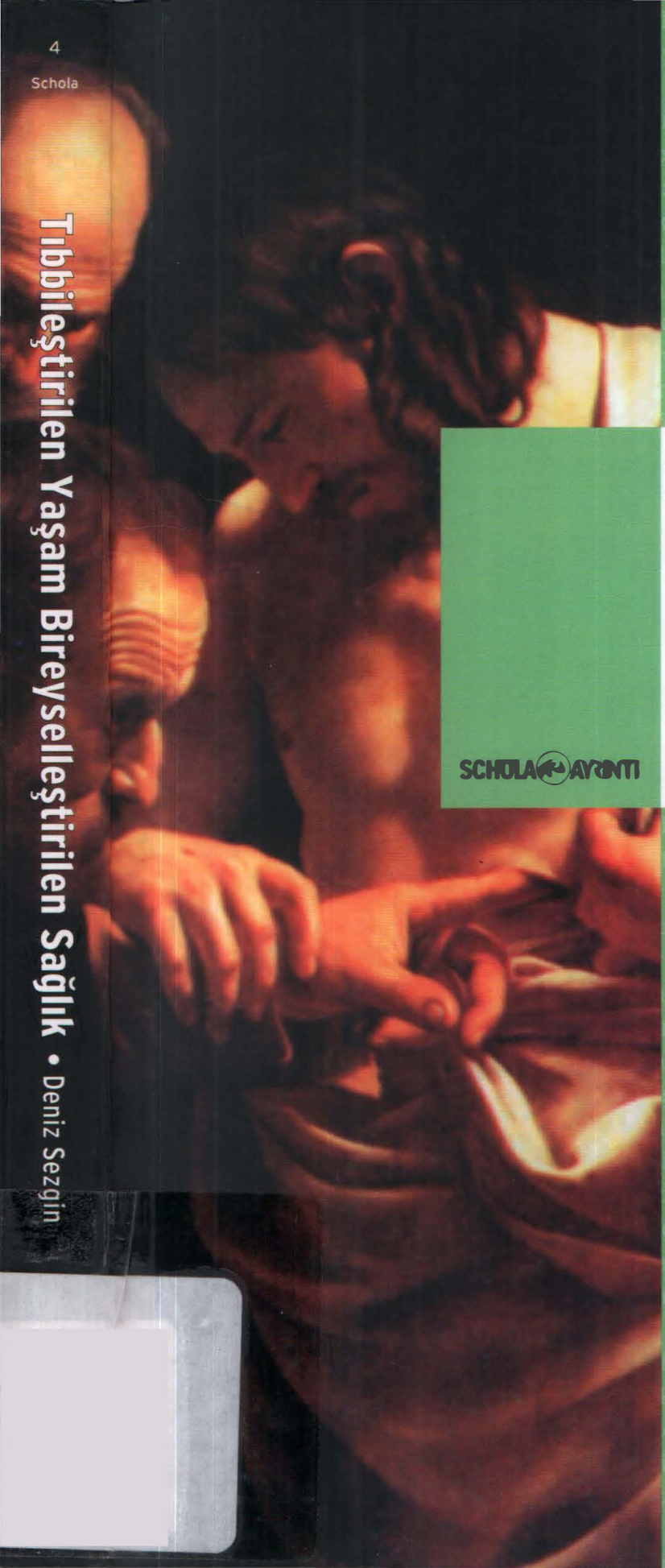
4
Schola



Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık

Deniz Sezgin

SCHOLA AYGITI

Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık • Deniz Sezgin

DR. DENİZ SEZGİN

1992 yılında Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. Mezuniyetinin ardından on yıl özel sektörde çalıştı. Yüksek lisans ve doktorasını Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Halkla İlişkiler ve Tanıtım alanında tamamladı. 2001-2003 yılları arasında Ankara Üniversitesi Halkla İlişkiler ve Dış İlişkiler Koordinatör Yardımcılığı görevini yürüttü. Halen Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü'nde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Ayrıntı: 579
Schola Ayrıntı Dizisi: 4

Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık
Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi
Deniz Sezgin

Yayıma Hazırlayan
Mehmet Celep

© Deniz Sezgin, 2011
Bu kitabın Türkçe yayım hakları
Ayrıntı Yayınları'na aittir.

Kapak Tasarımı
Gökçe Alper

Dizgi
Esin Tapan

Baskı
Kayhan Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
Davutpaşa Cad. Güven San. Sit. C Blok No: 244
Topkapı/İst. Tel.: (0212) 612 31 85

Birinci Basım *2011*

ISBN 978-975-539-600-2
SERTİFİKA NO.: 10704

AYRINTI YAYINLARI
Hobyar Mah. Cemal Nadir Sok. No.: 3 Cağaloğlu – İstanbul
Tel.: (0212) 512 15 00 Faks: (0212) 512 15 11
www.ayrintiyayinlari.com.tr & info@ayrintiyayinlari.com.tr

TIBBİLEŞTİRİLEN YAŞAM BİREYSELLEŞTİRİLEN SAĞLIK

Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi

Deniz Sezgin

Teşekkür

Her çalışmanın ardında yaşanmış sayısız zorluk vardır. Elinizdeki bu kitabın bugün bu hale gelmesinin ardında da uzun bir hikâye, yaşanmış çok sayıda zorluk var. Hayat bir bütün halinde, tüm güzellik ve zorluklarıyla birlikte yaşanıyor. Bazen her şey yolunda giderken, bazen de öyle şeyler yaşanıyor ki ayakta duracak, dayanacak gücü kalmıyor insanın. Şüphesiz ki insanın istediği bölümü alıp yaşamak, istemediğini çıkarmak gibi bir lüksü yok. Ben de bu çalışmayı yaparken güzellikleri ve sıkıntıları bir arada yaşadım. Araştırma yapmanın, onu sunmanın güçlüklerinden öte; hayatımın en önemli kişilerinin ciddi sağlık sorunlarının, sağlık üzerine olan bu çalışmaya eşlik etmiş olması, çalışmanın her satırını farklı gözlem ve deneyimlerle yazmama neden oldu. Bu çalışma boyunca yaşanan sağlık sorunlarının çalışmama ve çalışmayı yapan bana derinliğine bir bakış açısı kazandırdığını söyleyebilirim. Ayrıca, hem bir araştırmacı hem de bir hasta ve hasta yakını olarak biriktirdiklerimin ileride başka çalışmalarıma da fikir vereceğini düşünüyorum.

Her çalışmanın bir de teşekkür edilecek kişiler listesi vardır. Bu çalışmanın da oldukça uzun bir listesi var. Hepsini sığdıramayacağım ama izninizle teşekkür etmeden geçemeyeceklerimi sıralamam gerekli.

Değerli hocam Prof. Dr. Metin Kazancı'ya; bu süreç içinde hep yanımda olan ve her konuda desteklerini esirgemeyen, çok sevgili arkadaşlarım Emel Esen Altun ve Doç. Dr. Abdülrezzak Altun'a; her türlü zorluğa rağmen tüm verilere ulaşabilmem konusundaki yardımları için, Dr. Tuncer Yılmaz'a; güler yüzleri, çalışkanlıkları, yorulmak bilmeyen gayretleriyle yanımda olan (isimlerini kendileri biliyor) sevgili öğrencilerime teşekkür ederim.

Ve bu kitabın bugüne gelmesinde en büyük desteği veren çok sevgili arkadaşım Prof. Dr. Halil Nalçaoğlu'na; tüm emek ve destekleri için anne ve babama; bu kitabı hazırlamamda hep yanımda olan ve destek veren, eşim Cem Emüler'e ve ismini yazamadığım ancak bana inanan ve destek olan herkese çok ama çok teşekkür ederim.

Sağlıklı bir yaşam dileğiyle...
Deniz Sezgin-Emüler
Ankara 2011

İçindekiler

Giriş 13

I. Sağlık ve İktidar

A. Sağlık ve Hastalık Kavramlarının Tarihsel Gelişimi 33
1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarının Genel Çerçevesi ve Zaman İçindeki Değişimi 33
a. Sağlık Kavramının Tanımlanması 35
b. Hastalık Kavramının Tanımlanması 36
c. Geleneksel Sağaltıcı Yöntemlerden Modern Tıbba Geçiş 39
B. Bedenin Denetimi ve Tıbbi Sosyal Kontrol 47
1. Bedenin Denetimi 47
a. Biyo-İktidar 47
b. Sağlık ve Bedenin Denetimi 49
2. Tıbbi Sosyal Kontrol 54
C. Gündelik Yaşamın Tıbbileştirilmesi ve Sağlık Sorunsalının Bireyselleştirilmesi 58
1. Gündelik Yaşamın Tıbbileştirilmesi 58
a. Tıbbileştirme 59
b. Tıbbileştirmenin Arka Planı 63
c. Tıbbileştirmenin Sınıflandırılması 67
d. Tıbbileştirme ve Cinsiyet 70
e. Normalleştirme – Standartlaştırma 72

f. Kozmetik Girişimlerin Tıbbileştirilmesi
ve Tıbbın Kozmetikleştirilmesi ... 74
g. Tıbbileştirmeme ... 75
h. Tıbbileştirmenin Sonuçları ... 76
2. Sağlık Sorunsalının Bireyselleştirilmesi ... 79
a. Bireyselleştirme ... 79
b. Birey Hakkı Olarak Sağlık ... 83

II. Sağlık İletişimi
A. Sağlık İletişimi Çalışmaları ... 90
1. Sağlık İletişiminin Tanımlanması ... 90
2. Sağlık İletişiminin Özellikleri ... 95
3. Sağlık İletişiminin Tarihsel Arka Planı ... 97
a. Sağlık İletişiminde İlk Çabalar ... 98
b. Sağlık İletişiminin Gelişmesinde Arka Plan ... 101
c. Sağlık İletişiminin Gelişmesi ... 102
d. Sağlık İletişimi Alanının Kurumsallaşması ... 103
4. Sağlık İletişimi Araştırmaları ... 104
a. Sağlık İletişimi Araştırmalarında Gelişmeler ... 104
b. Sağlık İletişimi Araştırma Alanları ... 105
c. Sağlık İletişimi Eğitimi Alanında Gelişmeler ... 107
d. Sağlık İletişimi ile İlgili Yayınlar ... 108
5. Sağlık İletişimi Kampanya Süreci ... 113
B. Sağlık İletişimi Kuram ve Model Yaklaşımları ... 115
1. Tutum ve Davranış Değişikliği Mikro-Düzey Kuramları ... 117
a. Sağlık İnancı Modeli ... 117
b. Sosyal Öğrenme Kuramı ... 119
c. Akla Dayalı Eylem Kuramı ... 120
d. Risk İletişimi ... 122
2. Tutum ve Davranış Değişikliği Makro-Düzey Kuramları ... 125
a. Sosyal Pazarlama ... 125
b. Yeniliklerin Yayılımı Kuramı ... 128
3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Modeller ... 130
a. COMBI Modeli ... 130
b. PRECEDE-PROCEED Modeli ... 131
c. Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli ... 132
C. Sağlık İletişiminde Diğer Yaklaşımlar ... 134
1. Medyada Savunuculuk ... 134
a. Epizodik ve Tematik Çerçevelendirme ... 138
b. Medyada Savunuculuğun Öğeleri ... 138
2. Sağlık Okuryazarlığı ... 140
a. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması ve Değerlendirilmesi ... 142
b. Sağlık Okuryazarlığının Önemi ... 144
c. Medya ve Sağlık Okuryazarlığı ... 146
d. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi Materyalleri ... 148
e. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi ... 149

3. Sağlık İletişiminde Etik Yaklaşım 150
a. Etik İlke ve Prensipler 152
b. Sağlık İletişimi ve Biyoetik 154
c. Medya ve Biyoetik 155

III. *Hürriyet* Gazetesi ve Eklerinin İçerik Analizi
A. Betimleyici Unsurlar 160
1. Haberin/Yazının Yayımlandığı Yer 160
2. Haberin/Yazının Yayımlandığı Tarih 160
3. Haberin/Yazının Yer Aldığı Sayfa 162
4. Haberin/Yazının Türü 163
5. Sağlık Konusunda Yazan Yazarlar 163
6. Başlığın Cümle Yapısı 164
7. Görsel Malzeme Kullanımı 165
8. Görsel Malzemenin Konuyla İlgisi 165
9. Haber Dilinin Kesinliği 170
10. Haber Dilinin Ciddiliği 170
11. Uzmana Yönlendirme 171
12. Uzman Görüşü 171
B. Sorgulanan Temel Kavramlar 171
1. Tıbbileştirme 171
2. Bireyselleştirme 172
C. Yaşam Tarzı Önerileri 173
1. Beslenme, Diyet, Vitamin ve Besin Takviyeleri 173
2. Estetik Operasyon, Kozmetik Girişim, Gençlik, Güzellik 178
3. Bilinçlendirme, Bilgilendirme 184
4. Egzersiz, Formda Olmak 185
5. Yaşlanma ve Yaşlılık 189
6. Alternatif Tedavi 192
7. Cinsel Yaşam, Cinsel Hastalıklar 194
D. Diğer Sağlık Bilgileri 198
1. Mucize-Moda-Skandal-Türk Doktor ve Hasta Hikâyeleri 198
2. İstatistik-Araştırma-Buluş 205
3. Yasal Düzenleme-Sağlık Politikaları-Rutin Sağlık Haberleri 206
Sonuç 209

— Kaynakça 217
— Dizin 233

Ailemin sağlığına...

Giriş

Hastalık ve sağlık kavramlarının artan bir ivmeyle görünürlük kazandığı bir dönemde yaşıyoruz. Bir karşıtlık ilişkisi içindeymiş gibi kurulan bu iki kavram, bir tür şişme, hak ettiğinden fazla yer kaplama; daha doğru bir ifadeyle, bir enflasyon halinde gündelik yaşam içindeki yerini genişletiyor.

Sağlığın gündelik yaşamdaki yerinin artmasında, küresel gelişmeler ve yerel ihtiyaçlardaki değişimlerin de etkisiyle, sağlık sektörünün 1980'lerden itibaren köklü reform girişimlerine sahne olmasının etkisi büyüktür. Dünya genelinde olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık (ve hastalık) hep bir problem alanı olarak anılmış, "sağlık sistemi"nde çeşitli ve tekrarlayan biçimlerde reform çabaları yaşanmıştır. Sağlık sistemi düzeltildikçe bozulan; ancak her düzeyde yönetim erkinin sürekli olarak

reforme etme girişimine maruz kalan *ad hoc*[1] bir yapı olarak anlaşılabilir. Bu bağlamda, yakın zamana kadar Türkiye'de iradeyle oluşturulmuş bir sağlık sistemi olup olmadığı tartışmalıdır.

Dünyanın sağlık reformuna yönelmesinin ardındaki küresel tablo kısaca şu şekilde özetlenebilir: 1980'li yıllarda neoliberalizmin büyük çalkantılara yol açması; büyük çapta işsizliğin ortaya çıkması; yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte sosyal sigorta sistemleri üzerindeki yükün artması ve bu sistemlerin hızla sürdürülebilirlik sınırları dışına çıkması, gelir dağılımının iyice bozulması yaşam koşullarını zorlaştırmıştır. IMF bu ortamda yaklaşımını yumuşatırken, Dünya Bankası da yoksulluğu azaltmak amaçlı politikalara yönelmiştir. 2000'li yılların başında Dünya Bankası'nın Türkiye'yi de kapsayacak şekilde sosyal yardım hedefli politikalara yönelmesi, Türkiye'de de sağlık reformunun ilk gündem maddesi olmasına neden olmuştur (Keyder, 2007, s. 23).

Türkiye'de gerçekleştirilen, daha doğru bir ifadeyle, gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık reformu çabalarının 1980 sonrasındaki otuz yıllık dönemine kısa bir bakış, bahsi geçen reform çabalarının sonuç ve etkilerini ortaya koyacaktır.

Öncelikle, Türkiye'de sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahip üç sosyal güvenlik kurumundan başlayarak, durumu gözden geçirmek yerinde olacaktır. Devlet tarafından kurulmuş ve birbirinden bağımsız kurumlar olan Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur'un, 1980 sonrası, harcamalarının topladıkları primlerden yüksek olması, kaynakların iyi kullanılmadığını göstermiştir (Keyder, 2007, s. 21). Bu sigorta kurumlarının bölünmüş olması da hizmette eşitsizliği beraberinde getirmiştir. 2000'li yıllara kadar bu alanda önemli bir gelişme veya değişiklik yaşanmadığı söylenebilir.

Türkiye'de, 1980'lerden itibaren devlet bütçesi büyük bir kriz içine girmiştir. Harcamaların kısılması, bütçe açığının kapanması gündemde olduğu için, kamuya yönelik büyük yatırımlar düşünülmemiştir. Sağlık alanında teşvikler, 1980'lerin ikinci yarısından itibaren başlamıştır. 1990'lı yıllar, özel sağlık kuruluşlarının Türkiye'de hızla arttığı bir dönem olarak ifade edilebilir. Sağlık alanında teşvik ve yatırımların artmasına rağmen, kamu harcamalarının kısılması nedeniyle, hizmet kalitesi ile kapasitesi buna bağlı olarak düşmüştür. Bunun sonucu olarak, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur gibi üç sigorta kurumu

1. Amaca özel, niyete mahsus anlamında Latince ibaredir. Genelde bir soruna yönelik, geçici bir çözümü anlatmak için kullanır. Bazen de bir yetersizliği ya da üstünkörü üretilen çözümleri vurgulamak için kullanılır. (www.wikipedia.org)

ve Yeşil Kart kapsamı dışında kalan, gelir düzeyi yüksek kesime yönelik özel sağlık sektörü gelişmeye başlamıştır (Keyder, 2007, s. 18).

Özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artması, tahmin edileceği üzere, Türkiye'nin mevcut sağlık sorunlarını ortadan kaldırmamıştır. Bu dönemde, özel hastane ve sağlık kuruluşlarına vatandaşların kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler artarken; sigorta kapsamı dışında kalan hastaların hastane kapılarında kaldıkları, rehin alındıkları ya da öldükleri haberleri gazetelerin sayfalarında yer almıştır. Büyük şehirlerde yetersiz kaynak ve personele sahip hastaneler, yoğun hasta trafiği sonucunda büyük bir çıkmaza girmiştir. Yetersiz hizmet ve kalite, doktora ulaşmada yaşanan güçlükler, yolsuzluk, rüşvet ve bazı doktorlara açıktan verildiği iddia edilen "bıçak parası" adı altında rüşvet konuları gündeme yerleşerek çaresiz, sabırsız, tepkili hasta ve hasta yakınları yaratmıştır.

Tıp alanında yaşanan gelişmeler sonucunda, dünya genelinde olduğu gibi, Türkiye'de de bulaşıcı hastalıkların yerini kronik hastalıklar, kanser ve bağışıklık sistemi hastalıkları almıştır. Tıbbi gelişmelerin etkisiyle yaşam süresi uzamış ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak istedikleri yaşam süresi ve olanak beklentisi de buna bağlı olarak artmıştır. Yaşam süresinin uzaması, dolayısıyla daha çok bireyin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyması, medya ve yeni iletişim teknolojileri aracılığı ile –doğru ya da yanlış– daha fazla sağlık bilgisine sahip bireylerin sayısının artması gibi nedenler, sağlık hizmetlerine olan talebi yükseltmiştir.

Buna karşın, küresel ekonomik koşulların sosyal harcamalar üzerindeki baskısı ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri, hükümetlerin artan talebi karşılamasını zorlaştırmıştır. Talebe cevap vermekte güçlük çeken hükümetlerin başvurduğu ilk yol olarak, harcamaların kısılması dışında olası diğer seçeneklerin (vergi artırma, prim toplama sistemini değiştirme ya da doğrudan bütçeden karşılamak vb) gündeme getirilmediği ve değerlendirilmediği söylenebilir. Harcamaların kısılması dışında başka bir yol olmadığı izlenimi ile piyasa ekonomisine yönelmenin sonucu olarak, gerçekleştirilecek reformun yönü de belirlenmiştir (Keyder, 2007, s. 23).

Türkiye'de uzun yıllardan beri konuşulan, hedeflenen ancak herhangi bir radikal girişimin yapılmadığı, yapılmasının ise çok maliyetli olacağı sağlık reformu, Adalet ve Kalkınma Partisi'nin 2002 yılında iktidara gelmesi ile birlikte hayata geçirilmiştir. *Sağlıkta Dönüşüm Projesi* adı verilen projeye, toplumun büyük bir yarasına derman arayışı olduğu gerekçesiyle büyük destek verildiği; özellikle sağlık hizmetlerinden ya-

rarlanamayan kişiler için, projenin büyük bir etki yarattığı ve bunun da oy olarak hükümete geri döndüğü söylenebilir.

