. B. (1984). *Innovation Up Close: How School Improvement Works*. New York: Plenum Press.
- Huff, R. ve Kline, M. (1999). *Promoting Health in Multicultural Populations. A Handbook for Practitioners*. London: SAGE Publication.
- Hugman, B. (2009). *Healthcare Communication*. London: Pharmaceutical Press.
- Hsu, C. H. C. ve Powers, T. (2002). *Marketing Hospitality*. New York: John Wiley & Sons.

- Institute of Medicine. (2002). *Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- İlhan, M. (2018). *Sağlık Çalışanlarının İletişimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Janz, N. K. ve Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*. 11 (1), 1-47.
- Jones, S., C. ve Donovan, R., J. (2004) Does Theory Inform Practice in Health Promotion in Australia? *Health Education Research: Theory and Practice*, 19 (1), 1-14.
- Kaluzny, A. D., ve Hernandez, S. R. (1988). *Organization Change and Innovation*. S. M. Shortell ve A. D. Kaluzny (Ed.). *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior*. (2. Baskı). New York: Wiley, 1988.
- Kamhawi, R. ve Weaver, D. (2003). Mass Communication Research Trends from 1980 to 1999. *Journalism & Mass Communication Quarterly*. 80, 7-27.
- Kaphingst, K. A., Dejong, W., Rudd, R. E. ve Daltroy, L. H. (2004). A Content Analysis of Direct-to-Consumer Television Prescription Drug Advertisements. *Journal of Health Communication*, 9, 515–528.
- Kasl, S. V. ve Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: II. Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health*. 12, 531–541.
- Kauppi, S. (2015). *Behaviour Change and Communication*. 6 Haziran 2021, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/102402/Kauppi_Susanna.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2008). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1778.
- Kelley, K. ve Abraham, C. (2004). RCT of a Theory-Based Intervention Promoting Healthy Eating and Physical Activity Amongst Out-Patients Older Than 65 Years. *Social Science & Medicine*. 59 (4), 787-797.

- Kidd, P., Reed, D. B., Weaver, L. ve Westneat, S. (2003). The Transtheoretical Model of Change in Adolescents: Implications for Injury Prevention. *Journal of Safety Research*, 34 (3), 281-288.
- Kim H. K., Ahn, J., Atkinson, L. ve Kahlor, L. A. (2020). Effects of COVID-19 Information on Information Seeking, Avoidance and Processing: A Multi-Country Comparative Study. *Sci Comm.* 42 (5), 586-615.
- Kobetz, E., Vatalaro, K., Moore, A. ve Earp, J. A. (2005). Taking the Transtheoretical Model Into the Field: A Curriculum for Lay Health Advisors. *Health Promot Pract*, Jul; 6 (3), 329-337.
- Kotler, P., Kartajaya, H. ve Setiawan, I. (2017) *Pazarlama 4.0*. İstanbul: Optimist Yayıncılık.
- Kotler, P., Shalowitz, J. ve Stevens, R. J. (2008). *Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishing.
- Kotler, P. (2017). *Kurumsal Sosyal Sorumluluk*. İstanbul: MediaCat Kitapları.
- LaMorte, W. W. (9 Eylül 2019). *Behavioral Change Models*. Boston University School of Public Health. 14 Mayıs 2021. <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/>
- Lavin, D. ve Groarke, A. (2005). Dental Floss Behaviour: A Test of The Predictive Utility of The Theory of Planned Behaviour and The Effects of Making Implementation Intentions. *Psychology, Health & Medicine*. 10 (3), 243-252.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*. Londra: Social Science Paperbacks.
- Lin, P., Simoni, J. M. ve Zemon, V. (2005). The Health Belief Model, Sexual Behaviors, and HIV Risk Among Taiwanese Immigrants. *AIDS Education and Prevention*, 17 (5), 249-483.
- Loue S. (2002). *Community Health Advocacy*. Secaucus, New Jersey: Kluwer Academic Publishers.