Öncelikle Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Yeşil Kart ve hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar arasında daha önceden varolan hiyerarşik eşitsizlik ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Ancak bu sefer de prim ödeyen ve ödeyemeyen olmak üzere yeni bir eşitsizlik ortaya çıkmıştır (Keyder, 2007, s. 17). Yeni sistemin, bir yandan hastaya kapsam içi/dışı hastalıklardan haberdar olmak, özel ve devlet hastanelerinin tedavi ücretleri arasındaki farkı bilmek gibi neredeyse özel sigorta çalışanı gibi hareket etmeyi gerektiren bir yükü getirirken; diğer yandan kadınlar, yoksullar ve kırsal bölgede yaşayanların pek de lehine olmayacak bir durum yarattığı da aşikârdır.

Bununla beraber, reform veya dönüşüm projesiyle, sağlık hizmetlerinin "kişiye özgü" hale getirilmesi anlayışı ve bireylerin "kendi kendilerinin doktoru olmaları" bilgisi üzerinde durulmuştur. Böylece birey kendine teşhis koyan ve tedavi yapan, sağlık hizmeti seçenek ve olanaklarını takip eden, kendi için gerekli hizmetleri satın alan bir "tüketici" durumuna gelmiştir. Bireyin "hasta" konumundan "tüketici" konumuna geçirilmesi konusunda yaşanan gelişmeler, sadece sağlık sektörünün değil, medyanın ve birçok ticari işletmenin de yararlanacağı önemli bir pazar yaratmıştır. Böylece, sağlığını nasıl yönetmesi gerektiğini "bilmeyen" bireye, medya aracılığı ile neler yapacağı ve satın alacağı, her geçen gün artan oranda söylenir hale gelmiştir.

1990'lar itibarıyla sağlık sistemine yönelik köklü anlayış değişiklikleri ve reform girişimlerini göz ardı edemeyiz. Ne var ki bu çabalara eşlik eden makro zihniyet, yapılmak istenen dönüşümü gölgede bırakmakta; sistemin yenilenmeye çalışılan karakteri, bu zihniyete dönük eleştirilerin gölgesinde kalabilmektedir. Bu zihniyete farklı adlar verilebilir, verilmektedir. Neoliberalizm, özelleştirme, kuralsızlaştırma, serbest rekabet kavramları, verilebilecek adlardan çok genel resme dikkat çekmek açısından daha aydınlatıcı olabilir.

Özetle ifade etmek gerekirse, son on yıl içinde ortaya koyulan yaklaşım, bir yandan devletin sağlık sistemi içindeki yükünü azaltma çabalarını, diğer yandan paradoksal olarak sağlık hizmetlerinin yaygınlık ve kalitesini artırma yaklaşımını içinde barındırmaktadır. Tüm bunların her alanda güçlü bir sağlık özel sektörü oluşturma niyet ve girişimlerinin paralelinde gerçekleştiği göz ardı edilmemelidir.

İşte bu ortam içinde sağlık/hastalık çiftinin gündelik yaşam içindeki ağırlığının her geçen gün arttığını gözlemliyoruz. Bu gündemin önemli bir kısmını siyasal iktidarın yukarıda özetlenmeye çalışılan paradoksal

yönetsel kararlar silsilesi oluşturmaktadır. İlaç üretim ve ithalatından ilaç perakende sektörüne, özel hastanelerin devlet sağlık sistemine dahil edilmesinden, sosyal güvenlik sisteminin sağlık boyutundaki düzenlemelere kadar sağlık/hastalık ikilisi ile ilgili sayısız yasal düzenleme, idari karar, yaklaşım değişikliği bu yönetsel karar(sızlık) kütlesini her gün daha içinden çıkılmaz bir karmaşaya doğru götürmektedir. Bunlara ek olarak, salgın hastalıklar, hasta hakları ve benzeri konjonktürel sağlık konuları ile ilgili yönetsel girişimler de bu karmaşanın birer unsuru olarak kabul edilebilir. Diğer yandan, yönetim düzeyindeki bu karmaşık sistemik gelişme, toplumsal düzlemde sağlıkla ve hastalıkla ilişkili çok yaygın bir söylem üretimi ile paralel ilerlemektedir. Toplumsal sağlık/hastalık söyleminin ana mecrasını "medya" olarak saptayabiliriz.

Medyanın geçen on yıl içinde sağlık/hastalık konularına ve bu konularla beraber düşünebileceğimiz kozmetize edilmiş sağlık konularına şimdiye kadar olmadığı kadar geniş yer ayırdığını söyleyebiliriz. Haber bültenlerinin standart sağlık ve hijyen gündemlerinin yanı sıra, televizyonda sağlık programlarında gözlemlenen geometrik artış, pek çok gazetenin çoğu kere tam sayfa sağlık haberleri/dizileri yayınlamaları, pazarlama iletişimi alanında sağlık ve hastalık temalarının hemen hemen her tür ürün tanıtımı için kullanılabilir bir "konsept" haline gelmesi, sağlık dergilerinin yaygınlaşması, internette sağlık temalı sayfalarda gözlemlenen artış; özetle, akla gelebilecek tüm mecralarda sağlık konulu içerikte gözlemlenen "şişme" bu kapsamda akla ilk gelen unsurlardır. Medyada yer alan bütün bu sağlık/hastalık eksenli temaları bir "söylem" olarak kabul etmemizi meşru kılan nedir? Bu sözler, programlar, haberler neden tek bir söylem, üzerinde düşünülmesi ve araştırılması gereken bir araştırma nesnesi kimliğinde karşımıza çıkmaktadır?

Bu söz silsilesini "söylem" olarak tanımlamamızın arkasında muhatap olarak tek bir odağın oluşturulması yatmaktadır; bu odak bireydir. Medyada yer alan sağlık söylemiyle, kendilerine yardım etmek üzere sağlıklı davranışları yaşam tarzlarına katmaları gereken bireyler oluşturulmaktadır. Sağlıklı olmanın koşul ve biçimleri bireye verilip, sorumluluk bireye yüklenmektedir. Çevre koşullarının göz ardı edildiği, bireyin merkeze yerleştirildiği söylemde bireyler bilgi bombardımanı içinden doğruluğunu sorgulamadan tercihler yapar hale gelmiştir. Özetle ifade etmek gerekirse, sağlık/hastalık meselesi, toplumsal ya da kamusal bir sorunsal olarak değil, bireyin gündelik yaşam deneyimi ve yükümlülüğü olarak inşa edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, bu çerçeve içinde temelde iki ana eksen üzerinde ifade edilebilir. Bu çalışma, öncelikle, özellikle medya ve medya

söylemleri ekseninde, ifade edilen yeni durumun toplumsal ve kültürel dinamiklerinin analizini ve açıklanmasını hedeflemektedir. İkinci olarak, iletişim alanında "sağlık iletişimi" olarak tanımlanan perspektifin, yukarıda özetlenmeye çalışılan yönetsel ve söylemsel oluşumu anlama ve açıklama işinde ne dereceye kadar güçlü bir kavramsal temel sunduğunu ortaya koymaya çalışacaktır.

Çalışmanın birinci temel amacı olan medya söyleminde sağlık konusunun aydınlatılması için, medyada sağlığa yer verilme biçimleri ile birlikte iki temel kavram ortaya atılacak ve bu kavramlar işlemselleştirilecektir. Bu kavramlar şöyle sıralanabilir: *(1) Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi (beraberinde standartlaştırılması ve kozmetikleştirilmesi); (2) Sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi.* Bu kavramların tanımlanma ve işlemselleştirilmesinden (*operationalization*) önce ortaya koyulması gereken bir başka çok önemli soru, sağlık konusunun medyada yer alış biçimiyle ilgili olacaktır. Sağlık konusu neden (son yıllarda) medyada bu yoğunlukta işlenmektedir?

Bu sorunun iki boyutundan söz edebiliriz. Birinci boyut, "dışsal etmenler" olarak formülleştirilebilir. Bu boyutta yer alan etmenler, yukarıda giriş mahiyetinde söz edilmeye çalışılan makro kararlar ve toplumsal dönüşümler olarak saptanabilir. İkinci boyut ise birey psikolojisi ile doğrudan ilişkili olup, dış etmenlerin verili bir zaman-mekân kesitinde gerçekleşmesini açıklamaktadır.

Çalışmanın birinci amacından söz etmeden önce, tıbbın otoritesi ve bu otoritenin sarsılmasına neden olan gelişmelerden söz etmek yerinde olacaktır. Tıbbın, şifa verenin, dolayısıyla doktorun otoritesi, çok eski tarihlere dayanır. Buna rağmen; bilimle, teknolojiyle, somut verilerle tedavi etme gücü, bireylerin bu gücü çok daha kuvvetli bir şekilde benimsemesine neden olmuş; bu benimseme, bir süre sonra, yerini sorgulanmaz bir kabule bırakmıştır.

Tıp alanında, on dokuzuncu yüzyılda yaşanan gelişmeler (salgın hastalıkların tedavi edilmesi, tıbbi teknolojinin gelişmesi vb) tıbbın değerinin artmasına neden olmuştur. Halkın gözünde de din ve hukuk gibi güçlü hale gelen tıp, gücü tartışılmaz bir otorite simgesi olmuştur. Tıp bilimindeki gelişmeler, tıp mesleğinin en son teknolojilerle yürütülen, yüksek bilgili kişilere sahip bir meslek olmasını sağlamış ve Turner'ın da ifade ettiği gibi, modern bilincin ütopyası olan "sağlık rüyasına" katkıda bulunmuştur (2000, s. 9).

Bu "sağlık rüyası"nın gerçekleştirilmesinde önemli role sahip olan doktorlar, hastanelerde hastaları bir birey olarak görmeyip; "hasta organ" olarak tanımlamış ve bu hasta organları tedavi etmiştir. Bu süreç,

hasta ve doktor arasındaki mesafenin artmasına; doktorun otoritesinin güçlenmesine neden olmuştur. Bununla beraber, doktorların her söylediğinin doğru, her yaptığının iyileştirici olduğuna inanıldıkça, doktorlar da bu güç ile kendilerini "Tanrı" gibi görmeye başlamıştır.

Bu süreçte, uzun eğitim süresi ve hasta bir bireyi iyileştirme görevi, doktorların kendilerini diğer bireylerden daha üstün bir yerde konumlandırmaları açısından etkili olmuştur. Hasta iyileştirme görevi, edinilmiş bir meslek olarak değil, Tanrısal bir güç, özel bir yetenek olarak görülmüş; bu özel güç, yetenek, neredeyse yaşamın tüm alanlarında kullanılmıştır.

Batı tıbbının otoritesinin en güçlü, en sarsılmaz ve dorukta olduğu dönem, yirminci yüzyılın ortaları olarak ifade edilebilir. Bu dönemde, alanında yaptığı tedavi ve ameliyatlarla markalaşan doktor isimlerinin öne çıktığı söylenebilir. *Christiaan Barnard*, *Michael E. DeBekay* veya *Gazi Yaşargil* gibi dünyaca bilinen önemli isimlerin mesleki başarılarından ötürü, çalıştıkları hastanelerin isimlerinden önce kendi isimlerinin anıldığı bilinmektedir.

Tarihsel bir süreç olarak doktorun yükselen otoritesi, yirminci yüzyılın sonlarına doğru, farklı bir tarihsel süreçte rol almak üzere yerini –tamamen sahneden çıkmadan– alandaki başka oyunculara bırakmaya başlamıştır. Bu yeni aktörlerin; öncelikle biyoteknoloji ve sağlık sektörüne hizmet eden teknoloji üretenler, ilaç endüstrisi, sağlık sigortaları ve kozmetik endüstrisi olduğu söylenebilir. Ticari çıkarları doğrultusunda faaliyet gösteren bu sektörler, tıbbın gücünü kullanarak ve konu başlıklarını "sağlık" olarak belirleyerek; alanlarını her gün büyük ölçüde genişletmektedir. Sağlık konusunda tıbbi sosyal kontrolü sağlayan, "sağlıklı yaşam endüstrisi" olarak ifade edilebilecek bu endüstriler; tüm çalışmalarını "sağlıklı bir toplum" için yaptıklarını iddia etmektedir.

Bu "sağlıklı yaşam endüstrisinin" genişleme sürecinde, gücü sorgulanmayan, otoritesine inanılan doktorlara, tıbbi sosyal kontrolün yeni aktörlerine aracılık rolü verilmiştir. Doktorlar, –her ne kadar otorite gibi görünseler de– hastayı yöneten, karar veren otoritelerini bu endüstrilerin belirlediği, tıbbileştirdiği alanlarda, geliştirilen teknolojilerin "kullanıcısı" olarak gerçekleştirmektedir. Doktor, bu teknoloji ve gelişmelerin halk tarafından tanınması ve bilinmesi açısından da önemli bir rol üstlenmiştir. Sağlık adı altındaki her tür gelişme, erken teşhis ve tedavi için olanak sağladığı gerekçesiyle hızla kabul görmektedir. "Sağlıklı yaşam endüstrisi"nde büyük rol alan hemen her sektörün, kendi çıkarları doğrultusunda sağlığı yönlendirmekte olduğu söylenebilir. Buna bağlı olarak, farklı sektörlerin de ürün ya da hizmetlerini tıbbi ürün ya da

hizmetlere benzetmeye çalışarak ticari kaygılarla aynı yoldan gittikleri iddia edilebilir.

Özetle, günümüzde, sunulmakta olan sağlıklı yaşam tarzı önerilerinin ardında ticari kaygılar ve kârlılığın artırılması yatmaktadır. Bu amacın ardında da sağlık söylemi ile bedenlerin denetimini sağlamaya çalışan "sağlıklı yaşam endüstrisi"nin ve medyanın bulunduğu düşünülmektedir. Son tahlilde, sağlıklı yaşam tarzı sunumlarının kime hizmet ettiği ise, tıbbi sosyal kontrolle görünmez kılınmaktadır.

"Sağlıklı yaşam endüstrisinin" aktörlerinin hedefleri kısaca şu şekilde sıralanabilir: İlaç endüstrisi, göz ardı edilemeyecek araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yanı sıra, özellikle kronik hastalıklara ilişkin olarak geliştirdiği ilaçlarla, ömür boyu hasta kazanmaya çalışmaktadır. Bunun için, bazı hastalık olmayan konuları tıbbileştirmekte; tıbbileştirdiği alanlardaki değerleri her geçen gün (hipertansiyon, kolesterol ya da osteoporoz gibi) aşağıya çekerek, "yeni hastalar" hedeflemektedir. Yeni hasta edinme çabalarını, doktorların yürüttüğü büyük tıbbi araştırmaları finanse ederek de geliştirmektedir. İlaç endüstrisi, alana yaptıkları desteği, hastaların "yaşam kalitesini artırmak" amacı ile açıklamaktadır.

Tıbbi teknoloji üreten firmalar, ilaç endüstrisi ile benzer gerekçelerle, yüksek teknolojinin kullanımını desteklemekte; her hasta başvurusunda, bu teknoloji ürünlerinin kullanılmasını teşvik etmektedir.

Bir başka aktör olan kozmetik endüstrisi, üretilen teknoloji ve ürünlerle, ömür boyu genç görünme ve zayıflama vaadi ile sağlık sektörü içindeki yerini genişletmektedir.

Sağlık sigortaları ise, sektördeki önemli aktör olarak belirleyici rolünü büyütmektedir. Sektör, sağlığın hayattaki en önemli ve korunması gereken şey olduğu gerekçesiyle, sağlık sigortasının önemini tekrar tekrar vurgulamaktadır. Aynı zamanda gerçekleştirmekte olduğu faaliyetlerle, hangi hastalıkların kapsam içine alınacağını, hangilerinin ise çıkarılacağını belirlemektedir.

"Sağlıklı yaşam endüstrisi", hastalarla ilgili her şeyi kayıt altına alarak denetim altına alınabilecek alanların istatistiklerini de çıkarmaktadır. Artık bireylerin bedenleriyle ilgili sağlık geçmişleri, teknolojinin olanaklarıyla kayıt altına alınmaktadır. Geçmişte doktorun hafızasında olan bilgiler ve bu alandaki gizlilik, günümüzde, iki anlamda sanal ortama alınmıştır. Birinci olarak, bilgisayara kayıtlı bu bilgiler, unutulmaması, atlanmaması gereken bilgiler olarak kayıt edilmektedir. İkinci olarak da bireyin bağlı bulunduğu sağlık sigorta kurumunun isteğiyle bilgiler doktorun bilgisayarından bir başka bilgisayara, sigorta kurumuna aktarılmaktadır. Bilginin aktarımı, hasta ve doktor arasında gerçekleşen

muayene sürecinin gizliliğinin de ortadan kalkmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastaya ilişkin bilgiler, sağlık sigortalarının hastaya yapılacak geri ödemeleri yeniden belirlemeleri gibi bir başka göreve sahiptir.

Bununla beraber, sağlık sigortası sistemi, sadece hastayı değil doktoru da denetleyen bir kayıt sistemi oluşturmuştur. Özellikle, özel hastaneler aracılığıyla, doktorun herhangi bir ameliyat sırasında kullandığı her bir birimin maliyetinin hesabını tutarak ve sorarak doktoru da denetlemeye başlamıştır.

Tüm bu süreç içinde, yirminci yüzyılın marka olmuş doktor isimleri yerlerini yeni geliştirilmiş teknolojilerin isimlerine bırakmıştır. *Greenlight, Fako, Da Vinci* ve benzerleri gibi sayısız teknoloji, teşhis ve tedavide doktorlardan daha büyük bir role sahip hale gelmiştir. Öncelikle teknolojinin ismi, daha sonra o teknolojinin bulunduğu hastane ya da kuruluş ve en son, bu teknolojiyi uygulayan doktorun ismi anılır hale gelmeye başlamıştır. Doktorun kişisel becerileri yerini teknolojinin becerilerine bırakmıştır. Artık hastalar da belirttikleri teknoloji ile tedavilerini yönlendirmektedir.

Bedenlerin "sağlık" başlığı altında denetimlerinin sağlanması yollarından biri olarak ifade edilebilecek *gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi* her geçen gün farklı konu başlıklarıyla karşımıza çıkmaktadır. Geçmişte doğal süreçler olarak kabul edilen doğum, ölüm, menopoz ve yaşlılık gibi kavramlar başta olmak üzere çok sayıda kavram ya da konu tıbbileştirilmeye başlamıştır. Tıp alanındaki gelişmelerin bahsi geçen konularda bireye daha yüksek yaşam kalitesi, daha sağlıklı ve daha uzun geçirilen bir ömür getirdiği göz ardı edilemez. Buna karşın, gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi, tıbbi hegemonya açısından doktorların, sağlık kuruluşları ve sağlık hizmeti sağlayanların, ilaç firmalarının ve tedaviye katkı sağlayan "ilaçmış" gibi düşünülen ürün üreticilerinin; özetle, sağlık ile ilgili olabilecek çıkar gruplarının gücünü artırmıştır. Aynı zamanda, tıbbileştirilen gündelik yaşam bireye "kendini hasta hissettirerek", zaman zaman gereğinden fazla, bazen de gerekmeyen tedavi ve testlere teşvik ederek, tıbbi güce ve kâr amacına katkıda bulunmaktadır.

Bununla beraber, doğal olan süreçlerin tıbbileştirilmesiyle, bireylerin gündelik yaşama dair konuşmaları da tıbbileştirilmektedir. Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi sonucu, tıbbi kavramlara artan oranda yer veren medyadan öğrenilen bilgilerle, gündelik konuşmalarında bireylerin birbirlerinin "tıbbi birikimlerini" düzelttikleri ya da doğruladıkları bir ortam yaratılmıştır. Burada asıl göz ardı edilmemesi gereken nokta, gündelik yaşamın tıbbileştirilmesinin, yaşamı doğrudan ya da dolaylı olarak denetleyen bir araç olarak ortaya çıkmasıdır.

Özetle diyet, egzersiz, vitamin, besin takviyesi, stresten kaçınmak, koruyucu tıptan yararlanmak ve benzerleriyle kontrol altına alınan sadece bedenler olmamakta; yaşamlar kontrol altına alınarak, "iyi" olması için planlanan ve biçimlendirilen bir sürece dönüşmektedir. Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi "normal" olanı belirleyen ve denetleyenlerin lehine toplumların denetimini içerir.

Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesinin yanı sıra, kozmetiğin tıbbileştirildiği, aynı zamanda tıbbın da kozmetikleştirildiği söylenebilir. Yaşlanmak, genç kalmak, sağlıklı beden imajı, egzersiz, zayıflamak, beslenme, sağlığın kozmetikleştirilmesi konusunda hızla öne çıkan başlıklar olarak sıralanabilir.

Teknoloji alanında ifade edilen gelişmeler, sadece teşhis ve tedavilerde değil, kozmetik sektöründe de kendini göstermiştir. Genç kalmak ve formda olmak, sağlık için gereklilik olarak zihinlere kazınmakta; *mezolifting, liposuction, termage* ve benzerleri gibi teknoloji ya da cihazların adları herkese öğretilmekte; bu "yenilikler" uygulama ve satış rekorları kırmaktadır. Kozmetik girişimler, genetik, coğrafi ve bireysel özelliklerin hesaba katılmadığı standartlaştırılmış gözler, dudaklar ya da kilolar; daha da önemlisi, kafalarının içinde ne olduğu önemli olmayan bedenler yaratmıştır. Bu bedenler ise, "sağlıklı görünmek" için, sürekli "altın oran"ı yakalamaya çalışan; sayısız girişim ve ürüne yüksek bedeller ödemeye hazır halde bedenlerdir.

Bu standartlaşma, gündelik yaşamın hemen her alanının tıbbileştirilmesiyle ve kozmetiğin tıbbileştirilmesiyle gerçekleşmektedir. Mevcut sağlık söylemi, tıbbileştirilen alanları bulanıklaştırmakta; fark edilmesini olanaksız hale getirmektedir. Sağlık konusu, bedenlerin denetimi için bir tıbbi sosyal kontrol aracı olarak yaşamların içine sızmaktadır.

Yaşlanma gibi doğal süreçler tıbbileştirilmiş; aynı zamanda geciktirilmesi ve kaçınılması gereken "olumsuz" bir durum gibi gösterilmeye başlamış; bu süreç sağlıkla ilişkilendirilmiş bir biçimde sunularak "genç kalmak" önemli bir kavram olarak karşımıza çıkarılmıştır. Biyolojik olarak imkânsız olan "genç kalmanın" veya "yaşlanmamanın", kozmetik ürün ve uygulamalarla gerçekleştirilebileceği izlenimi yaratılmıştır. Her geçen gün sayıları artan *anti-aging* ürünleri ve uygulamaları, medyanın da desteğiyle, "daha yeni", "daha etkili" ifadelerinin eşliğinde gündelik yaşamda yerlerini almıştır.

"Genç kalmak" biyolojik olarak olanaksız olduğundan, yaşlanmayı geciktirmek ve daha da önemlisi genç görünmek için harcanan çabalar zaman zaman, sağlığın gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Uzun vadede sağlıklı olmamayı göze alarak genç görünmeyi tercih eden bi-

reylerin sayısının arttığı gözlemlenmektedir. Genç görünmenin aynı zamanda sağlıklı olmak olduğunu düşünen ya da düşünmeleri istenen bireyler, genç görünebilmek için ölesiye çaba harcar hale gelmiştir.

Tıp kozmetikleştirilip, genç görünmek bir moda haline getirildiğinden, daha iyi, daha genç görünmek için yaptırılan estetik operasyonların sayısının da geçmiş yıllara göre arttığı söylenebilir. Geçmişte çok pahalı olan estetik ameliyat ücretleri, bu tür ameliyatları yapan hekim sayısının artması ve artan hasta talebi nedeniyle ucuzlamıştır. Ameliyat fiyatlarının ucuzlamasının yanı sıra, yine eski yıllarda ünlü ya da zengin kişilerin yaptırdığı estetik operasyonların, şimdi taksitle ya da kredi alınarak her kesim tarafından yaptırılması dikkat çekicidir. Burada üzerinde durulması gereken önemli nokta, medyada o yıla ait bir estetik operasyon modasının belirlenmesi, mevsime göre "şimdi... estetik operasyonu zamanı" başlıklarına yer verilmesidir. Cerrahi bir müdahalenin moda olarak gündemde bulunmasının sakıncaları malumdur.

Medyada yer alan "sağlıklı beden imajı" çoğunlukla kadınlara yönelik olmasına rağmen giderek erkekleri de bu alanın içine almaktadır. Bu nedenle, yine geçmiş yıllarda estetik operasyonları çoğunlukla kadınlar geçirirken, günümüzde erkeklerin de cerrahi ve cerrahi olmayan girişimlere artan bir şekilde ilgi gösterdiği bir başka gerçektir. Özellikle özel sektörde çalışan orta-üst ve üst düzey orta yaştaki erkek yöneticilerin hâlâ genç ve verimli olduklarını göstermek için tercih ettikleri girişimler bulunmaktadır. Aynı zamanda erkek için de kilolu olmanın kötü kabul edildiği günümüzde, kel olmak da medya tarafından yaşlı, çirkin, sağlıksız gibi olumsuz anlamlarla gösterilerek, saç ekimi desteklenmekte, gazete ve dergilerin sayfalarını saç ekimi ile yazı ve ilanlar doldurmaktadır.

Egzersiz önerileri, genç görünmenin yanı sıra sağlıklı olmanın ve görünmenin başka bir yolu olarak karşımıza sıklıkla çıkmaktadır. Egzersiz için sokakta yürümekten başlayan öneriler, spor merkezlerine üyelik önerilerine kadar geniş bir yelpazede sunulmaktadır. Her gün yeni egzersiz adlarının türetildiği ve tüketildiği bir ortamda, bu egzersizleri yaparken giyilmesi, edinilmesi gereken ekipman listeleri de gazete ve dergilerde yerlerini almaktadır. Ayrıca ünlülerin egzersiz tercihleri de moda etkisi yaratarak, bireylerin bu konudaki seçimlerini etkilemektedir.

Tıbbın kozmetikleştirilmesi konusunda bahsedilmesi gereken bir diğer konu da "zayıf" bedenlere yapılan vurgudur. Zayıf olmanın güzel olmakla eşdeğer kabul edildiği bir algı dünyası yaratılmıştır. Şişman olmak tıbbi olarak bazı sağlık sorunlarına sebep olmasına rağmen, koz-

metikleştirilmiş sağlık anlayışında şişman tanımı da yeniden yapılandırılmıştır. Tıbbi olarak, yaş ve kilo arasındaki bağlantıya göre normal kabul edilen bir kişi, kozmetikleştirilmiş sağlık anlayışı içinde neredeyse obez olarak kabul edilmektedir. Bu yeni bilgi ve toplum anlayışı içinde, özellikle genç kızlar arasında yaygınlaşmakta olan *anoreksia* ve *bulumia* gibi aşırı zayıflık hastalıkları ile bedenlerinden nefret eden, kendini beğenmeyen ve sürekli olarak zayıflamaya çalışanların sayısının arttığı bilinmektedir. Bu uğurda çok sayıda tıbbi ve tıbbi olmayan girişim ve ürünleri tüketen kişi olduğu, bu nedenle sağlığı bozulan, hatta ölen kişilerin sayısının arttığı söylenebilir.

Zayıf olmanın sağlıklı ve iyi olmak ile özdeşleştirilerek sunulması nedeniyle sayıları her geçen gün artan, kilolarından, dolayısıyla bedenlerinden mutsuz bireyler, tekrarlayan zayıflama çabası içine girmektedir. Zayıflamakta güçlük çeken, tıbben obez olarak kabul edilen kişilere uygulanan ameliyatlar (kelepçe takılması vb), gazetelere yazı dizisi olmakta ve basit birer işlem gibi gösterilmektedir. Bu yazı dizilerinin, bireyleri, kendi kilo ve sağlık durumlarını düşünmeden benzer ameliyatlara özendirmesi ya da özendirebilmesi önemlidir.

Zayıflama, genç kalma, sağlıklı olma yollarından bir diğeri olan beslenme önerileri de medyadaki yerini artırmaktadır. Hangi sebze, meyve veya bitkinin hangi hastalığa iyi geldiği haberleriyle donatılmış programlar, yazılar nedeniyle, sebze veya meyve de "moda" olmakta ve tüketim oranlarında artış yaşanmaktadır. Doğal ürünler adı altında verilen sağlık reçeteleri büyük bir hızla yayılmaktadır. Bu ürünlerin yenilip içildiğinde zayıflanacağına, genç kalınacağına, iyileşileceğine, hatta hiç hastalanılmayacağına dair inanç yerleşmektedir. Sağlığın kozmetikleştirilmesinin ciddi sağlık tehlikelerine yol açabileceği gerçeği üzerinde durulması ve bir kontrol mekanizmasının gerekliliği ortadadır.

Özetle, kozmetikleştirilmiş sağlık öneri ve çabalarıyla bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmak yerine sağlıklı ve genç görünmenin öne çıktığı söylenebilir. Böylece sağlık kavramı, sağlıklı olmak yerine sağlıklı görünmek anlayışı ile bir anlamda yeniden oluşturulmakta ve "sahte sağlık" haline dönüşmektedir.

Tüketim kültürünün egemen olduğu günümüz dünyasında, sürekli kendilerine sunulanları satın almaya çalışan bireyler, sağlıkları konusunda da sunulanlar arasından tercih yapmaya çalışmaktadır. Bireyler her gün sıklıkla, medya aracılığıyla, hem hastalıklar hem de hastalıktan korunmak üzere önerilen vitamin, besin takviyesi ve diğer doğal reçetelerle Illich'in deyimiyle "farmasötik istila"ya uğramaktadır (1995, s. 55). Sağlığını hangi yoldan koruması gerektiği konusunda tereddüt-

te kalan birey, bir seçenekten diğer bir seçeneğe hızla geçmekte; hem maddi olarak bir yıkıma uğramakta hem de kısa sürede başlanarak sonlanmış ve sonuç alınamamış tedaviler nedeniyle mutsuz ve çaresiz olarak, yeni tedavi olanakları arar hale gelmektedir. İşte tam bu noktada, medyada yer alan diğer tedavi seçenekleri bireyin imdadına yetişirken, onu kontrol altına alırken, aynı zamanda bireyi maddi ve manevi zarara uğratmaktadır.

Sağlık konusu aracılığıyla bedenlerin denetimi, gündelik yaşamın tıbbileştirilmesinin yanı sıra, *sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi* yoluyla da gerçekleştirilmektedir. Modern yaşamın güçsüzleştirdiği; iktidar alanlarını daralttığı; kendini yalnız ve çaresiz hisseden bireylere, "bedenin senin kontrolünde", "sen istersen yenersin", "sen istersen başarırsın" gibi bireyselleştirilen mesajlarla bedenlerinin iktidarının kendilerinde olduğu mesajı verilmektedir. Her gün ne yemesi, ne yapması, nasıl düşünmesi gerektiği söylenen birey, farkında olmadığı bedenini sağlıklı olmak ve genç kalmak düşüncesiyle fark etmekte; hayatta kalma güdüsüyle, kendine bu konuda verilen tüm bilgileri hızla tüketmektedir.

Günümüz bireyinin, hayata dair uzun dönemli hedefleri, planları olmadığı gibi; sağlıklı yaşamak için, kendi düşündüğü, geliştirdiği uzun dönemli bir sağlıklı yaşam stratejisi de genellikle yoktur. Sağlıklı yaşam tarzı stratejileri olarak medya aracılığıyla aralıksız olarak sunulan öneriler, bireyin sağlığına yönelik uzun vadeli stratejiler değil; hızla tüketilen, ertesi gün yerini bir yenisinin aldığı taktiklere dönüşmektedir.

Geliştirilen teknolojilerin, yapılan uygulamaların şüphesiz ki faydaları vardır. Ancak faydalarının olması, sağlık için yapılıyor olması, halen büyüyerek devam etmekte olan sürecin, birey ya da toplum yararına sorgulanmasına bir engel teşkil etmemektedir. Bir ideolojik örtü ile üstü örtülen bu alanın görünen yüzünün ardında ticari çıkarların yattığı söylenmelidir. Günümüzde yaşanan süreç, toplum ve birey sağlığını odak olarak almış gibi görünse de birinci amacın bireyin çıkarları olmadığı açıktır.

Burada vurgulanması gereken, birey ve dolayısıyla toplum sağlığı için yapılması gerekenlerin başında, ülkelerin alması gereken politik kararlar olduğudur. Bozulan ve yok olmakta olan çevre koşulları, insan ve tüm canlıların sağlığı açısından çok büyük önem taşımaktadır. Bireye yüklenmiş bir sağlık sorumluluğu yerine, büyük çapta yapılması gereken yasal düzenleme ve politikaların gerekliliği bir başka örtünün altında gizlenmektedir.

Bireyselleştirilen sağlık anlayışı ile tüm sorumluluk bireye yüklenerek çevre koşulları, sağlık politikaları ve benzerleri, sağlıkla doğrudan

ilişkili konular değilmiş gibi, göz ardı edilmektedir. Yine bu anlayışın sonucu olarak, bireyin hasta olması neredeyse bireyin "hatası" gibi görülmeye başlanmıştır. Birey ya ona verilen ödevleri yerine getirmemiştir ya muayene olmaya geç gitmiştir ya da kendi üzerine düşeni yapmamıştır. Hatta tüm bunları yapmakta geciktiği için "cezalandırılmıştır". Burada vurgulanması gereken bir diğer nokta, sağlığının sorumluluğunu tek başına yüklenmiş bireyin; sağlığı için, bilmeden, zarar verecek ürün ve/veya yöntemden yararlanarak onu tehlikeye sokabilecek olmasıdır.

Göz önünde bulundurulması gereken en önemli hususlardan biri, sağlığın bireysel bir mesele olmanın ötesinde politik ve ekonomik bir mesele olduğudur. Sağlık konusunu kendi ticari çıkarları doğrultusunda yönlendirenlerin çabalarının, ülkelerin ticari kaygılar taşımayan kurum ve kuruluşları tarafından düzenlenecek sağlık iletişimi faaliyetleriyle dengeye getirilebileceği iddia edilebilir. Sağlık iletişimi perspektifi ile bireylere sağlık konusunda doğru bilgilerin ulaştırılmasının sağlanabileceği; bu yolla, "sağlıklı yaşam endüstrisi" tarafından medya aracılığıyla sunulan sağlıklı yaşam vaatlerine alternatif bir bakış açısı getirilebileceği düşünülmektedir.

Çok eski tarihlerden beri, kavramsal bir tanım ve adı konulmuş uygulamalarla yapılmış olmasa da, dünyada birçok ülkede sağlık iletişimi faaliyetlerinin yapılmış olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti sunanlar ve hasta arasındaki iletişim, bulaşıcı hastalıklara karşı yürütülen mücadeleler ve daha pek çok konu sağlık iletişimi perspektifinde ele alınabilir.

Örneğin Türkiye'de, cumhuriyetin ilk yıllarında, toplumun üçte ikisinin karşı karşıya olduğu *sıtma*, *trahom*, *frengi* ve *verem* hastalıklarına karşı Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü faaliyetler, o tarihlerde henüz adı sağlık iletişimi olarak ifade edilmese de, alandaki önemli örnekler olarak söylenebilir. Büyük bir sağlık seferberliği olarak da ifade edilebilecek çabalarla, bahsedilen hastalıkların görülme oranı yıllar içinde azalmıştır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık konusundaki cehalet ve bilinçsizlik; bedensel ve çevresel temizlik şartları; beslenme ve çalışma şartlarının zorluğu; hastane, doktor, hemşire, ilaç ve benzeri olanakların ve hastalıklarla mücadelenin yetersizliği, Türkiye'de sağlık alanında ivedilikle çalışılması gereken halk sağlığı konuları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele dışında, cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık ile ilgili gerçekleştirilen tüm faaliyetler, sağlık politikaları ve yasal düzenlemeler sağlık iletişimi kapsamında ele alınabilir.

Sağlık gelir, eğitim, sosyoekonomik durum, okuryazarlık, coğrafi koşullar veya kültürel farklılıklardan etkilenmektedir. Sağlık koşulları

ve sağlıkla ilgili çabalar ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği gibi, aynı ülke içinde bölgesel farklılıklar da gösterebilmektedir. Bu nedenle, sağlıkla ilgili faaliyetlerin tek bir kuralı, tek bir yolu bulunmamaktadır. Sağlık iletişimi, yaşanılan toplumdaki çeşitlilik ya da farklılıkları anlayarak bunlara yönelik çabaları oluşturmayı içermektedir. Bu durum, belirli bir hedefin ihtiyaç duyduğu sağlıkla ilgili bilgilerin, kendi gerçekleri ve kendi koşulları içinde verilmesini gerektirir. Her bireyin aynı sağlık bilgisine ihtiyacı olduğu düşüncesinin ardında ise, standartlaştırılmış bilgilerin verilme kolaylığının olduğu söylenebilir.

Son yıllarda medyada, bireylerin sağlık ile ilgili benzer bilgilere ihtiyacı olduğunun varsayıldığı izlenimi veren bilgilerin sunulduğu gözlemlenmektedir. Bireyler, kendi sağlıklarını korumakla görevlendirilmiş olarak bu bilgileri tüketmektedir. Bu bilgiler ise, sağlık ile ilgili oldukları gerekçesi ile "sağlık iletişimi" olarak adlandırılmaktadır. Ancak sağlıkla ilgili olarak her söylenen veya yazılanın sağlık iletişimi olmadığı belirtilmelidir.

Sağlık iletişimi; sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, kurumların, toplumların bilinçlendirilmesi; farkındalık yaratılması; bilgi ihtiyacının giderilmesi; doğru bilgilerin verilmesi; sağlık bilincinin oluşturulması; sağlık okuryazarlığının oluşturulması/yükseltilmesi; hasta ya da birey olarak sağlık hakkının tanınması ve bu konuda bilinç oluşturulması ve sağlıklı çevrede yaşama hakkının korunması için iletişim strateji ve yöntemlerinin kullanılması olarak ifade edilebilir.

Sağlık iletişimi kişilerarası, küçük gruplar, kurumlar ve kitle iletişim araçları aracılığıyla ilgili olmak üzere farklı boyutlarda ele alınmaktadır. Geniş bir boyutta ele alınan sağlık iletişimi, bu kitapta daha çok kitle iletişim boyutuyla ele alınmış, buna karşın, kitle iletişim araçlarından yararlanarak büyük kitlelere ulaşması planlanan sağlık iletişimi kampanyalarının analizi kitabın kapsamı dışında tutulmuştur.

Sağlık iletişiminde iletişim stratejileri, sıklıkla, bireyleri sağlığı koruyucu davranışlar içerisine girmeye motive eden kişilerarası ya da dolaylı müdahaleleri oluşturarak sağlığın geliştirilmesine odaklanmaktadır. Bu odaklanmanın tek amacı, bireyin sağlığının geliştirilmesini sağlamak değildir.

Sağlık iletişimi, bireylerin, dolayısıyla toplumların sağlığının geliştirilmesine odaklanmalı; ticari kaygılar toplum sağlığının önüne geçmemelidir. Toplumların sağlığının geliştirilmesi amacıyla yapılan faaliyetler, topluma sağlık hizmeti sunan kurumların da gelişmesine imkân sağlayacaktır. Bireyden kuruma doğru bir işleyiş gibi ifade edilen sağlık konusunun, temelde ülkelerin geliştirdikleri sağlık politikalarıyla, ara-

daki tüm kademeleri kullanarak bireye ulaşması beklenmektedir. Sağlık iletişimi, bireylerin içinde bulunduğu koşullar göz önünde bulundurularak sağlık politikalarının geliştirilmesine olanak sağlayabilir. Bazı sağlık konularında gündemin sağlık politikası geliştirilmesi yönünde belirlenmesi tüm toplumun yararına olacaktır. Aksi takdirde, sağlık ile ilgili sorunların bireyin sorumluluğunu öne çıkaran bir çerçeve içinde sunulması, halkın ilgisini sosyal koşullar ve çevreden uzaklaştıracak; sunulan bilgiler ve haberler "biyofantezilere" yer verilen medya hikâyelerine dönüşebilecektir.