- Marshall, S. ve Biddle, S. J. H. (2001). The Transtheoretical Model of Behavior Change: A Meta-Analysis of Applications to Physical Activity and Exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23 (4), 229-46.
- McGuire, W. J. (1989). Theoretical Foundations of Campaigns. In R. E. Rice & C. K. Atkin (Eds.), *Public Communication Campaigns* (43- 65). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- McGuire, W. J. (2001). Input and Output Variables Currently Promising for Constructing Persuasive Communications. In R. E. Rice & C. K. Atkin (Eds.), *Public Communication Campaigns*, (22- 48). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- McLeod, D. M. ve Perse, E. M. (1994). Direct and Indirect Effects of Socioeconomic Status on Public Affairs Knowledge. *Journalism Quarterly*. 71, 433-442.
- McNamara, C. (2006). Clearing up the Language about Organizational Change and Development. İçinde *Field Guide to Consulting and Organizational Development: A Collaborative and Systems Approach to Performance, Change and Learning*. Minneapolis: Authenticity Consulting.
- Molz, J. G. ve Gibson, S. (2007). *Mobilizing Hospitality – The Ethics of Social Relations in a Mobile World*. Hampshire: Ashgate Publishing.
- Minardi, H. A. ve Riley, M. J. (1997). *Communication in Health Care: A Skills-Based Approach*. London: Butterworth-Heinemann.
- Miroff, N. (22 Temmuz 2007). Muscling a Website into a Social Movement: Virginia Blogger Taps into Illegal-Immigration Ire. *Washington Post*. A01.
- National Cancer Institute. (2003). *Making Health Communication Work*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- National Cancer Institute. (2005). *Theory at a Glance, A Guide for Health Promotion Practice*, (2. Baskı). NIH Publication No. 05-3896, s.15.
- National Cancer Institute. (2008). *Making Health Communication Programs Work: a Planners Guide*. *Journal of Communication*. 47 (2), 112-131.

- National Institute for Clinical Excellence. (2007). Behaviour Change: The Principles for Effective Interventions. London: NICE Public Health Guidance. 2 Haziran 2021, <http://www.nice.org.uk/guidance/ph6/chapter/2-considerations#definitions>
- Naidoo, J. ve Wills, J. (2000). Health Promotion: Foundations for Practice. Llandybie: Bailliere Tindal.
- Newson, R. S., Lion, R., Crawford, R. J., Curtis, V, Elmadfa, I. ve Diğer. (2013). Behaviour Change for Better Health: Nutrition, Hygiene and Sustainability. BMC Public Health. 13, S1.
- Odabaşı Y. ve Oyman M. (2005). Pazarlama İletişim Yönetimi. İstanbul: Medicaat Kitapları.
- Okay, A. (2014). Sağlık İletişimi. İstanbul: Derin Yayınları.
- Oliver R. L. ve Bearden W. O. (1985). Crossover Effects in the Theory of Reasoned Action: A Moderating Influence Attempt. Journal of Consumer Research. 12 (3).
- O'Neill, H. (2016). Etkili Konuşma ve Mükemmel İletişim (Etkili İletişim). İstanbul: Siyah Beyaz Yayınları.
- Özkaya Parlakay, Aslınur. (2019). Akılcı Antibiyotik Kullanımı. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 13 (3), 121-121.
- Öztürk, M. (2000). Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar. İstanbul: MTM Yayın, No: 6.
- Öztürk, R. G. ve Öymen, G. (2014). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Stratejik Önemi: Türkiye’de Kalp Sağlığı ile İlgili Kar Amacı Gütmeyen Kuruluşlar Üzerine Bir Değerlendirme. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 3, 109-132.
- Papauessis, H., Maddison, R. ve Basset, S. F. (2005). Using Theory of Planned Behavior to Understand Exercise Motivation in Patients with Congenital Heart Disease. Psychology, Health & Medicine. 10 (4), 335-343.
- Parker, I. (1987). ‘Social representations: Social Psychology’s (mis) Use of Sociology. Journal for the Theory of Social Behaviour, 17 (4), 447-469.