Hayatta kalma güdüsüne hitap etmesinden ötürü sağlık ile ilgili bilgiler hızla tüketilmektedir ve medyada sağlık konusunda bilgiler herhangi bir normatif yaptırımla denetlenmemektedir. Tam tersine, hayatta kalma güdüsü "özünde" olumlu bir amaca, hayatta kalmaya yol açacağı için, toplum tarafından destek gördüğü söylenebilir. Bu bağlamda, sağlık ve sağlıkla ilişkilendirilen söylemler, özellikle uzmanlığı tıp olan aktörler tarafından dolaşıma sokuluyorsa, hiç sorgulanmadan kabul görmekte, varlıkları yararlı bulunmaktadır. Burada dikkat çekici olan nokta, verili olanı kabul etmenin ve hatta sorgulamadan desteklemenin, yalnızca gündelik söylemler için değil, bilimsel/akademik söylemler için de geçerli olmasıdır. Bunun en açık göstergesi, sağlık manipülasyonuna dayalı mesajların analiz ve eleştirisinin, iletişim alanında yapılan çalışmalar içinde diğer konular yanında son derece zayıf kalmış olmasıdır.

Bu kitap, yukarıda gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi olarak sözü edilen iki temel kavramı irdelerken, öncelikle yukarıda özetlenmeye çalışılan sağlık iletişimi perspektifini devreye sokmayı amaçlamaktadır.

Sağlık iletişimi alanının kuramsal temelleri irdelenirken karşımıza iki büyük bilgi kütlesi çıkmaktadır. Başka pek çok alanda olduğu gibi, bu kütleler kabaca Avrupa ve Amerikan yaklaşımları olarak sınıflanabilir. Avrupa kıtasından kaynaklanan kuramlara bakıldığında sağlık alanının ve özelde sağlık iletişimi alanının sosyolojik ve felsefi yaklaşımlarla oluşturulduğu görülebilir. Bu süreçte sağlık ve sağlık iletişimi sorunlarının çözümünden ziyade eleştirel bir bakış açısının geliştirildiği görülebilir. Buna mukabil, Amerikan yaklaşımlarının ağırlıklı olarak mevcut sorunların çözümüne odaklanmış, pragmatik yönelimli bir içerik taşıdığı söylenebilir. Bu saptamayı yapmakla birlikte mutlaka belirtilmesi gereken nokta, bu iki bilgi kütlesinin birbirlerinden tamamen soyutlanmış olmadıklarıdır. Tam tersine, işin özü dikkate alınacak olursa, Avrupa ve Amerikan yaklaşımlarının birbirlerini dışlamak şöyle dursun, tamamlayıcı nitelikte oldukları söylenebilir.

Bu kitapta benimsenen yaklaşım "eleştirel" olarak tanımlanabilir. Buna karşın eleştirel olmanın pragmatik ve çözümden yana bir duruşu dışlamadığı düşünülmektedir. Önemli olan ortaya koyulan çözümlerin niteliğidir. Özetle ifade edilmek gerekirse, çalışmaya "sentezci" bir epistemoloji yön vermektedir denilebilir. Sentez fikri, elbette, eleştirel ve bütünlükçü bakış açısının çözümden uzak yapısını dönüştürmeyi, bu yapılırken pragmatik bakış açısının bireyci, lokal ve kısmi anlayışının yerine daha toplumsal ve köklü çözümlerin içerildiği önerileri yerleştirmeyi kapsamaktadır.

Bu nedenlerden dolayı çalışmanın kuramsal kısmı, her iki bilgi kütlesinin de analizini gerektirmiştir. Sözü edilen bakış açıları birinci ve ikinci bölümlerde ele alınmıştır.

Çalışmanın metodolojisi literatür taramasına ve *Hürriyet* gazetesi ve eklerinin bir yıllık sürecinin analizine dayanmaktadır. İkincil kaynaklardan alınan veriler analiz edilerek kuramsal çerçeve oluşturulmuştur. Sağlık, iktidar ve iletişim üzerine ayrı ayrı çok sayıda çalışma incelenmiş ve çalışmanın kuramsal altyapısı temellendirilmiştir. Ancak çalışmanın diğer yaklaşımı olan sağlık iletişimi ile ilgili akademik çalışmalar, Türkiye'de henüz çok yakın bir geçmişe sahiptir. Çalışmanın başlangıcından sonlandırıldığı tarihe kadar sağlık iletişimi alanında doktora tezi olarak tek bir çalışma yapıldığı görülmüştür. İnci Çınarlı'nın (2004) *Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak, Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi* başlıklı doktora tez çalışmasının, alandaki ilk doktora tezi olduğu söylenebilir. Çınarlı'nın tez çalışması, 2008 yılında *Sağlık İletişimi ve Medya* adıyla yayımlanmıştır. Ruhi Selçuk Tabak'ın (1999) *Sağlık İletişimi* ve Ayla Okay'ın (2009) *Sağlık İletişimi* adlı kitapları, Türkiye'de sağlık iletişimi alanındaki diğer yayınlardır. Yayın ve tez çalışmalarının azlığı göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmanın sağlık konusunu farklı bir bakış açısı ile irdelemesi nedeniyle, yeni çalışmalar için fikir vereceği söylenebilir.

Türkiye'deki yayınların çok az sayıda olması nedeniyle sağlık iletişimi ile ilgili erişilebilen bütün literatür taranmış ve değerlendirilmiştir. Çalışmanın genelinde analizler eleştirel olmasına karşın, *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde yer alan haberlerin/yazıların analizi betimleyici düzeyde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada *Hürriyet* gazetesi ve ekleri bir yıllık süre ile analiz edilmiştir. Bu sürenin farklı zaman aralıklarından oluşturulmuş bir örneklemle analiz edilmemesinin nedeni, yıl içindeki dalgalanmaları gösteremeyeceği düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Mevsimsel geçişler,

sağlık konusunda yaşanan olağanüstü durum, skandal veya yasal düzenlemelerin böyle bir örneklem seçiminde gözden kaçırılabileceği düşünülmüştür.

Burada tek bir gazetenin bir yılının incelenmesi çalışma açısından bir sınırlılık olarak görülebilir. Ancak birden fazla gazetenin birer yılının analizi tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmesi güç bir veri toplama ve analiz sürecini beraberinde getirdiğinden, sadece bir gazete analiz edilmiştir. Çalışmada analize dahil edilmemekle birlikte, sağlık programları, süreli sağlık dergileri periyodik olarak takip edilmiş, konuya yaklaşım zenginliği getirilmeye çalışılmıştır. Bununla beraber, bu çalışmanın bulgularının *Hürriyet* gazetesi ve eklerinin 2008 yılı verilerine ait olduğu belirtilmelidir. Çalışmada toplanan veriler içerik analizi yöntemiyle niceliksel ve niteliksel olarak analiz edilmiştir. İki temel kavram, 24 değişken üzerinden analiz edilmiştir.

Kitabın *Sağlık ve İktidar* başlıklı birinci bölümü; sağlığın, dolayısıyla bedenin bir iktidar aracı olarak kullanılmasını ele almaktadır. Üç kısımdan oluşan birinci bölümün birinci kısmında, "sağlık ve hastalık kavramlarının tarihsel gelişimi", geçmişten günümüze sağlık anlayışında yaşanan değişim sunulmaktadır. "Bedenin denetimi ve tıbbi sosyal kontrol" konularının yer aldığı ikinci kısımda, Foucault'nun biyo-iktidar ve panoptisizm kavramları aracılığıyla toplumların sağlık konusu ile bedenlerinin ve dolayısıyla yaşamlarının denetim altına alınması ele alınmaktadır. Biyo-iktidarın işleyiş yolları olarak ifade edilebilecek "gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi" konuları ise son kısmı oluşturmaktadır.

Birinci bölümde eleştirel perspektifle ele alınan sağlık ve iktidar konusundaki sorunlara, sağlık iletişiminin bir yanıt oluşturup oluşturmayacağını inceleyen çalışmanın ikinci bölümü, "sağlık iletişimi" perspektifini konu edinmektedir. *Sağlık İletişimi* bölümü, "sağlık iletişimi çalışmaları" başlıklı ilk kısmında, alanın gelişmesindeki arka plan ile birlikte alandaki gelişmeleri detaylı bir biçimde ele almaktadır. İkinci kısım olan "sağlık iletişimi kuram ve modelleri", alandaki araştırma ve uygulamalarda yararlanılan bazı kuram ve modellere yer vermektedir. Medyada sağlık söyleminin analizi ve geliştirilmesi açısından önemli bir rol oynayabileceği düşünülen yaklaşımların da yer aldığı "sağlık iletişiminde diğer yaklaşımlar" üçüncü kısımda ele alınmıştır.

Medyada ve farklı mecralarda sağlık iletişimi olduğu iddia edilen uygulamaların ne olduğu ve ne olmadığının daha iyi anlaşılması açısından; sağlık iletişimi perspektifinin detaylandırılarak incelenmesi; sağlıkmış ve sağlık içinmiş gibi yapılan ve söylenilenlerin ortaya konması ve daha-

sı denetlenme yollarının oluşturulması açısından önem taşımaktadır. Bu amaçla, Türkiye'nin elli yıllık bir geçmişe sahip, merkezde yer alan ve belirli bir ideolojik kimliği olmadığı varsayılan ve en yüksek okunurluk sıralamasında ilk üç gazeteden biri olan, *Hürriyet* gazetesi ve eklerinin içerik analizi yapılmıştır.

Üçüncü bölümde, 1 Ocak–31 Aralık 2008 tarihleri arası 12 aylık dönem, *Hürriyet, Kelebek, Hürriyet Cuma, Hürriyet Cumartesi* ve *Hürriyet Pazar* eklerinde, bir yıllık bir süre içinde çıkan, sağlık ve sağlıklı yaşam tarzı vaatlerinin yer aldığı tüm haber, köşe yazısı ve spotlar niceliksel ve niteliksel içerik çözümlemesi yöntemi ile analiz edilmiştir. Üçüncü bölüm betimleyici unsurlar, sorgulanan temel kavramlar, yaşam tarzı önerileri ve diğer sağlık bilgileri olmak üzere dört kısımda ele alınmıştır.

I. Sağlık ve İktidar

A. Sağlık ve Hastalık Kavramlarının Tarihsel Gelişimi

1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarının Genel Çerçevesi ve Zaman İçindeki Değişimi

Günümüz toplumlarının birçoğunun sağlık ve hastalık kavramını tanımlayış ve algılayış yönünden değişim geçirdiği ve bu değişimin ortak noktasının yeni bir sağlık anlayışının yapılandırılması olduğu söylenebilir. Bu anlayış içinde hem modern tıbbın, dolayısıyla doktorun tarihsel otoritesinden yararlanılmakta hem de doktorun yerine yeni otorite odakları yaratılmaktadır. Rasyonel ve geleneksel bilimin temsilcileri olan doktorlar, sağlık sorunlarına çözüm getiren araçlardan sadece biri durumuna düşmektedir.

Günümüz toplumlarında, hastalık kavramından çok, hastalıktan korunma, iyi yaşam *(wellness)* kavramına doğru bir kültürel geçiş yaşanmaktadır. Özellikle Batı toplumlarında, sağlık sorunlarına, kendi kendilerine çözüm bulmayı amaçlayan anlayış yaygınlaşmakta; estetik ve kozmetik konuları sağlıkla bağdaştırılarak sunulmakta; alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri bilimsel tıbbın yanı sıra yaygınlık kazanmakta; medyada sağlık ve sağlığa ilişkin konular gittikçe ağırlık kazanmaktadır.

Sağlıklı olarak yaşamak, modern dönemlerde algılandığı gibi, olağan ve istenen bir durum olmaktan çok, gereklerine uyulduğu zaman elde edilebilecek bir olasılık olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıkların çoğalması, gündelik yaşamdaki sıkıntı ve stresin artması ile sağlık günümüzde birincil hedef haline gelmekte; sağlık ve sağlığa hizmet eden sektörler de her geçen gün bireylerin yaşamlarına girmektedir. Sağlığa yönelik sektörlerin çoğalmasının yanı sıra, medya aracılığıyla, bireylere sağlıklı olma reçeteleri verilmekte; sadece medyanın değil, bazı hekim ve sağlık personelinin reçeteleriyle de tüketimin teşvik edildiği görülmektedir. Bu, sadece tüketimin teşvik edilmesi anlamına gelmemekte; tıbbi bilginin de saptırılmış şekilde kullanılmasına neden olmaktadır. Sağlıklı olma çabası içinde, bireyler kendilerine sunulan biçimde bedenlerini kontrol altına almaya çalışırken; bu konudaki bilgileri ve çabaları sürekli denetlenerek, kontrol altında tutulmaktadır.

Günümüzde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmileştirilen bütüncül sağlık yaklaşımı ile birlikte, hastalıkların önlenmesi *(disease prevention)* yaklaşımı da giderek önem kazanmaya başlamıştır. Bu anlayışa göre, bireyin sağlığının risklerden ve zararlı etkilerden korunması gerekmektedir. Sosyoekonomik şartlar bu noktada büyük önem taşımakta ve refah düzeyinin yükselmesinin temel unsuru olarak ele alınmaktadır. Sağlık konusu, birey için sadece temel haklar, tıp teknolojisi gibi konular anlamına gelmediğinden; her birey kendi eğitim, din, kültür, ekonomik koşulları ne olursa olsun sağlıklı yaşamak istemekte ve sağlıklı olmanın yollarını araştırarak uygulamaktadır (Demirer, 2006, s. 28).

Bu değişen bağlam içinde sağlık, tıbbın bilimsel üstünlüğünün ötesine geçerek, ağırlıklı olarak tüketime odaklı ve sürekli olarak genişletilmek zorunda olan, kapitalist pazara endeksli bir hale gelmiştir. Sağlık, bireylerin zayıf noktası olarak, tüketimin artırılması için aracı olarak kullanılmaktadır. Tıbbi bilginin gücü hakkında neredeyse tartışmasız kabul içinde olan birey, sağlık için her şeyi göze almaktadır. Bu da öncelikle sağlık ve hastalık kavramlarının tekrar tanımlanmasını ve

sağlığın bilgi, sermaye, yaşam ve diğer gerçekler üzerinden değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

a. Sağlık Kavramının Tanımlanması

Hayatın ve ölümün anlamı hakkındaki temel varsayımlara ifade kazandırdığı için, sağlık ve hastalık kavramları insan topluluklarının sosyal değerlerinin tam merkezinde yer almaktadır. Sağlığın tanımı, bu nedenle, olayların ahlâki yönü demek olan iyi hayatın tarifini yapmak eğilimindedir (Turner, 2000, s. 9). Gündelik hayatta ve bilimsel ifadelerde sıklıkla kullanılan sağlık ve hastalık kavramlarının taşıdıkları anlam konusunda, ortak bir uzlaşmadan söz etmek güçtür. Ortak bir dilden söz etmek bir yana, her geçen gün sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarına daha fazla anlam yüklenmekte, kavramın çok farklı yönlere doğru yönlendirildiği görülmektedir. Sağlık kendini iyi hissetmekten arzu edilen kiloda olmaya varıncaya kadar geniş bir anlam içinde kullanılmaktadır. Farklı anlamlandırmalara başlık olan sağlık kavramının açıklanması; geçmişten günümüze ikili olarak kullanılan sağlık ve hastalık kavramlarının anlamları, kullanım biçimleri ve etkilediği alanları tanımlamak kitabın amacı açısından önemli bulunmaktadır.

İlk olarak, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947'de resmen benimsediği tanımlamaya bakılacak olursa sağlık, "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali"dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı ve yaklaşımı, bütüncül (*holistik*) bir yaklaşımdır. Sağlığa ilişkin bu yaklaşım, sağlık kavramının daha geniş veya daha bütüncül incelenmesini de beraberinde getirmektedir (Freund, 1982, s. 27).

Sağlık, hastalığın olmayışı, günlük aktiviteleri yapabilmek ya da formda olmak ve sağlıklı yaşam olarak tanımlanabilir. Bununla beraber moral boyutu da bulunan sağlık çok kıymetli bir rezerv olarak kabul edilmekte, özellikle bireyin kendine iyi bakmaması durumunda kaybedilebilecek bir değer olarak tanımlanmaktadır. Aynı şekilde birey, kendine iyi baktığı, sağlıklı davranışlarda bulunduğu takdirde bu "sermaye" artacaktır. Sağlık genel bir iyilik hali olduğundan, bedensel sürecin işliyor olması veya klinik bulguların olmayışı bireyin kendini sağlıklı hissetmesini sağlamamaktadır.

Sağlığın tanımlanma biçimlerine bakıldığında, hastalığın olmayışı ortak anlayışının dışında, tanımlarda ruhsal bütünlük, sosyal iyilik hali, formda olmak, sağlıklı yaşam, rezerv, moral ve neşe kavramlarının yer aldığı görülmektedir.

Sağlık tanımlarındaki ortak kavramlardan farklı olarak, Illich sağlığı, "bir uyum sağlama meselesi, toplum tarafından yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, toplumsal kültür tarafından biçimlendirilmiş bir tepki" olarak tanımlamaktadır (Illich, 1995, s. 190).

Özetle, tek bir sağlık tanımı yapılamadığı gibi, sağlık birbirinden farklı ve zengin içeriğe sahip kavramlarla açıklanmaktadır. Bu ise, sağlık kavramına farklı boyutlarda anlamların yüklenebileceğini ve değişik amaçlara ulaşmada aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

b. Hastalık Kavramının Tanımlanması

Sağlık ve hastalık, birbirinden ayrılmaz iki kavram olarak kullanılmaktadır. Sağlık, hastalığın olmayışı olarak tanımlanırken, hastalığın ne olduğunun tanımlanması çok daha güçtür. Bauman, hastalık ve sağlık arasındaki bağı normal ve anormal arasındaki zıtlığa benzetmekte; hayatın her alanının normal olması için dünyanın tıbbileştirildiğini söylemektedir. Bauman, hastalıkla savaşan ve sağlık koruyucu bir kuruluş olarak tıp biliminin hastayı iyi hissettirme ve iyi olma halinin hızlıca tükenmekte ve daha iyi hissetme seçeneğinin bireyin karşısına çıkmakta olduğunu düşünmektedir (Bauman, 1998, s. 222-229).

Hastalık, "organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla fizyoloji görevlerinin bozulması durumu"[2] olarak tanımlanmaktadır. Ancak sağlık kavramında ifade edildiği gibi, birey kendini çok hasta olarak hissedebilir; ancak tıbbi bulgular hastalık olmadığını gösterebilir. Bazen de birey tıbbi olarak bir hastalığa sahip olsa bile kendini hasta hissetmeyebilir, hasta olarak tanımlamayabilir. O nedenle burada, hastalık kavramı ile birlikte rahatsızlık kavramından da söz etmek yerinde olacaktır.

Rahat-sızlık olarak hastalık kavramı *(dis-ease)*, Fransızca'da rahatlık anlamına gelen *aise* sözcüğünden gelmektedir ve hastalığın rahatsız edici bir durum veya rahatlığın eksikliği demek olduğu, güçlendirilmesi ve pekiştirilmesi gereken şeyin rahatlık olduğu söylenmektedir. Hastalığın verdiği rahatsızlık, aslında rahat ve güvende hissedilen durumlarda deneyimlenen güç kaybıdır. Rahat hissetmeme ve rahatsızlık, ikisi de kişinin öznel yabancılaşma duygusunu ifade etmektedir, bunun arkasında hastalığın kişiyi güçlerinden yoksun bırakması olgusu gelmektedir; öte yandan, normal ise hem sağlıklı hem de ahlâki bakımdan uygun olan şeyler için genel bir değerlendirme imkânı sunmaktadır (King, 1982, aktaran Turner, 2000, s. 9). İngilizce'de hastalık *(disease)*, hasta olma, hastalık geçirme anlamında, rahatsızlık *(illness)* ise, ağrı,

2. http://www.tdk.gov.tr

keyifsizlik, huzursuzluk durumunu ifade etmektedir. Hastalık, vücut işlevlerinde bozukluk olarak kabul edilmekte ve bunu düzeltmek için tedavi gerekli görülmektedir. Rahatsızlık, bazen insani bir şeylerin eksikliğini bile ifade edebilmektedir (Lupton, 1994a, s. 93).

Hastalık geçmiş yüzyıllarda, örneğin vücuda cadılık ve şeytan girmesi gibi yollarla, kötülüğün insanoğluna saldırması ile ilişkilendirilmiştir. Hastalık kavramı, iyi ve kötü güçlerin savaştığı bir evrende var olmuş ve bunlar kötülüğü ve ıstırap çekmeyi tanımlayan, hatta bazen haklı çıkaran açıklama mekanizmaları olmuştur. Hastalık anlayışları, insan hastalığının ve acı çekişinin varlığını açıklamaya ve haklı çıkarmaya çalışan bir inançlar sistemine hapsedilmiştir. Yüzyıllardan beri, bireyler hastalandığında ya da hastaların tabiriyle hastalığa "kurban düştüğünde" veya "yakalandığında" akıllarına neredeyse her zaman kaçınılmaz olarak şu soru gelmiştir: "Neden ben?"

Sağlık ve hastalık kavramları yüzyıllar boyu, tipik olarak bu tür bir soruya cevap vermiştir. Hastalıkla ilgili hâkim varsayımlar, kutsal olgular söyleminin içinde yer almıştır. Yüzyıllardan beri, hastalığın yalnızca kişinin sahip olduğu bir şey değil, kişinin yaptığı bir şey olduğu düşüncesi vardır. Turner'a göre hasta olmak, "açıklamayı, seçmeyi ve eylemi içermekte; hasta olmanın, sosyal aktörler olarak bireyler için bir anlamı bulunmaktadır" (1995, s. 205).

Turner, hastalığın anlamının iki boyutta analiz edilebileceğini öne sürmektedir. Birinci olarak kutsal olan/kutsal olmayan alanlar arasında, ikinci olarak ise sağlığın ve hastalığın kolektif/bireysel olarak ele alınışı şeklinde bir ayırım yapmaktadır (2000, s. 11).

Turner'a (2000) göre, hastalık sebepleri ve tedavisi kutsal bir çerçeve içine oturtulabilmekte ve bu durumda hastalığın nihai açıklaması doğal olmayan sebeplerle yapılmakta (ilahi cezalandırma gibi) ve hasta olmak ahlâki anlamda ele alınmakta; böylece kişiler kendi hastalıklarından sorumlu tutulmaktadır. Bundan farklı olan bakışta, insan hastalıkları mikroplar, virüsler gibi etkenlere dayanılarak doğal terimlerle açıklanmakta ve kişiler enfeksiyonları için sorumlu tutulmamakta ya da suçlanmamaktadır. İkinci olarak, hastalık bireysel bir mesele olarak görülmekte ya da insanın hasta olmasının ve acı çekmesinin sebebi kötü çevre koşullarına, eğitimsizliğe, yoksulluğa ve benzerlerine atıf yapılarak kolektif bir bakış açısıyla açıklanmaktadır (2000, s. 11).

Hastalık tanısı, genellikle birey için olumsuz bir sonuç olarak görülmekte, bazen de potansiyel, gizli ya da sınırda bir hastalık gerçek bir hastalık kadar meydan okuyucu olabilmekte ve hatta açıkça açıklanmadığı için bazı durumlarda, daha çok endişe yaratabilmektedir. Teş-

hisi konulmamış ya da sorularına cevap alamamış birey için durumun, çok karmaşık ve sıkıntı verici olduğu söylenebilir. Bu nedenle sağlık değişen anlamlar içeren, kendi içinde somut; aynı zamanda sembolik, ahlâki ve sürekli testlere tabi tutulan bir imgeye dönüşmektedir.

Hangi toplumda, hangi kültürde yaşıyor olursa olsun, vücudunun görevlerini hastalık yüzünden yerine getiremiyor olması bireye, fiziksel, sosyal ve ruhsal zarar vermektedir. Hastalık bireyi günlük etkinliklerinden, aile ve sosyal çevresinden, işinden gücünden koparacak düzeyde olursa; birey hayatını sorgular hale gelmektedir. Hastalıklarını ifade etme biçimlerinde, bireylerin sağlıksız kabul edilen alışkanlıklardan bahsederken günah çıkarma havasında oldukları ve suç ile vicdan kavramlarından sıklıkla bahsettikleri bilinmektedir. Hastanın, doktora şikâyetlerini anlattığında, hastalığı yeniden şekillenmekte; "o" hastalık olarak adlandırılmakta ve şikâyetler belli bir hastalığa indirgenerek tedavi edilmektedir. Doktorun hastayı hastalığa indirgemesi gibi, zaman zaman hastaların, kendi bedenleriyle ilgili, dili kullanma biçimlerinde, hasta olan organlarından "o" diye veya organın ismi ile bahsetmeleri de dikkat çekmektedir. Kısacası, hasta organlar etiketlenmektedir. Lupton'un belirttiğine göre, hastalıklar vücuttan atılması gereken, vücudu işgal eden ve bir an önce kurtulunması gereken, yabancı nesneler olarak adlandırılmaktadır (1994a, s. 94).

Hastalık istenmeyen bir durum, bir hatanın sonucu olarak görülürken; Illich, fiziksel hastalığın bedenle sınırlı ve bazı anatomik, fizyolojik ve genetik koşullara bağlı olduğunu ve bu koşulların "gerçekten" var olduğunu; bir değerler sistemine başvurmaksızın yapılan ölçümler ve deneylerle kanıtlandığını düşünür. Günümüzdeki hastalık kavramına yaklaşıma Illich'in eleştirisi, toplumlarda psişik hastalıkların çoğalmasına rağmen, fiziksel hastalara daha iyi ve daha adaletli bir teknik tedavi sunulması ile yetinilmesidir. Illich, hastalığın bireyleri ele geçiren bir şey, onların "yakalandığı" ya da "tutulduğu" bir şey olarak görüldüğü sürece, bu doğal olayın kurbanlarının durumlarından dolayı sorumlu tutulamayacaklarını da düşünmektedir (1995, s. 115-116). Bireylerin, hastalıklarını, "işlerin gidişatının" bir ifadesi olarak kabul ettikleri takdirde yönetilebilir ve yararlanılabilir "mallara" dönüştürülebileceğini; ayrıca aşırı yoğunlaşmış endüstrinin hasta edici olduğunu, bunun sonucunda da bireyin çevre ile baş edemeyecek duruma geldiğini anlatır. Bu durumu, "kopmuş ilişkilerin yerine klinik bir protez koyma" benzetmesi ile açıklamaktadır. Bununla beraber, bireylere sağlıklarının kendi hataları yüzünden bozulduğunun empoze edildiğini eklemektedir. Böylece, hastalıklarının kendi yaşam biçim-

lerinin sonucu olduğunu düşünen bireyler üretim ve tüketime boyun eğmeye devam edecektir.

c. Geleneksel Sağaltıcı Yöntemlerden Modern Tıbba Geçiş

Sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanma biçimleri oldukça geniştir. Ancak üzerinde durulması gereken daha önemli bir konu, kavramların içeriğinin zaman içinde değişmesidir. Çağın koşullarına, yaşanan toplumun şartlarına göre sağlığı anlamlandırma biçimleri de farklılaşmaktadır. Normalin ne olduğu alışkanlıklara ve geleneklere bağlı olarak zaman ve duruma göre güncellenmektedir. Mikro ve makro düzeyde sağlık ve hastalığa ilişkin tarihsel süreçten söz etmek mümkündür. Bu kitapta makro düzeyde bir tarihsel arka plan anlatılmaya çalışılmıştır. Güncelleştirilmiş sağlık ve hastalık kavramlarına nasıl bir yoldan geçilerek gelindiği, günümüzü anlamak açısından önemli bulunmaktadır.

Sağlık ve hastalık kavramlarının tarihsel gelişimi, giderek artan dünyevileşme, bilimsel sağlık kuramlarının yükselişi, zihinsel ve fiziksel hastalığın ayrılması, geleneksel tedavilerin bilimsel uygulamalarla ortadan kaldırılması ve kategorilerin daha mikro anlayışlara doğru değişmesi ile karakterize olmaktadır. Tarihöncesi dönemden bugüne kadar, toplumların hastalığı algılayışları ve tedavi biçimlerinin tarihsel süreç içindeki gelişimi, günümüzdeki hastalık ve sağlık algılarının dönüşümü ve sağlık alanında yeni buluşlar ifadeleriyle bireylere sunulan birçok alternatif yaklaşımın, yüzyıllar öncesinden beri kullanılan yöntemler olduğunun ortaya konması, bu çalışma açısından önem taşımaktadır.

İnsanoğlu var olduğundan beri kaza ve hastalıklarla karşılaşmıştır. Çok eski tarihlerde bireyler gözlem yaparak, gözle görülen yaralanma ve sakatlanmaların gerçek nedenlerini anlayabilmiştir. Ancak, aniden bayılmalar ve ölümlere anlam vermeye çalıştıklarında, neden olarak doğaüstü güçleri bulmuşlar, kötü ruhların bedene girdiğini ya da bedeni terk edip gittiğini düşünmüşlerdir (Sarı, 2007, s. 5). Rivers'a (2004) göre, ilkel toplumlarda hastalıkların nedeni, çoğunlukla, hastalık bulaştırabilme gücüne sahip olduğuna inanılan bir insanı kızdırmış olabilecek hareketlerden, totemin yenmesi ya da öldürülmesi gibi totem kurallarının veya bir tabunun çiğnenmesinden ya da suç işlenmesinden kaynaklanmaktadır.

Uzel (1992), sağlığın korunmasının, bütün canlıların dinamiğinde gizli olan bir yaşam etkinliği olduğunu, canlı organizmaların yaşam dengesini bozan iç ve dış etkenlere karşı düzeltici tepkiler gösterdiğini ifade etmektedir. Kendi yarasını onarabilme ve hastalığının üstesinden gelebilme özelliğine, diğer canlılar gibi insan vücudu da sahiptir. Bir düşünceye göre; bireyler, kendilerini iyileştirme yollarından bazıları-

nı, hayvanları izleyerek ve taklit ederek öğrenmiştir. Kanayan yaraya parmak basmak, ateşli bedeni soğuk suya sokmak gibi bazı tedavileri ise içgüdüleriyle[3] yapmışlardır. Daha sonraları deneme-yanılma yoluyla, hem tedavilerini geliştirmişler hem de bazı bitkilerin yararlı etkisini keşfetmişlerdir (Sarı, 2007, s. 5; Uzel, 1992, s. 2).

İlkel toplumlarda hastalık kutsal dünya ile lanetli dünya arasındaki ilişkinin sembolüdür; tıp ile din iç içe geçmiştir, dinsel törenlerin çoğunun, ayrıntılı ve uzun ritüellerinin temel amacı, hastalığın iyileştirilmesidir. Hastalığı önlemek amacıyla, muska, sünnet, vücudun boyanması gibi yöntemler kullanılmıştır (Turner, 2000, Demirhan-Erdemir, 1996). Tedavi biçimi olarak ilk uygulama, günümüzde de çoğunlukla aynı şekilde ifade edilmekte olan, "önemsiz hastalıklar"ın evde tedavi edilmesidir. Evdeki tedaviden yarar görülmediği durumlarda başvurulan tedavi ise, büyücü, büyücü hekim[4], lokman[5] ya da rahipler aracılığı ile sihirli sözcükler kullanmak; el marifeti, masaj[6], çıngırak ya da davul çalmak, kan akıtmak[7], buhar banyosu[8] gibi yollarla, hastayı eline düştüğü hastalıktan kurtarma çabasıdır (Rivers, 2004). Teşhis de tedavi de kutsal bir bağlam içinde ele alınmıştır.

İlk çağlarda, hastalıkların nedeni olarak yine, doğaüstü güçler görülmüş, kötü ruhların ve tanrıların hastalık verdiği ya da hastalığın bir

3. "İçgüdüsel tedavilerde en önemli rolü kadınlar üstlenmiştir. Erkeğin, avcılık ve toplayıcılık döneminde dışarıda gezmek zorunda kalması, kadının çocuk büyütme ve emzirme zorunluluğu nedeniyle meskene bağlı kalması ve besin hazırlaması görevini üstlenmesi, onu bir doğum yardımcısı, bir çocuk bakıcısı ve diyet uzmanı haline getirmiştir. Bu bakımdan denilebilir ki tıbbi etkinliğin profesyonel biçimde yürütülmesinde ilk işbölümü, cinsiyet farkından doğmuştur. İlk hekimler anneler, kıdemli anneler (kocakarılar) olmuştur. "Kocakarı ilaçları", kocakarı yöntemleri, tıbbi ebelikle birlikte halk hekimliği, günümüze kadar gelmiştir" (Uzel, 1992, s. 3).

4. Tarihöncesi dönemde tedaviyi gerçekleştiren kişilere verilen isim.

5. Lokman; halk efsanelerinde bahsi geçen, hikmet sahibi olduğuna inanılan kişi (www.wikipedia.org).

Lokman, hastalığın tedavisiyle ilgilenmek durumunda olan kişidir. Bu kişinin yağmur yağdırmak, bitki örtüsünü geliştirmek ve hatta hastalığın kendisini üretmek gibi başka işlevleri de olabilir; ama hastalığın tedavisi ile uğraştığı sürece bu kişi lokman olarak anılmaktadır (Rivers, 2004, s. 14).

6. Solomonlar'daki Eddstone Adası'nın yerlileri, bugün bilinen masajlara çok benzeyen el hareketlerine başvurmuşlardır. Araştırmalar, bu el hareketlerinin amacının, hastanın vücudunu ele geçirdiği düşünülen, hayali bir ahtapota karşı koymak olduğunu göstermiştir. Bazı toplumlarda ise, yüksek ateş ya da diğer hastalıklara neden olduğu düşünülen, maddi olmayan nesne ya da özü vücuttan çıkarmak için masaja başvurulmuştur (Rivers, 2004, s. 111).

7. Rivers'ın belirttiğine göre, vücuttan kan akıtmak evrensel bir çare olarak görülmektedir. Daha yeni açılmış yaraların kanatılabildiği kadar kanatılıp bu işlem uygulanmazsa, yaranın hiçbir zaman iyileşmeyeceğine inanılır. Kötü kanın akıp gittiği ve iyi kanın vücutta kaldığı düşüncesi yaygındır (Rivers, 2004, s. 93).

8. "Terlemeyi sağlamak üzere vücudu ya da vücudun herhangi bir parçasını ısıya maruz bırakma uygulaması...", " Hawaii Adaları'nda hasta, içinde buharın üretildiği bir kulübeye kapatılır, benzer uygulamaya Afrika'da da rastlanır. Hasta bir adamı hasırdan yapılmış küçük bir kulübeye kapatır ve içinde hâlâ yanmakta olan korların bulunduğu bir kabı hastanın yanına koyarak onu olabildiğince terletmeye çalışırlar" (Rivers, 2004, s. 115).

günahın cezası olduğu düşünülmüştür. Kusurlu bir davranış olduğunda, günah işleyen kişinin hastalandırılarak cezalandırıldığına inanılmıştır. Deneme-yanılma yoluyla öğrenilen hastalıklarla ilgili bilgiler, efsaneler, rivayetler, tecrübeler; yazının bulunmasıyla, nesilden nesle aktarılmaya başlanmıştır (Sarı, 2007, s. 13). Sontag, hastalığın, *İlyada* ve *Odysseia* destanlarında doğaüstü bir ceza, şeytani bir güç ve doğal sebeplerin sonucu olarak başa geldiğini; Yunan geleneğine göre, hastalık gereksiz ve haksız yere ortaya çıkabildiği gibi (kişisel bir kusur, toplu bir suç ya da ataların işlediği bir suçun karşılığı olarak), hak edilmiş bir kötülük de olabildiğini ifade etmektedir (2005, s. 48). Yunan gelenekleri tıbbi etiğin ve uygulamaların biçimlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. *Hipokrat Yemini* anlayışı tıbbi kurallar ve uygulamalarda profesyonelliğin evriminde temel olmuştur. Sağlık doğal sebeplerin bir sonucu olarak görüldüğü için, Yunan tıbbı sağlık ve hastalığa seküler bir bakışın örneğini sunmaktadır. Bu dönemde, hastalıklar gözlemlenerek anlamlandırmaya çalışılmış, vücudun bir yerinde dengenin bozulmasının hastalığa sebep olduğu düşünülmüştür. "Denge" konusu, eski uygarlıklarda en önemli sağlık ilkesi olarak kabul edilmektedir (Turner, 2000; Sarı, 2007; Demirhan-Erdemir, 1996). Bu çağdaki hastalıklarla ilgili yaşanan en büyük gelişme, Hipokrat (MÖ 460-370) ile hastalık kavramının değişip doğal bir olay olarak görülmeye başlamasıdır. Hipokrat, hastalığın doğaüstü nedenlere bağlı olmadığını açıklamış, tıbbı ve hekimliği tanrılardan uzaklaştırmıştır. Hastalığı, bedende var olduğu düşünülen dört unsurun[9] miktarının ve birbirine olan dengesinin bozul-

9. "İnsan bedeninde bulunan dört unsurdan kan sıcak ve yaş; sarı safra sıcak ve kuru; kara safra soğuk ve kuru; balgam soğuk ve yaş niteliklere sahiptir. Bu dört unsur her uzuvda farklı oranlardan bulunur. Mevsimlere ve alınan besin maddelerine göre de unsurların bedendeki oranı değişir. Her insanın özel bir mizacı vardır; çünkü bu unsurların oranı herkeste farklıdır. Her kişide bir unsur daha fazla olduğundan, bireylerin beden yapıları ve kişilikleri de buna bağlı olarak değişir. Örneğin sıcak mizaçlı bireylerde, kan unsurunun oranı fazla olduğundan sıcakkanlılar şişmanlamaya yatkın, neşeli kişilerdir; sinirli bireylerde sarı safra çok olduğundan safraviler çabuk öfkelenir; karamsar mizaçtaki melankoliklerde kara safra ağır bastığından düşünceli, asık suratlı, içedönüktürler; miskin tabiattakilerde balgam fazla bulunduğundan tembel olup, hareketten kaçınırlar. Her mizacın sahibi bazı hastalıklara yatkındır. Hastanın tedavisinde mizacı dikkate alınmalıdır" (Sarı, 2007, s. 29).
Turner'ın belirttiğine göre, Yunan tedavileri kan alma, diyet, egzersiz ve yatak istirahatinden oluşmuş ve bunlar sistemin bozulan dengesini onarmak için tasarlanmıştı. Yunan sisteminde, cinsel eylemi de içeren üreme süreci bir mayalanma işlemiyle kıyaslanırdı; seks organizmayı uygun ısıya getirmeye yarardı. Denge anlayışı *Aristoteles*'in ahlâk görüşlerinde de yansıtılmıştı ve "iyi hayat" zevkte ve zevkten kaçınmada aşırılıktan kaçmak olarak görülmüştü. Belirtilen bu tıbbi rejimlerde (rejim, usul, idare, sistem) diyet özellikle çok önemli bir rol oynardı. Diaita kelimesi bir yaşam biçimini, bir sistemi, bir yönetim anlayışını anlatmaktaydı. İyi yaşam için önerilen tıbbi reçeteler dinlenmenin, beslenmenin, yaşam biçiminin, cinselliğin de dahil olduğu çok çeşitli etkinlikleri kapsardı. Bu düzenlemeler, tıp konusunda seküler varsayımlara dayanırdı ve kendilerini popüler tıptan uzak tutmaya çalışan hekimler ise, sülükle kan alma ve büyü gibi roller üstlenirlerdi. Örneğin Hipokrat'ın *The Sacred Disease* (Kutsal

masına bağlamıştır. Tedavilerde amaçlardan biri, vücutta azaldığı ya da arttığı düşünülen dengenin düzeltilmesidir.

Hipokrat tıbbında, insanın yaşadığı bölgenin coğrafi özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve kişiliği ile sağlığı arasında bağ kurulurken; Çin tıbbında hastalığın cezadan çok doğa yasalarına karşı gelmekten ortaya çıktığı varsayılmış ve hastalıklardan korunma düşüncesi ön planda tutulmuştur. Hint tıbbında ise, yaşanılan çevre, yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenerek hayat enerjisinin dengesinin korunabileceği düşünülmektedir (Sarı, 2007, s. 32). Sarı (2007), Çin tıbbı ile ilgili en eski kaynakların bu dönemde yazıldığını, yüzlerce ilaç tarifinin ve akupunktur ile tedavinin bu kaynaklarda yer aldığını söylemektedir. Hint tıbbında da Ayur-veda[10] metinleri, sağlıklı ve uzun yaşamanın yollarını göstermektedir. İnsanoğlunun tarih boyunca sağlığı ve hastalığıyla ilgili olarak kendisi ve çevresi arasındaki ilişkiyi sorgulamış ve yorumlamış olduğunu söyleyen Sarı (2007), edinilen tecrübelerle varsayımlar üretilip, bu varsayımlara dayanarak doğa olaylarının açıklanmaya çalışıldığını eklemektedir.