- Parker, J. D. A., Summerfeldt, L. J., Hogan, M. J. ve Majeski, S. A. (2004). Emotional Intelligence and Academic Success: Examining the Transition From High School to University. *Personality and Individual Differences*. 36, 163-172.
- Parkerson, G., Connis, R. T., Broadhead W. E., Patrick, T. L., Taylor, T. R. ve Tse, C. K. (1993). Disease-Specific Versus Generic Measurement of Health-Related Quality of Life in Insulin Dependent Diabetic Patients. *Medical Care*, 31, 629-637.
- Parvanta, C., Nilson, D. E., Parvanta, S. A. ve Harner, R. N. (2011). *Essentials of Public Health Communication*. USA: Jones & Bartlett Learning.
- Parrott, R. (2009). *Talking About Health*. Oxford: Blacwell Publishing.
- Parsons, J. T., Siegel A. W. ve Cousins, J. H. (1997). Late Adolesencet Risk Talking: Effects of Percieved Benefits and Percieved Risks on Behavioral Intentions and Behavioral Change. *Journal of Adolesence*, 20, 381-392.
- Phillips, J. L., Rolley, J. X. ve Davidson, P. M., (2012). Developing Targeted Health Service Interventions Using the PRECEDE-PROCEED Model: Two Australian Case Studies. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice*. <https://doi.org/10.1155/2012/279431>
- Prestby, J., ve Wandersman, A. (1985). An Empirical Exploration of a Framework of Organizational Viability: Maintaining Block Organizations. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 21 (3), 287-305.
- Prochasca, J. O. ve DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- Quick, R. (2003). Changing Community Behavior: Experience From Three African Countries. *International Journal of Environmental Health Research* 13, 115–121.
- Reger B., Cooper, L., Booth-Butterfield, S., Smith, H., Bauman, A., Wootan, M., ve diğer. (2002). Wheelin Walks: A Community Campaign Using Paid Media to Encourage Walking Among Sedentary Older Adults. *Preventive Medicine*. 35 (3), 285-292.

- Renvoise, P. ve Morin, C. (2020). Nöro Marketing – Müşterinizin Beynindeki Satın Alma Düğmesine Basmak. İstanbul: MediaCat Kitapları.
- Rimmer, B. K. ve Glanz, K. (2005). Theory at Glance A Guide for Health Promotion Practice. (2. Baskı). US Department of Health and Human Services.
- Roethlisberger, F. J., ve Dickson, W. J. (1939). Management and the Worker. Cambridge: Harvard University Press.
- Rogers, E. M. (1995). Diffusion of Innovations, (4. Baskı). New York: Free Press.
- Rogers, E. M. ve Storey, D. (1987). Communication Campaigns. Berger, C. R. ve Chaffee, S. H. (Ed.). Handbook of Communication Science içinde (817-846). Beverly Hills: Sage Publications.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. Milbank Memorial Fund Quarterly. 44, 94–124.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 2, 328–335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. ve Becker, M. H. (1988) Social Learning Theory and The Health Belief Model. Health Education Quarterly. 15, 175–83.
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., and Salovey, P. (2006). The Strategic Use of Gain and Loss-Framed Messages to Promote Healthy Behavior: How Theory Can Inform Practice. Journal of Communication. 2006, 56 (1), 202–220.
- Rutter, D. ve Quine, L. (2002), Changing Health Behaviour: Intervention and Research With Social Cognition Models. Philadelphia: Open University Press.
- Ruud, J. S., Betts, N., Kritch, K. ve Nitzke, S. (2005). Acceptability of Stage-Tailored Newsletters about Fruits and Vegetables by Young Adults. Journal of American Dietetic Association, 105 (11), 1774-1778.
- Sabırcan, F. (2012) Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: Türkiye’de Son 15 Yılda Yapılmış Olan Kampanyalardan Örnekler Çerçevesinde Bir Değerlendirme. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi.

- Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice*. (2. Baskı). San Francisco: Jossey-Bass Publishing.
- Scholten, M. (1996). Lost and Found: The Information-Processing Model of Advertising Effectiveness. *Journal of Business Research*, 37 (2), 97–104.
- Schultz, P. W., Nolan, JM., Cialdini, R. B., Goldstein, N. J. ve Griskevicius, V. (2007). The Constructive, Destructive, and Reconstructive Power of Social Norms. *Psychological Science*, 18 (5), 429–34.
- Seale, C. (2002). *Media & Health*. London: Sage Publications.
- Seitel, F. P. (2004). *The Practice of Public Relations*. (3. Baskı). New Jersey: Pearson Education International.
- Shapiro, A. (1999). *The Control Revolution: How the Internet is Putting Individuals in Charge the World We Know*. New York: Century Foundation.
- Smedley, B. D., ve Syme, S. L. (2000). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Smith, D. W., McLeroy, K. R., McCormick, L. K. ve Steckler, A. (1995). Lessons Learned About Disseminating Health Curricula to Schools. *Journal of Health Education*. 26, 37-43.
- Stalsby, L. C. ve Tamhankar A. J. (2014). Understanding and Changing Human Behaviour-Antibiotic Mainstreaming as An Approach to Facilitate Modification of Provider and Consumer Behaviour. *Ups J Med Sci*. 119 (2), 125-33.
- Steckler, A., Goodman, R. M. ve Kegler, M. C. (2002). Mobilizing Organizations for Health Enhancement. K. Glanz, B. K. Rimer, and F. M. Lewis (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (3. Baskı) San Francisco: Jossey-Bass.
- Stillman. F. A., Hartman, A. M., Graubard, B. I., Gilpin, E. A., Murray, D. M. ve Gibson, J .T. (2003). Evaluation of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST): A Report of Outcomes. *Journal of the National Cancer Institute*. 95 (22), 1681-1691.