Çöplerin toplanmadığı, ev ve şehir temizliğine önem verilmediği, bu nedenle de bulaşıcı hastalıkların ortaya çıktığı on altıncı yüzyılda, temizliğe önem verilmemesi ve hızla artan bulaşıcı hastalıkların da etkisiyle, Hot'un (2007) belirttiği gibi, ruhun kurtulması ve dıştan gelen kötülüklerden korunması ve sağlıklı olmak için, beden temizliğinin önem kazandığı görülmektedir.

On yedinci yüzyılda bilim tarihinde yaşanan önemli gelişmeler, tıp tarihinde de önemli gelişmelerin yaşanmasına neden olmuştur. Tıp, objektif kriterlerle hastaları tedavi etmeye çabalarken; bu yüzyılda halk tedavi için, o tarihlerde şarlatan hekim, sahte doktor olarak adlandırılan, tıp eğitimi almamış kişilere başvurmaktan vazgeçmemiştir. Bununla beraber, tıpta yaşanan gelişmelerle başlayan, hastanın doktora anlattığı şikâyetlere göre tedavi etme anlayışı, bir süre sonra değişmiş; hastalığın, hastanın sübjektif deneyiminden koparılarak objektif bir tıp sistemine, ölçümlere, testlere tabi tutulan bir sisteme dönüştürülmüştür.

On sekizinci yüzyılda, Aydınlanma Felsefesi'nin de katkılarıyla, bi-

---

Hastalık) adlı eseri, epilepsinin kutsal sebeplerden dolayı ortaya çıkmadığını; dört unsurun doğacı çerçevesinden bakarak anlaşılabileceğini söylüyordu (Turner, 2000, s. 19).

10. "Eski Hint tıbbı da din bilgisi ile iç içe başlamıştır. MÖ 2500-1500 yıllarında İndus Vadisi'nden doğan Hinduizm tıp bilgisinin de kaynağı sayılmaktadır. Eski Hint efsanesine göre bilgi (veda) en büyük tanrı Brahma'dan alınmıştır. Yedi bilge insanoğlunun acılarına çare bulmak için, Himalayalar'ın doruğunda bulunan tanrılara yakardığı ve Brahma onlara yaşayış bilgisinin (Ayur-veda) sırlarını verdiği iddia edilmektedir. Veda kelimesi ile ifade edilen Rig-veda, Ayur-veda, Sema-veda gibi din kitaplarında tıp ile ilgili birçok bilgiler yer almaktadır" (Sarı, 2007, s. 16).

lim ve tıp alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. İnsanı merkeze alan düşüncenin de yaygınlaşmasıyla, tıp etiğine olan ilgi tekrar canlanmıştır (Sarı, 2007, s. 104). On sekizinci yüzyıla kadar tıp alanında yaşanan gelişmelerde, Foucault'nun (2002b) ifade ettiğine göre, hastaneler,[11] fakir ve kimsesizler için genel toplama yeri olmaktan çok öğretici bir kurum olarak doğmuştur ve o tarihlerde Avrupa'da, hastaneler ölümün beklendiği yer olarak düşünüldüğü için, pek fazla başvurulmak istenmeyen kurumlar olarak anılmıştır. O dönemde hastanın hastaneye yatırılarak yoksulluğunun ve düşkünlüğünün damgalandığı gerekçesiyle, tedavi için hastaneye yatması da istenmemiştir. Foucault'ya göre, hasta için en iyi tedavi yeri, hastalığın ve yaşamın doğal yeri olan ailesinin yanı, evindeki hasta yatağıdır. On yedinci ve on sekizinci yüzyılda modern Avrupa sınırlarının çizilmesinin başlamasıyla, tıbbın alanı "hasta yatağından" topluma doğru genişlemiştir (2002b, s. 34). Bu dönemde, toplumun geleceği, sanayileşmenin getirdiği değişimler, kırsallaşma ve serbest piyasa ekonomisi gibi konular, endişeleri oluştururken, çevre sağlığı gibi konular da önem kazanmıştır. Yaşanan toplumsal dönüşüm, hastalık ve tıbba olan yaklaşımın da değişmesine neden olmuştur.

Toplumların hastalığa ve tıbba ilişkin yaklaşımlarının değişimi sonucunda, Çabuklu (2004), on sekizinci yüzyılın sonunda rahiplerin bireylerin ruhsal sağlıklarıyla, doktorların da hastaların bedensel sağlıklarıyla ilgilendiğini söylemektedir. Zaman içinde, Avrupa'da, tedavi için kiliselerin yerini hastaneler almaya başlamıştır. Foucault'nun belirttiğine göre, on sekizinci yüzyılın sonuna kadar klinik, kuram ve eğitim ağırlıklıyken; on sekizinci yüzyılın sonunda tedaviye yönelmiştir. On dokuzuncu yüzyılda açılmaya başlayan hastaneler, doktorların aynı hastalığa sahip hastaları, aynı mekânda inceleyip, gözetledikleri yer anlamına gelmeye başlamıştır (2002b, s. 34). Çabuklu'ya göre bu sayede aynı mekânda, farklı bedenler, tıp için birer "nesne" haline getirilmiştir (2004, s. 106).

Hastanelere ilişkin gelişmelerin yanı sıra, on sekizinci yüzyılın sonunda, mikropların keşfedilmesiyle, dışı temiz tutmanın yeterli olmadığı ortaya çıkmış; bu bilgiler, bilim tarafından da onaylanmıştır. Banyonun bedeni mikroplardan temizlediği ve onu çürümekten kurtardığı anlaşılmıştır (Rabinow, 1984, s. 277).

On sekizinci yüzyılın sonlarına doğru yazılmış tıbbi tavsiyeleri içeren kitaplar, sokaktaki bireylere hastalıklardan, kişinin günlük hayatın-

11. "*Hospital* (hastane) terimi Latince bir sıfat olan "*hospitalis*"ten türemiştir ve "*hospices*" (misafir, konuk) kavramıyla ilintilidir. Erken dönem dinsel yapılar, hacılar için "*hospices*"lerdi (yani konuk etme yeri) ve zamanla modern anlamdaki hastaneler buradan ortaya çıkmıştır (Turner, 2000, s. 16).

daki alışkanlıklarını ayarlayarak, ölçülü yaşayarak, aşırıya kaçmaktan kaçınarak; yediklerine, aldığı uykuya, düzenli spor yapmasına dikkat ederek; belirli bir zaman temiz havaya ve soğuk banyoya maruz kalarak korunacağını açıklamıştır. Hastalıkların sebepleri onlara göre, doğal olmayan yeme alışkanlıkları, uyku düzeni, boşaltım ve tutku gibi öğelere dayandırılmıştır. İnsan sağlığının, bireyin doğru şekilde yaşamasına bağlı olduğuna inanılırken, hastalıkların kaçınılabilir kötülükler olduğu düşünülmüştür. Hastalığın hem kişiye hem de topluma zararı olduğu ve kişinin düzenli yaşayarak bundan kaçınabileceği düşünüldüğü için, hastalanan kişi, bunun başkalarını da tehlikeye attığı gerekçesiyle, toplum tarafından suçlanmıştır. Rabinow'a göre tıbbın amacı, kaybedilmiş sağlığı hastalıkla, semptomlarıyla uğraşarak, vücuttaki dengeli sıvı akışını sağlayarak yeniden kazanmak olmuştur (1984, s. 281).

Foucault'nun belirttiğine göre (2002b, s. 53), on sekizinci yüzyılın sonuna kadar, tıbbi uygulamalar, bedenin işleyişinin neden bozulduğu, nasıl düzeltilebileceği üzerine düzenlenmemiş, normallikten çok sağlık ile ilgilenmiş; on dokuzuncu yüzyıl tıbbı ise, sağlıktan daha çok normalliğe göre düzenlenmiştir. On dokuzuncu yüzyıla kadar standart konsepti gelişmiş ve tıp, yapılan muayene ve testlerle "hastanın sağlığı standarttan ne kadar sapmış? ve "nasıl normal olmaya döndürülebilir?" sorularıyla uğraşmaya başlamıştır. Hastalar, eskiden onların durumlarında neyin yanlış olduğu konusundaki açıklamaları beklemiş, bu sırada yargılandıkları genel sağlık durumu standardı hakkında bilgilendirilmemiştir. Hastanelerin ve kliniklerin açılmasıyla, birçok hastayı birden gözetim altında tutma, hastalıklarını sınıflandırma, nüfustaki belli hastalıkların detaylı tutanaklarını tutma olanağı ortaya çıkmıştır (Lupton, 1994a, s. 85). Klinik yöntemleri, hastalığın semptomları ve işaretlerinin gözlemleri temel alınarak yapılmaya başlanmıştır. Foucault'ya (2002b) göre, on dokuzuncu yüzyılda gelişen hastalığa ilişkin standart konsepti, on dokuzuncu yüzyılın son on yılında teşhis ve tedavinin temel ölçütü haline gelmiştir. Illich, bunun "standarttan sapan bir hastalığa ilişkin tıbbi girişimi meşrulaştırmaya yeteceğini" iddia eder (1995, s. 115).

Foucault, hastaların standartlar içinde değerlendirilmeleri düşüncesinin yanı sıra, birkaç yüzyıllık süreç boyunca hastanede gördükleri muayenenin gelişimini izlemiştir. On sekizinci yüzyılın sonuna doğru hekimlerin gittikçe dini personelin yerini alarak, hastane personelinin yerleşik üyesi olduğunu; hastanenin, tıbbi bilim disiplinlerinin ve yönetimlerinin kurumsal temsilcisi haline geldiğini not etmiştir. Hastanelerin, hasta için muayene ve tedavi yeri olmasının yanı sıra, bir gözetim sistemi merkezi olması on sekizinci yüzyılda yaşanan gelişmelere bağlı

olarak ortaya çıkmış; süreç içinde gözetleme devam ederken, bedenlerin kontrolü de bu sisteme eklenmiştir (2002b, s. 57).

Uzmanlaşmanın gelişmesiyle, on dokuzuncu yüzyılda, artık tedavi edilen hastalar değil, hastalıklar olmuş ve hastalıklar sınıflandırılmıştır. Aynı zamanda, anatomik düzensizlikler ve sapmalar sınıflandırılmış, hastane içinde ve hastaneler arasında uzmanlaşma gelişmiştir (Lupton, 1994a, s. 84). On dokuzuncu yüzyıl sonunda, toplumların sağlık sorunlarının giderilmesi, iyileştirilmesi amacıyla, bilgi toplamak, bedenlerin denetlenmesi için yeni bir gerekçe olarak ortaya çıkmıştır. Salgın hastalıklar biliminin (epidemiyoloji) ortaya çıkmasıyla, topluluklar karşısında, hastalığın seyrinin belgelenmesi ve devamlı kayıt tutulması, dikkatle incelenerek hükümet birimlerine rapor verilmesi gibi yoğun çalışmalara ağırlık verilmiştir. Hastalık, bireysel bedenden çok, sosyal bedende meydana gelmiş ve sapkın türlerin tüm halk sağlığı için, kontrol edilme ihtiyacı olduğu şeklinde tanımlanmıştır. Lupton'a göre, bireyler yirminci yüzyılın başında, dikkatle gözlenmesi gereken olası kurbanlar olmuş; yirminci yüzyılın yeni sosyal hastalığı tüberküloz, zührevi hastalıklar ve çocukluk problemleri, tıbbi dikkatin, yine tehlike altında olan normal bireylere çevrilmesine neden olmuştur (Armstrong, 1983, aktaran Lupton, 1994a, s. 31).

Turner, on dokuzuncu yüzyılın, –resmi tıp tarihinde bilimsel devrimin büyük zaferi olarak görülse bile– bireyci *allopatik*[12] tıp ile *sosyal* tıp arasındaki kılık değiştirmiş mücadelenin çağı olduğunu düşünmektedir. Bunların yanı sıra tıp alanındaki ilerlemeler, cerrahi için çok daha güvenli bir çevreyi mümkün kılmış, hastanelerdeki enfeksiyonların azaltılmasına yardımcı olmuştur. Tıp biliminde sağlanan gelişmeler, tıp mesleğinin en son teknoloji ile yürütülen ve bilgili kimselere ait olan bir meslek olmasını sağlayarak, modern bilincin bir ütopyası olan "sağlık rüyası"na da katkıda bulunmuştur (2000, s. 11).

Yirminci yüzyıldaki gelişmeler, on dokuzuncu yüzyıldaki gelişmelerin devamı niteliğindedir. Ancak bu dönem, sadece keşiflerin değil, yeni kavramların, özellikle de tıbbın sosyal boyutunun gündeme geldiği bir dönemdir. 1960 yılının başlarından itibaren iyilik, sağlıklı yaşam, yaşam tatmini ve yaşam kalitesi gibi kavramlar normal toplumlarda onaylanan kavramlar olmaya; şaşırtıcı bir dizi anket, görüşme programı ve ölçüm üreterek, sosyal ve tıbbi sözlüğe girmeye başlamıştır (Carr-Hill 1995; aktaran Bury, 1998, s. 10). 1960'lardan itibaren, sosyal tıpta yaygınlaşan "sağlıklı yaşam" anlayışı günümüzün en yaygın kullanılan

12. Geleneksel tıp. Standart ya da koruyucu tedavi (www.tipterimleri.com)

sağlık anlayışıdır. "Nasıl daha sağlıklı olunur?" bilgileri toplumun tüm tabakaları arasında gün geçtikçe yayılmaktadır.

Tıp alanındaki önemli gelişmelere rağmen, hastanın görüşü, tıbbi alandaki geçerliliğini yitirmiştir. Hastalık, onu taşıyan kişiden daha önemli bir hal almıştır. Hastaya sorulan sorular, hastalığın ortaya konulması için kullanılmış; hastanın hastalığına dair görüşleri dikkate alınmamıştır.

Lupton, 1960 ve 1970'lerde, hastanın tıbbi emirlere uymasının sorgulandığını, tıbbi tavsiyelere kesin uyumun artık söz konusu olmadığı kanısına varıldığını, hastalara artık sadece nesnelermiş gibi bakılmayacağını ve onlara tıbbi bakışla, kişilik atfedildiğini belirtmektedir. Bununla beraber aynı dönemde, sorunun özünün iletişim olduğu düşüncesi ile tıbbi uzman ile hasta arasındaki "etkili iletişim"in desteklendiğini, bu sayede hastanın doktora itaatinin geliştiğini ifade etmektedir (1994a, s. 86).

Hasta ve doktor arasındaki asimetrik iletişim biçimininin günümüzde halen devam ettiği söylenebilir. Günümüzde hasta, doktorun tarihsel olarak gelişmiş otoritesine uygun davranışlarda bulunmak; kendine sorulan sorulara cevap verip, kendisine verilen tedaviyi uygulamakla yükümlü haldedir. Hastanın, hastalığı ile ilgili soru sormasının, teşhis ve tedavi açısından önemli bulunmaması; hastaya bütüncül değil hasta organ olarak bakılması, zaman içinde doktor ve hasta arasındaki iletişimi daha da azaltmıştır. Bu iletişimsizliğin giderilmesinde, yirminci yüzyılın sonlarına doğru medya, önemli bir görev üstlenmiştir. Bu noktada, medya aracı olarak kullanılarak, tıbbi bilgi tek sahibi doktordan çıkıp, toplumun her kesimine yayılmaya başlamıştır.

Medyada sağlık konularına yer verilme sıklığının artması; doktorlara soru sormanın ve bu soruların cevaplanmasının yolunun açılması bireylerin medyayı, sağlıkları nedeniyle de takip etmelerinde etkili olmuştur. Elbette, sağlık-hastalık kavramındaki dönüşümün ve medyanın sağlık konusundaki artan rolünün tek nedeni doktor ve hasta arasındaki iletişimsizlik değildir. Sağlık ekonomik, politik ve ideolojik bir meseledir ve doktor-hasta arasındaki iletişimsizlikte sayılan öğelerin rolü doktordan çok daha büyüktür.

Günümüzdeki yaklaşım, yaşlanan nüfus, kronik hastalıklar ve sağlık konusundaki diğer gelişmelerin de etkisiyle; yaygın hastalıkların yaşam tarzı ve bireysel davranışlarla ilişkilendirilerek, bireye indirgenmesi biçimini almıştır. Aslında sadece bireysel bir sorun olmayan sağlık konusunun, bireysel bir sorun olarak gösterilmesinin, gündelik yaşamın hemen her alanının tıbbileştirilmesinin ve sağlık konusunda tıbbi

bilginin iktidarının doktorun elinden çoklu kanala geçmesinin ardında, sağlıkları üzerinde söz sahibi olmak isteyen bireylerin denetiminin ve dolayısıyla tıbbi sosyal kontrolün sağlanmaya çalışıldığı söylenmelidir.

B. Bedenin Denetimi ve Tıbbi Sosyal Kontrol

1. Bedenin Denetimi

a. Biyo-İktidar

Foucault bireylerin, geçmişte konulmuş kuralları ihlal ettikleri takdirde, hükümdarın öldürme hakkını kullanması ile cezalandırıldıklarını belirtir. Foucault'ya göre, cezalandırma biçimleri eski yöntemlere göre farklılaşmıştır. İktidar, etkisini artık yaşam üzerine ve bu yaşamın sürmesi üzerine kurmaktadır ([1976], 1993, s. 140). Bireyin bedeni üzerinde kurulan denetimi Foucault, *biyo-iktidar* kavramıyla açıklamaktadır. Foucault'ya göre, beden politik ve ideolojik kontrol, gözetleme ve düzenlemenin temel noktasıdır.

Foucault'ya (1993) göre yaşam üzerindeki bu iktidar, on yedinci yüzyıldan itibaren iki temel biçimde gelişmiştir. İki gelişim kutbu olarak ifade ettiği kutuplardan biri ve ilk oluşanı, bir makine olarak düşünülen bedeni merkez almaktadır. Bu bedenin denetimi, yeteneklerinin artırılması, uysallığının artması, yararlılığıyla itaatkârlığının buna koşut olarak gelişmesi, etkili ve ekonomik denetim sistemleriyle bütünleşmesi; kısaca bütün bunlar, insan bedeni *anatomo-politik* disiplinlerini belirleyen iktidar yöntemleriyle sağlanmıştır.

On sekizinci yüzyıl ortasında oluşan ikinci kutup, bedeni merkez almış; üreme, doğum, ölüm oranı, sağlık düzeyi, yaşam süresi ve bunları etkileyebilecek tüm koşullar önem kazanmıştır. Bunların sorumluluğunun yüklenilmesi, bir dizi müdahale ve düzenleyici denetim yoluyla gerçekleşir ki Foucault bunu, *nüfusun biyo-politiği* olarak adlandırır. Beden disiplinleri ve nüfus düzenlemeleri, yaşam üzerindeki iktidarın örgütlenmesinin çevresinde gerçekleştiği iki kutbu oluşturmaktadır (1993, s. 143).

Kısaca bu çift kutuplu yeni iktidar, yaşamın sürmesine odaklanır; bu, yaşamın süresinin uzamasına ve yaşama yatırım yapılmasına dayanır. İşlevsel ve üretken olduğu da ifade edilebilecek biyo-iktidar, fiziksel zor kullanmaya veya bir temsil düşüncesine dayanmamaktadır. Ölüm artık iktidar hakkının en son kullanılacağı yerdir.

Foucault biyo-iktidarın, kapitalizm için vazgeçilmez bir öğe oldu-

ğunu düşünür.[13] Çünkü kapitalizm bedenleri denetim altında tutarak, ekonomik süreçlere dahil etmektedir. Ayrıca iki kutbun da gelişmesi, büyümesi ve güçlenmesi; onların bağımlı kılınmasını da daha kolay hale getirebilir. İktidar kurumları olarak devlet aygıtlarının gelişmesi, üretim ilişkilerinin sürekliliğini sağlamıştır; ancak toplumsal düzeyde pek çok farklı kurum da (aile, okul, polis ya da yerel yönetimler) kullanılan iktidar tekniklerini kullanmaktadır. On sekizinci yüzyılda varlıklarından söz edilmeye başlanan *anatomo-politika* ve *biyo-iktidarın* temel özellikleri de ekonomik süreçlerde etkilerini göstermiştir (1993, s. 145; Turner, 1995, s. 262).

On sekizinci yüzyılda Avrupa'da tıbbi kliniklerin ortaya çıkması, kişisel tıbbi yardım için talebin artması ve işçi gücünün korunması ve muhafaza edilmesine yönelik kaygıları Foucault, bedenin denetimiyle eşzamanlı olarak görmektedir. O dönemde Foucault, sorun teşkil eden hastalıkların sadece bireysel sorun olarak kalmayıp toplum için ekonomik, politik problem oluşturduğu; bu yüzden hangilerinin, bir ölçüde, toplu kontrol önlemleri gerektirdiği konusunda yeni bir tartışmanın doğduğunu savunmuştur (Rabinow, 1984, s. 274). Turner, sosyologların, tıpla ve sosyal ilişkilerin tıbbileştirilmesiyle özellikle ilgilenmelerinin nedenini, Foucault'nun yaşamın tıp tarafından işgal edildiği düşüncesine bağlar ve bu nedenle biyo-iktidar kavramını önemli bulur (1995, s. 13).

Foucault (1993), ilerleyen dönemde Batılı bireylerin yaşayan bir dünyada canlı bir varlık olarak, var olma koşulları, yaşama olasılıkları, bireysel ve kamusal sağlık, dönüştürülebilecek güçler ve bu güçlerin içinde en uygun biçimde dağıtılabileceği bir düzleme sahip olmanın ne anlama geldiği üzerinde çalıştıklarını, biyolojik olarak bireyin ilk kez siyasal olanda yansıdığını belirtir.

Biyo-iktidarın gelişmesinin bir başka sonucu olarak norm konusundan da söz etmek yerinde olacaktır. Yasanın bazı yaptırımları, silahları olduğunu ve en uygun silahının ölüm olduğunu söyleyen Foucault'ya göre, kendisine karşı çıkanlara mutlaka bir tehditle karşılık veren iktidar artık, sürekli düzene sokucu ve düzeltici mekanizmalarla hareket etmek zorundadır. Bu iktidar değer ve fayda sağlamak, ölçme, değerlendirme yapmak, normlar çerçevesinde dağıtımlar yapmak durumundadır. Foucault, düzenleyici aygıtların varlığının artan öneminin yasaları ortadan

13. Foucault bireyin kuruluşuna değinerek, derinlikli bir bakış açısı sunar. Bu derinlik bireyi verili kabul etmek yerine, doğrudan bedenden hareket ederek, argümanını kurarak elde eder. Bireyselleştirme kavramının tartışıldığı yerde ise aynı argümanın, birey kavramını verili kabul ederek yapıldığı söylenebilir.

kaldırmadığını da ekleyerek, normlara dayalı normalleştirici toplumun yaşamı merkez alan iktidar teknolojisinin tarihsel sonucu olduğunu belirtir (1993, s. 149).

b. Sağlık ve Bedenin Denetimi

Günümüzde beden, bulaşıcı hastalıklardan korunma yolu olarak değil, ticari bir meta olarak denetlenmektedir. Foucault'nun biyo-iktidar olarak ifade ettiği gibi artık beden düzenli olarak bakılması, kontrol edilmesi ve verimli olması gereken bir iktidar alanıdır. Featherstone, beden bakımının düzenli kontrolü ve verimliliği için bedene yöneltilen dikkati, düzenli aralıklarla yaptırılan araba bakımına benzetirken (1991, s. 182); sağlıklı olmanın Bauman'a göre bir üst sınırı yoktur. Sağlığa ilişkin profesyonel yardım ihtiyacının sınırsız olduğunu ve karşılanması durumunda da bu ihtiyacın daha da artacağını söyler (Bauman, 1998, s. 228).

Düzenli olarak kontrollerle yaşamın devamlılığının sağlanması gerekliliğinin yanı sıra, günümüzde, geçmişin dünyevi zevklerinden kendini soyutlama, dolayısıyla bedenin içinin kontrolü anlayışı terk edilip; bedenin dışının kontrol edilmesi anlayışı hâkim hale gelmiştir. Bedenin kontrol yolu, tıbbileştirilmiş gündelik yaşam pratikleri ve bireyselleştirilmiş sağlık anlayışıyla, formda, zayıf ve genç bedenlere sahip olmaktan geçmektedir.

Fiske'e göre, giyim, kozmetik, diyet ve egzersiz; kuralları cisimleştirmenin, bedeni metinleştirmenin aracıdır. Sağlığın anlamlarının bedensel değil toplumsal, güzelliğin anlamlarının estetik değil siyasal olduğunu ifade eden Fiske, sağlığın ve güzelliğin aynı ölçüde sosyopolitik ve bundan dolayı da toplumsal iktidarı uygulamaya yönelik söylemler olduğunu belirtir (1999, s. 115).

Fiske'in sağlık ve güzellikle ilgili saptamasının yanı sıra, sağlığın hayatta kalmaya bağlı biyolojik buyruktan daha çok, statüye bağlı toplumsal bir buyruk haline geldiğini düşünen Baudrillard, sağlığa ilişkin yüklenen değerin bedenin güzelliği ve formuna bağlı olduğunu belirtir (2004, s. 178). Featherstone'un da belirttiği gibi, bu dışavurumsal hayat tarzının inşa edilmesi nedeniyle, yaşam tarzı önerileri de buna bağlı olarak sürekli artmaktadır (2005, s. 187). "Yaşayacak tek bir hayatı" ve "kaybedilmemesi gereken değerli sağlığı" olan bireyin, bu durumda kendisine sunulan önerileri gerçekleştirmeye çalışması; kendine bu anlamda bir kimlik oluşturması çabası kaçınılmaz hale gelmektedir.

Dolayısıyla bireyler, kendilerine sunulan sağlıklı yaşam önerileriy-

le, sorumlulukları altındaki sağlıklarını koruyabileceklerine ve sürekli hatırlatmalarla, arzuladıklarını zannettikleri görünüme ulaşabileceklerine ikna olmuştur. Bu ikna oluş, kendilerine sunulan "ideal beden" bilgilerinden geçmektedir ki o da, genç, formda ve sağlıklıdır. "İdeal beden" konusunda ikna olmuş bireyler için, ideal olmayan –kadın ya da erkek– her bedenin, "kötü", "kontrolsüz" ve "utanç duyulması gereken" beden olarak kabul edildiği söylenebilir.

Foucault'nun (1993) kapitalizmin vazgeçilmez öğelerinden biri olarak ifade ettiği biyo-iktidar yaşamın sürmesini, bu sayede bireylerin üretici ve dolayısıyla tüketici olmalarını sağlaması nedeniyle, sağlık ve sağlıklı yaşam, bireyin tüketim yapması gereken önemli bir konu haline gelmiştir. "İdeal beden"e ulaşmak için, bireyin kendine sunulan ürün ya da hizmetlerden yararlanması yeterli olarak gösterilmektedir. Temel mesaj, Lupton'un da ifade ettiği gibi, doğru ürünlerin kullanılması durumunda bedenin iyi ve sağlıklı olacağı; aynı zamanda cinsel yönden de çekici olacağıdır (1994a, s. 37). Böylece ürün ve hizmetlerle daha iyi bir kimlik oluşturulabileceği bir vaat olarak sunulmakta; bireyin içi ile ilgili tüm bilgi ve değerler dışarıda bırakılmaktadır. Gerçekte "ideal beden", aslında hiç ulaşılamayacak bir vaatten öteye gitmemektedir. Vaatler takip edildikçe, yeni vaatlerin eskilerinin yerini almakta ve "ideal" olanın hep uzaklaşmakta olduğu görülebilir.

"Sağlıklı yaşam endüstrisi" arzulanan bedenlere ulaşmayı kolaylaştıracak ürün ve hizmetlerin her gün bir yenisini "sağlıklı yaşam tarzı" önerileri olarak bireylere sunmaktadır. Featherstone'a göre bireylerin sağlıklı olabilmelerinin yolu kendilerine sunulan tecrübe, bilgi veya pratiklerden oluşan, yaşam tarzı önerilerinden geçmektedir (2005, s. 146). Bununla beraber, görünüş ve bedensel özellikler de sağlıklı olmanın tanımlanmasında vazgeçilmez bir önem taşımaktadır.

Bireysel çabalar sağlıklı bir bedene ve sağlıklı bedene ait görünüme ulaşmanın en önemli yolu olarak gösterilmektedir. Ancak, bazı bireyler kendilerini denetleyemedikleri gerekçesiyle, spor veya güzellik merkezleri, hatta estetik operasyonlar aracılığıyla bedenlerinin kontrol altına alınmasını, önemli bir fırsat ve kolaylaştırıcı yol olarak görmektedir. Ulaşılmak istenen sağlıklı bir beden olsa bile, bu sağlıklı olma çabalarının ardında, bireylerin kendilerine sunulan "ideal beden"e ulaşarak veya yaklaşarak beğeni toplamak, itibar kazanmak istekleri de yatmaktadır.

Burada beğeni konusunda, Bourdieu'nun *habitus* ve *sembolik sermaye* kavramlarına başvurmak yerinde olacaktır. Habitus (bireylerin gündelik yaşamlarında ne yaptıkları), bireylerin sosyal konumları

bağlamında oluşmuştur. Bourdieu için, habitusun gücü bilinçlice öğrenilmiş kurallar ve disiplinlerden değil; büyük ölçüde uygulamanın ve alışkanlıkların kendiliğinden oluşan biçiminden ortaya çıkmaktadır (Bourdieu 1984, s. 101, 218; Williams, 1995, s. 585). Ancak günümüz bedeninin denetim mekanizması uygulama ve alışkanlıkların doğal sürecinden değil; bilinçli olarak yönetimden geçmektedir. Ama bu bireylerin alışkanlıklar ve uygulamaların gücünden soyutlanmış olduğunu göstermemektedir. Bilinçli beden denetimi pratiği içine giren birey bu pratiğin doğallaşması sonunda yine belli bir habitus içine girmektedir.

Bourdieu habitusla, sembolik sermaye olan bedene de dikkat çeker. Beden şekli, kilosu, duruşu, yürüyüşü, yeme içme tarzı, jestleri, mimikleri, ses tonu, bedenine gösterdiği itibar ile bireyin bedeniyle ilgili hislerini (huzur, güven vb) de ortaya koymaktadır. Featherstone, bedene ait tüm sıralananları, bedenin sınıfsal beğeninin maddeleşmesi, sınıfsal beğeninin bedene bürünmüş hali olarak ifade eder (Featherstone, 2005, s. 151).

Beden "beğeninin" bir parçası olunca, sağlık ve sağlığa ilişkin sunulanlar da sağlığın korunması düşüncesinin yanı sıra beğeni oluşturmak için tüketilir hale gelir. Ekonomik sermayeye sahip olmayan bireyler, görüntülerine müdahale ederek; bedenlerini sunulan şekilde denetim altına alarak sembolik sermayelerini yükseltmek olanağı sağlayabilir. Bu olanağı sağlamanın yolları beslenme önerileri, egzersiz, kozmetik ve estetik önerileriyle verilmektedir. Elde edilecek bu sermaye ise, bireylerin toplum içindeki itibarını yükseltebileceği gibi, kültürel sermayelerinin yetersiz kalması nedeniyle kaçırdıkları işler yerine; sembolik sermayeleri sayesinde bireylere yeni iş olanakları da sağlayabilecektir. Bu durum ekonomik sermayesi yüksek olan bireyler için diğerlerinden farklı özellik gösterir. Beden, sağlık için sunulan önerilerin denenebildiği, aynı zamanda ekonomik sermayelerinin gücünü gösterebildikleri bir alan olarak da kullanılabilir.

Özetle, günümüz toplumunda beden sembolik değer ve öz kimlikle yakından ilişkilidir. Burada, bedenin sağlığının korunmasına ilişkin duyulan kaygılar, dış görünümün sosyal yaşamdaki yeri ile ilgili kaygılarla birleşmektedir (Williams, 1995, s. 591). Bu nedenle de beden ve sağlığın korunmasına yönelik sunulan ürün ve hizmetler büyük ilgi görmektedir. Günümüzde beden sağlıkla ilişkili olarak da metalaşmış, tüketici bir beden haline gelmiştir.

Sağlıklı bedene sahip olmak ve korumak biyo-iktidarın bir parçası olarak, tüketici haline getirilen bireye verildiğinden; bunu ahlâki bir sorumlulukla gerçekleştirmesi de bireyden beklenmektedir. Örneğin bu

sorumluluğu yerine getirme yollarından biri olan egzersizin, sağlıklı olmak, hareketsiz yaşamdan kaynaklanabilecek hastalıklara yakalanmamak amacıyla değil; bedenin dış görüntüsünü korumak ve güçlendirmek için yapılmakta olduğu söylenebilir. Burada eklenmesi gereken önemli bir konu da, sürekli yenileri eklenen sağlıklı yaşam önerileriyle, sağlıklı ve güçlü bir bedene sahip olmanın yolunun, sadece güçlü bir iradeye sahip olmaya bağlı olmadığı, güçlü bir ekonomik güce de gereksinim duyduğudur.

Ekonomik güce gereksinimin yanı sıra, sağlıklı yaşam önerilerini düzenli takip de gerekli hale gelmiştir. Günümüzde bireyselleşme ve ticarileşme ile çoğu alanda olduğu gibi sağlığa ilişkin kalıcı öğelerin de azaldığı görülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiler, yöntemler, ürün ve hizmetler sürekli değişmektedir. Bu değişimde tıbbi araştırmalardan çok, sağlıklı yaşam önerilerinin ve bu önerilere ilişkin sunulan ürün ve hizmetlerin ağırlığı fazladır. Geleceğe dair planlar ve hedefler yerine "bugün"e odaklanılmış sağlık anlayışı da yaygınlaşmıştır. Bedenin güçlü ve sağlıklı olması ile ilgili düşünce, birkaç günlük plandan ibarettir ve sunulan sağlık bilgileri geçerliğini hızla yitirecektir. Hemen her şeyin hızlı tüketim nesnesi olması, yenisinin eskisiyle yer değiştirecek olması "yeni başlangıçlar"a yapılan vurguyu artırmaktadır. Böylece birey "bugün", "hemen şimdi" bedeni ile ilgili yeni bir başlangıç yapabilir; onu kontrol altına alabilir, "sağlıklı" ve "formda" bir hale getirebilir.

Her şeyin hızla üretilmesi ve tüketilmesi nedeniyle bireylerin bedenlerini denetim altında tutma süreleri de azalmaktadır. Çağın bireyi, sabırlı olmadığı, uzun vadeli hedeflerle hareket etmediğinden; bireylere sunulan sağlıklı yaşam önerileri de hızlı sonuç almaya yöneliktir. Bireyin sağlıklı görünmeyi veya formda olmayı beklemeye tahammülü yoktur. Kısa süreli bir denetim kolay olduğu, yükü az olduğu için, sonucunda oluşabilecek hayal kırıklığı da daha az olabilir. Örneğin 7 günlük diyet/egzersiz bile çoğu bireye uzun gelmekte; 3 günlük diyet/egzersizler[14] daha çabuk sonuç alınabilecek olması gerekçesiyle önerilmektedir.

14. Bireylerin kısa sürede sonuç beklentilerine yönelik medyada çok sayıda öneriye rastlanabilir. Hem kısa sürede incelmek vaadi hem de teknolojinin kozmetik müdahalelerde kullanım biçimini özetlemesi açısından çarpıcı bulunan reklam metni şu şekildedir:
"36 38 40 42

4 günde 1 bedene kadar incelmek elinizde!

1 beden incelmek için kilometrelerce yürümek, yüzlerce mekik çekmek ve günlerce terlemek gerekir. Ya da bazıları için Hypoxi Maraton Programı bunu sadece 4 günde yapar. Siz de ileri teknoloji harikası Hypoxi ile, özel bir beslenme programı eşliğinde, üstelik kendinizi zorlamadan birkaç günde form tuttuğunuza şahit olun." (*Form Sante*, Nisan 2010).

Reklam, bu teknolojinin uygulandığı "wellness spa"nın adresini de vermektedir.

Ayrıca birçok internet sitesinde "3 günlük şok diyet", "3 günde 3 kilo" diyetleri de yer almaktadır (örneğin diyetvakti.net, diyetlezayiflamak.blogspot, diyetisyen.info, diyetform.com gibi).

Daha kısa süreli çabalara, hem dayanması, mücadele etmesi kolaydır hem de çabanın sonunda oluşabilecek üzüntü az olacaktır.

Sağlıklı yaşam önerileriyle beden denetim altına alınırken; özellikle kadın bedeninin bu denetimin önemli nesnesi haline getirildiği görülmektedir. Kadın, toplumsal rolü nedeniyle sadece kendi bedenini değil; ailesinin bedenini de denetim altında tutmaya çalışmaktadır. Bu nedenle, hem kadının güzel, formda, çekici olma düşünceleri hem de çocukları ve ailesinin sağlıklarını koruma içgüdüsü ideolojik olarak harekete geçirilmiş olmaktadır.

Dolayısıyla, medyadaki sağlıklı yaşam önerilerinin daha çok kadınlara yöneltildiği söylenebilir. Kadın bedenine ait görüntüler, hem sağlığa ilişkin bilgilerde hem de kozmetik ve estetik girişimlerle bağlantılı olarak verilmektedir. Bu durumda kadın bedeninin sağlık için de bir meta olarak sunulup, pazarlandığı görülebilir. Erkek bedeni ise, gücün temsili olarak, medyada kaslı görüntüleriyle yer almakta; hastalık ile ilgili bir cinsiyet ayrımı çoğunlukla olmamasına rağmen, nadiren sağlıkla ilişkilendirilmektedir.

Bahsedilenlerin yanı sıra, Foucault'nun biyo-iktidar kavramının günümüzde yaşlılık ve yaşlanma konusundaki etkilerinden de bahsetmek yerinde olacaktır. Bilindiği üzere, Batı toplumlarında tüketim kültürünün yükselişi ile yaşlanıyor olmak veya yaşlılık olumsuz olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Yaşlı birey hasta, işe yaramaz olarak görülürken; yaşlanma belirtileri olan kırışıklık, ciltte sarkma veya diğer belirtiler nefret edilmesi, dışlanması gereken durumlar olarak gösterilmektedir. İşte bu durumda, eğer yaşlı birey toplumdan dışlanmak istemiyorsa, kendine sunulan yaşlı bedenini denetleme yollarından bazılarını uygulayarak hayata dahil olabilmektedir. Günümüzde egzersiz, yaşlanmaya bağlı gelişen hastalıkların tedavisinde destek olmak amacıyla değil; cilt ile ilgili yapılan bakımlar beden temizliği veya bakımı için değil; yaşlanmanın belirtilerini gizlediği için tercih edilmektedir. Medyada söylenildiğinin aksine, bu kozmetik önerilerin ve egzersizlerin yaşlanmanın belirtlilerini yok etmesi ise söz konusu değildir.

Beden, dikkatlerin üstünde olduğu bir nesne haline getirildiği için güçlendirilmesi ve performansının artırılmasının aynı zamanda ölümü geciktirebileceğine dair görüşü de gizlice beraberinde getirdiği söylenebilir. Bedenin denetimi yoluyla elde edilecek genç ve diri bedenler, ölümsüzlük için prova ya da ölüme meydan okuma gibi düşünülebilir. Sonuç olarak, sağlıklı olmak, sağlıklı yaşlanmak ya da yaşlılığın iyi geçirilmeye çalışılması önerilerinin ilk anlamı, gerçekten de ifade edilen sağlıklı yaşlanmak anlamında olabilir. Ancak, bu çabaların ardında

nüfusun biyo-politiği ve ticari kaygılardan öte, bireylerin ölümsüzlük arzularının yattığı da söylenebilir.

Bauman geçmişten bugüne, bütün zaman ve mekânlarda çok sayıda bireyin kendi yaşamlarının daha uzun olmasını istemelerine ve ölümü ertelemek için ellerinden geleni yapmalarına rağmen, ölümü ertelemek tutkusunun yaşam stratejilerinin belirlenmesinde günümüzdeki kadar önemli bir rol oynamadığını ifade eder (2001, s. 300).

Ölümsüzlük arzusu gerçekleşebilir bir durum olmasa da harekete geçme, mücadele etme, sağlığını koruma çabaları ile bedenini denetlemeye çalışan bireyin "hayatta kalma" arzusunun bedenine güç verdiği, onun ruhsal ve fiziksel savunma mekanizmalarını koruduğu söylenebilir. Kısaca "hayatta kalma" güdüsü, bedenin denetimini kolaylaştırır.

Tüm bu değinilen konulara ek olarak sağlıklı olma, yaşlanmama veya hayatta kalma arzusu başka bir deyişle "sağlık çılgınlığı"nın temel nedeninin bireylerin bu konudaki ilgi ve arzuları değil; panoptik iktidar anlayışında gizli olduğu söylenebilir. Sağlık ekonomik, politik ve ideolojik bir meseledir ki ilgili aktörler tarafından denetim altında tutulmaktadır. Foucault'ya (1993) göre, "doğru" ve "bilgi" kavramları iktidarın ve üstünlük kurmanın vazgeçilmez öğeleridir. Bireyler de doğru olduğu iddia edilen sağlık bilgileri ile denetlenmekte; hayatta kalma içgüdüsü ile sağlıklarını korumaya çalışmakta ve kendilerinden beklenildiği şekilde bilgi, ürün ve hizmetleri tüketmektedirler. Böylece bireyler, sağlıklı olabilmek için farkında olmadıkları kontrolün içinde yer alırlar.