- Tengilimoğlu, D. (2016). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. (6. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Thomas, R. K. (2006). Health Communication. New York: Springer.
- Thomas, R. K. (2004). Marketing Health Services. Chicago: Aupha Press.
- Tindana, P., Rozmovits, L., Boulanger, R., Bandewar, S., Aborigo, R., Hodgson ve Diğer. (2011). Aligning Community Engagement With Traditional Authority Structures in Global Health Research: A Case Study From Northern Ghana. *American Journal of Public Health*, 101 (10), 1857-1867.
- Tones, K. ve Tilford, S. (1994). Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity, (2. Baskı). Londra: Chapman and Hall.
- Tones, K. ve Green, G. (2004). Health Promotion: Planning and Strategies. London: Sage Publications.
- Trifiletti, L. B., Gielen, A. C., Sleet, D. A. ve Hopkins K. (2005). Behavioral and Social Sciences Theories and Models: Are They Used in Unintentional Injury Prevention Research? *Health Education Research: Theory & Practice*. 20 (3), 298-307.
- Tufan Yeniçıktı, N., Tarakçı, H. N. ve Gazaz, D. C. (2021). Kamu Spotlarında Covid-19 Yansıması: Sağlık Bakanlığı'nın Sosyal Medya Platformlarının İncelenmesi. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakóltesi Dergisi*. 35, 239-261.
- Uhring, J. D., Kojetin, L.H., Bann, C. ve Kuo, T. M. (2006). Do Content and Format Affect Older Consumers Use of Comparative Information in a Medicare Health Plan Choice? Result from a Controlled Experiment. *Medical Care Research and Review*, 63 (6), 701-718.
- Viswanath, K., Finnegan, J. R., Hannan, P. J. ve Leupker, R. V. (1991). Health and Knowledge Gaps: Some Lessones from the Minnesota Heart Health Program. *American Behavioral Scientist*. 34, 712-726.
- Weitkunat, R., Pottgiesser, C., Meyer, N., Crispin, A., Fischer, R., Schotten, K. ve Diğer. (2003). Perceived risk of bovine spongiform encephalopathy and dietary behavior. *Journal of Health Psychology*, 8 (3), 373–381.

- Whitt, M. (1993). *Fighting Tobacco: A Coalition Approach to Improving Your Community's Health*. Lansing, Michigan: Michigan Department of Public Health.
- Wilcox, D., Ault, P. H., Agee, W. K. ve Cameron, G. T. (2003). *Public Relations Strategies and Tactics*, (7. Baskı). USA: Pearson Education.
- Woodruff, K. Dorfman, L, Berends, V ve Agron, P. (2003). Coverage of Childhood Nutrition Policies in California Newspapers. *Journal Public Health Policy*. 24 (2). 150-158.
- Wong, S. W. ve Tang, B. S. (2005). Challenges to the Sustainability of "Development Zones": A Case Study of Guangzhou Development District. *Cities*, 4, 303-316.
- Yakut, İ. (2008). *Sağlık İletişiminde Katılımın İşlevi*. İzmit: Umuttepe Yayınları.
- Yücel, E. ve Çizel, B. (2018). Bilişsel Uyumsuzluk Teorisi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme: Satın Alma Perspektifi. *Journal of Yasar University*, 13 (50), 150-163.
- Zillmann, D. (2006). Exemplification Effects in the Promotion of Safety and Health. *Journal of Communication*. 56 (1), 221-237.