2. Tıbbi Sosyal Kontrol

Bedenlerin denetimi açısından önemli bir role sahip sosyal kontrolden bahsetmek yerinde olacaktır. Günümüzde sosyal kontrolün, yaşamın hem mikro hem makro düzeylerinde yaygınlaştığı söylenebilir. Geçmişin şiddet, yaptırım, kısıtlama gibi doğrudan baskı kullanımı uygulamaları yerini, dolaylı bir yol olan bilginin kullanımına bırakmıştır.

Sosyal kontrolün, mikro ve makro düzeyde yayılmasının yanı sıra, görünmez ve dolaylı olduğu söylenmelidir. Sosyal kontrol, yaşamın hem özel hem de kamusal alanlarında, artan görünmezliğiyle nitelendirilebilir (Foucault, 1992, 274; Freund, 1982, s. 21; Conrad, 1992, s. 218). Bireylerin yaşam alanları –zamanların yönetimi, bilginin kullanımı ve benliklerin yeniden üretimi yoluyla– belli belirsiz şekilde biçimlenmektedir. Bu disiplinin kullandığı gündelik, küçük teknikler, icat ettiği önemsiz hileler ve bu yöntemlere daha saygın ve güçlü görünüm veren bilim aracılığıyla; eşitlikçi ve simetrik olmayan mikro güç sistemleriyle gerçekleşir.

Bu sürecin –zaman zaman modern yaşamın şartları, belirsizlikleri gibi görünse de– bedenin hareketlerini, isteklerini belirleyen; düşünme, biliş ve algılama biçimlerini etkileyen; görünmez ve dolaylı yoldan, sosyal kontrolü sağladığı ifade edilebilir. Kişisel olarak özümsenmiş kontrol, bilgiye duyulan güven ve diğer dolaylı biçimleri, onun görünmezliğini oluşturur.

Kontrolün sürekliliği, günümüzdeki tabiriyle, bedenlerin kendini bırakamaması ya da gevşeyememesine neden olmaktadır. Gevşemek ve bırakabilmek için, yine denetim mekanizmalarının önerilerine ihtiyaç duyulur. Birey, devamlı kontrol altında olmasından ötürü; özdenetimden ve üretimden yoksun; görünmez ve dolaylı yoldan gerçekleşen kontrolün parçası haline gelir.

Sosyal kontrol gibi, tıbbi sosyal kontrol de benzer özellik ve uygulama yollarıyla gerçekleşmektedir. Tıbbi sosyal kontrol ile ilgili farklı tanımlamalar yapılmış olsa bile; Conrad'ın da (1992) belirttiği gibi, tıbbi sosyal kontrol tıbbileştirme açısından, önemli bir sosyal kontrol gücüdür. Tıbbileştirme olduğu veya gerçekleştiği sürece, tıbbi sosyal kontrolün de olacağı; aksi takdirde, tıbbi sosyal kontrolü sağlamanın güçleştiği söylenebilir. Tıbbileştirme bu noktada, tıbbi sosyal kontrolün önüne geçmektedir.

Conrad'ın (1979), *tıbbi ideoloji (medical ideology), tıbbi işbirliği (medical collaboration) ve tıbbi teknoloji (medical technology)* olarak üç ana başlıkta[15] ele aldığı tıbbi sosyal kontrole (1992, s. 216), Foucault'nun panoptisizm görüşünü eklemek mümkündür.

Foucault, 1975 yılında yazmış olduğu, *Hapishanenin Doğuşu (Surveiller et Punir, Naissance de la Prison)* adlı kitabında, panoptisizme yer vererek; "disiplinli ve uysal bedenin" gelişimini, bu eserinde inceler. Panotisizmi, mimar Jeremy Bentham'ın, panoptikon[16] hapishane projesinden hareket ederek açıklar.

Foucault'ya göre, gücün disiplin biçimi, diğer her şeyin yerini aldığı için değil; diğerlerinin arasına gizlice sızdığı, bazen onlara zarar verdiği için; ama aralarında bir arabulucu gibi çalışıp; onları birbirine bağlayıp,

15. *Tıbbi ideoloji*, sosyal ve ideolojik faydalar nedeniyle oluşmuş, tıbbi bir model anlamına gelir. *Tıbbi işbirliğinde*, kurumsal kapsam içinde doktorlara, bilgi sağlayıcıları, eşik bekçileri ve teknisyenler yardımcı olur. *Tıbbi teknoloji* ise, özellikle ilaçlar, ameliyatlar veya diğer incelemelerde tıbbi teknolojik imkânların sosyal kontrol için kullanımı anlamına gelir.

16. Panoptikon, İngiliz mimar Jeremy Bentham'ın 1785 yılında tasarlamış olduğu, hapishane inşa modelidir. Tasarımın konsepti, gözetlemeye izin verir. Bütünü (*pan*) gözlemlemek (*opticon*) anlamına gelir. Hapishanede, tek odalı hücrelerde kalan mahkûmun izlenmesi esasına dayalıdır. Mahkûmun, nöbetçilerce gözlemlenen, her yanlış davranışının ceza getireceğini bilmesi; ne zaman gözetlendiğini bilmese de denetlendiğinden haberdar olması ve böylece yanlış hareket yapmaktan kaçınması sağlanmak istenmiştir (Foucault, 1992, s. 251).

büyütüp ve en önemlisi de gücün etkilerini en önemsiz ve uzak unsurlara kadar getirmeyi mümkün kıldığı için, panoptisizm disiplinli bir toplumu genişletir (1992, s. 269-271).

Bununla beraber panoptikon, iktidarı otomatikleştirmekte; sürekli olduğunun bilincinde olunmasını sağlamakta ve bireysellikten çıkarmaktadır. Burada iktidarı kimin gerçekleştirdiğinin önemi yoktur. Foucault'ya göre, gerçek bir tabi olma durumu, hayali bir ilişkiden, mekanik olarak doğmaktadır. Bu yolla, mahkûmu iyi davranmaya, deliyi sakin olmaya, işçiyi çalışmaya, hastayı tedaviye uymaya zorlamak için güç kullanmaya gerek kalmamaktadır. Böylece, toplumları yeniden biçimlendirmek, sağlığı korumak, eğitimi yaygınlaştırmak, endüstriyi güçlendirmek, kamusal yükleri hafifletmek mümkündür (1992, s. 260).

Conrad'ın (1979) sınıflandırdığı tıbbi sosyal kontrol kategorileri, Foucault'nun disiplinli toplumun oluşumunu meydana getirdiğini ifade ettiği; tarihsel, ekonomik, hukuki-siyasal ve bilimsel süreçlerle bağlantılıdır (1992, s. 274):

Foucault'ya göre, birinci olarak, disiplinler toplumların düzenlenmesini sağlayan tekniklerdir. Disiplinler genellikle, üç kriteri karşılayan çeşitlilikle ilgili bir güç taktiğini tanımlamaya çalışmaktadır: İlki, gücün kullanımını, asgari bedelle elde etmek ve göreceli görünmezlik; ikincisi, bu sosyal gücün etkilerini azami yoğunluğa getirmek ve olabildiğince geniş alana eksiksiz ve aralıksız yaymak; üçüncüsü, gücün "ekonomik" büyümesini aygıtların (eğitsel, askeri, endüstriyel veya tıbbi) verimiyle bağdaştırmak ve çoğunluğun menfaatine ters düşebilecek her şeyi azaltmak. Dolayısıyla, bedenlerden azami zaman ve gücü almayı; belli zaman dilimlerine ayrılmış programlar, toplu eğitim, egzersiz, bütün ve detaylı gözetim olarak bilinen kapsamlı uygulamaların kullanımını destekler.

İkinci olarak, gücün panoptik tarzı –konumlandırıldığı temel, teknik ve fiziksel düzeyde– toplumun önemli hukuki-siyasal yapılarına doğrudan doğruya bağlı ya da bu yapıların doğrudan bir uzantısı değildir. Bununla beraber, tamamen de bağımsız değildir. Foucault'ya göre disiplin, bireyler arasında sözleşmeye dayalı zorunluluktan farklı bir zorlama ilişkisi kuran, "özel" bir bağ yaratır.

Üçüncü olarak, Foucault'ya göre, teker teker ele alındıklarında, panoptikon usullerinin çoğunun arkasında tarihsel bir süreç vardır. Bu usuller birleşerek ve genelleşerek bilginin oluşmasında etkili olmuş ve iktidarın artmasını düzenli olarak güçlendirdikleri noktaya ulaşmıştır. İktidar alanları artırılırken, egemenliğin dikkat çeken belirtilerini yaymak yerine, bireyler hakkında bilgi birikimi oluşturmak tercih edilir.

Özetle disiplinler, çeşitliliğin faydalı boyutunu, onları işe yarar hale getirmek için kontrol eden küçük teknik buluşların bütünüdür.

Foucault'nun görüşünden hareketle; günümüzde çoğunlukla Batı toplumlarının, tıbbi sosyal kontrol altına alınmalarındaki yaygın genişlemenin; tıbbileştirmenin görünmez ve dolaylı yoldan gerçekleştirilebilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Üstelik bu kontrol, gündelik yaşamın tüm alanlarına kolaylıkla sızmakta, bu alanlar ve tıp arasındaki bağı sağlayarak genişlemektedir. Alanlar arası iç içe geçiş ise; ilaç, tıbbi teknoloji, kozmetik ve diğer farklı endüstri ve sektörleri beslemekte ve güçlendirmektedir.

Ayrıca, tıbbileştirilen gündelik yaşamın, kimin tarafından tıbbileştirildiği de belirsizdir. İktidar bireysellikten çıkarılırken, kontrol bireylerin kendi bedenlerine doğru yönlendirilerek; iktidarın bireylerin ellerinde olduğu izlenimi de yaratılmaktadır.

Gündelik yaşam tıbbileştirildiğinden ve tıbbileştirilen alanın yükü veya sorumluluğu bireye verildiğinden; sağlıklı doğru davranışları yapmaya çalışan birey; bunun bir denetim mekanizması olduğunun farkında değildir. Birey, kendi sağlığı ve bedeni için bilgiler verildiğini; bu bilgilerin de kendinde olmadığını düşünür. Bilgiyi elinde bulunduran tıp ve diğer kurumların, kendisini bilgilendirerek daha iyi yaşamasını sağlamaya çalıştığına ikna olur.

Bir diğer tıbbi sosyal kontrol şeklinin, tıbbi gözlem olduğu söylenebilir. Tıbbileştirilen yaşam nedeniyle, bireyler herhangi bir hastalık açısından risk altında olabileceği gerekçesiyle, gözetim altında tutulmaktadır. Hipertansiyon, prostat değerleri (PSA), kolesterol düzeyleri ve benzerleri ile bireylerin sahip oldukları risk faktörleri izlenmektedir. Hastalıkların erken teşhisi açısından önemli olarak ifade edilebilecek, benzer tetkik ve teşhis yöntemleri elbette yararlıdır; ancak, bir tıbbi sosyal kontrol mekanizmasının parçası oldukları da unutulmamalıdır. Tıbbileştirilen alanların genişlemesi ve bireylerin tıbbi gözetim altında tutulmalarıyla; nüfusun daha büyük kesiminin potansiyel hasta olarak görülmesi, bu koşullar altında normalleşmektedir.

Disipline etme gücüyle, takip işlemleri, sağlık risk tahminleri, testler ve bireylerin kendilerinden beklenen hareketlerin yapılmadığı koşullarda olabilecekler hakkında korku, endişe veya suçluluk duygusu harekete geçirilmektedir. Bireyler, kendilerine aktarılanların, kendi bedenlerinin disipline edilmesi amacını bilmediklerinden; sağlığın bir hak ve önemli bir çıkar olduğu düşüncesinden hareket ederek, sağlıklarını korumayı amaç edinmiştir. Bu noktada, tıbbi sosyal kontroldeki dolaylılığa ilişkin vurgu tekrar yapılabilir.

Tıbbi sosyal kontrolün görünmezlik ve dolaylılığının yanı sıra; bireylerin tıbbi sosyal kontrolü hayatta kalma, yaşamı sürdürme güdüsü ile benimsedikleri söylenebilir. Bireyler, hem bedensel hem sosyal hem de ekonomik olarak sahip oldukları gücü yaşamlarını düzenlemek ve sürdürmek için kullanırlar. Sahip olunan güç, bireyin yüksek kalitede, ulaşması kolay, tıbbi bakım almasına olanak sağlar. Birey, fiziksel ve ruhsal olarak güçlü olduğu, olmaya çalıştığı sürece; hayatta kalmak için pes etmeyecek, pes etmemenin yollarını arayacaktır.

Tıbbi sosyal kontrolün bu noktada, bireyin hayatta kalma güdüsünü pekiştirerek gerçekleştirildiği; bu nedenle de diğer kontrol mekanizmalarından daha güçlü olduğu; yaptırım için fazla çabaya gerek olmadığı; tıbbi otorite ve bilginin bu konudaki en güçlü aracı olduğu söylenebilir.

C. Gündelik Yaşamın Tıbbileştirilmesi ve Sağlık Sorunsalının Bireyselleştirilmesi

1. Gündelik Yaşamın Tıbbileştirilmesi

Bireyden bireye farklılık gösteren gündelik yaşam pratikleri, bireylerin kendi yaşam gerçeklerine uygun olduğunu düşündükleri strateji ve taktiklerle sürmektedir. Sağlık konusunun bu pratikler içinde önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Her bir birey için önemli olan sağlık konusu, çok daha değerli bir metaya dönüştürülmekte ve bireye yeniden sunulmaktadır. Bu sunumun payı her geçen gün "sağlıklı yaşam endüstrisi"nin de etkisiyle artmaktadır. Sağlık konusu ile birlikte sağlıkla ilişkili olan ve olmayan konular, sağlıkla ilişkilendirilerek tıbbi bir nitelik kazanmaktadır. Sağlığın ciddiye alınan bir konu olması, kıymetli ve vazgeçilmez bulunması ve bireylerin harcama yapmaktan kaçınmadıkları bir alan olması nedeniyle, sağlık ve sağlığa ilişkin konular tıbbileştirilmektedir.

Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesinde, öncelikle tıbbileştirme kavramı ele alınmış, ardından tıbbileştirmenin gündelik yaşamların içine dahil edilmesindeki arka plan ele alınarak sınıflandırılmıştır.

Tıbbileştirmenin cinsiyete bağlı olarak daha fazla kadın sağlığı konusunda gerçekleşmesi ve erkek sağlığına ilişkin konuların da giderek tıbbileştirilmesi nedeniyle, tıbbileştirme ve cinsiyet arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Ayrıca, tıbbileştirme yaşamın tüm alanlarına doğru genişlerken; genişlemeyi destekleyecek bazı yollar da devreye girmektedir. Bireylerin genetik, cinsiyete veya yaşa bağlı özelliklerinin göz ardı edilerek, tüm

özellikleri ile bir sınıflandırmanın içinde değerlendirilmesi standartlaştırma ve/veya normalleştirme olarak da ifade edilebilecek kavramlar ele alınmıştır.

Tıbbileştirme sadece doğrudan sağlık konularında değil, sağlıkla ilişkilendirerek de gerçekleşmektedir. Kozmetiğin tıbbileştirilmesi, tıbbın kozmetikleştirilmesi sağlıkla ilişkilendirilmiş konulardan biridir. Bedenlerin denetimini de içeren kozmetik konusu tıbbileştirilerek, sağlık gibi önemli hale getirilmektedir. Böylece birbirinin içine geçen alanlar bulanıklaştırılmaktadır.

Ayrıca, tıbbileştirilen konuların tıbbileştirmeden çıkarılması olarak da ifade edilebilecek tıbbileştirmeme kavramı üzerinde durulmuştur. Son olarak da tıbbileştirmenin sonuçları üzerinde durularak, gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi açısından önem taşıyan tıbbi sosyal kontrol ve bedenin denetimi başlıklarına yer verilmiştir.

a. Tıbbileştirme

Tıbbileştirme *(medicalization)* terimi, 1970'lerde sosyal bilimler literatürüne girmiş; terimin anlamı, "tıbbi yapmak, tıbbi etmek" olmasına rağmen, daha geniş ve daha derin anlama sahip olmuştur. Bu terim temelde, düz anlamının ötesinde daha geniş ve derin bir anlama sahip olmuş; tıbbi hale gelmiş bir şeyi anlatmaktan çok, tıbbileştirmenin ya da gereğinden fazla tıbbileştirmenin bir eleştirisi olarak kullanılmıştır. Conrad, tıbbileştirmeyi, tıbbi olmayan problemlerin, tıbbi problem gibi tanımlandığı ve bu şekilde davranıldığı; bunun da genellikle, hastalıklar ve bozukluklar yönünden tanımlanan bir süreç olduğunu ifade eder (1992, s. 209). Szasz'a göre tıbbileştirme, Conrad'ın tanımına benzerlik gösterir; bazı olayların tıp alanına girdiği, bazılarının ise girmediği varsayımına dayanır. Szasz, hastalık veya tıbbi problemin ne olduğu konusunda mutabakata varılmasının gerekli olduğunu düşünür; sosyal problemlerden kurtulmak isteyenlerin onları tıbbileştirdiğini ifade eder (2007, s. xii). Irving K. Zola (1977) ise, Conrad ve Szasz'ın tanımlarından farklı olarak, günlük hayatın gün geçtikçe daha fazla tıbbi egemenlik, etki ve denetime girdiğini ifade eder (Zola, 1994, s. 43). Bu konudaki diğer önemli isimlerden biri olan Illich (1977) ise, sağlık kavramının bütünüyle tıbbi bir kavram haline gelişini, "sağlığın tıbbileştirilmesi" olarak tarif eder (1995, s. 16).

Özetle tıbbileştirme, bir konu, problem ya da durumun, tıbbi terimler ve tıbbi dil ile tıbbi çerçeve içinde, tıbbi müdahale ile tedavi edilecek bir durum olarak ifade edilmesidir.

Burada vurgulanması gereken nokta, tıbbileştirmenin bir süreç olduğudur. Asıl mesele, tıbbileştirmenin gerçekten bir hastalık veya tıbbi bir sorun olması değil, bunun bir kabul olmasıdır. Bu kabul, hekim ve sağlık profesyonelleri, ilaç endüstrisi, medya ve farklı alanların katkılarıyla oluşturulmakta ve alanı genişlemektedir. Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesiyle; daha çok birey, tıbbın söylediklerine göre hareket etmekte; bireyler de "sağlıklı" ve "hasta" olarak tanımlanarak, bir tür tıbbileştirilmektedir. Tıbbileştirmenin, bir süreç olarak, sosyal kontrol ve bedensel denetime neden olabileceği de eklenmelidir.

Tıbbileştirme hakkındaki ilk çalışmaların, hekimlerin, tıbbileştirmeyi anlamlandırma çalışmaları olduğu söylenebilir. Konuya dikkat çekilmesi, bu konuda ilk çalışmaların yapılması, 1950'lere dayanır. Parsons'ın (1951), tıbbileştirmeyi, bir sosyal kontrol kurumu olarak, ilk kavramlaştıran kişi olduğu söylenebilir. Szasz (1963), terimi kullanmasa da tıbbileştirme konusuna ilgiyi ilk çeken, bu konuda önemli açıklamalar yapan kişilerden biri olarak kabul görür. Pitts (1968), Freidson (1970) ve Zola (1972), tıbbileştirmenin ve tıbbi sosyal kontrolün, ilk incelemelerini yapan araştırmacılar olarak anılabilir (1992, s. 210).

Zola, geleneksel din ve hukuk kurumlarının sahip olduğu gücü, tıbbın kendi bünyesinde birleştirip; önemli bir sosyal kontrol kurumu haline geldiğini belirtir. Zola'ya göre, etik olarak; tarafsız ve objektif olduğu varsayılan uzmanları ile tıp, son kararı verme yetkisiyle donanmış bir yapı haline gelmiştir. Bu güç ise, günlük yaşamın parçası olan bölümleri tıbbın ilgi alanına çekerek; sağlık ve hastalık kavramlarını bireylerin hayatının en önemli parçası haline getirmek üzere kullanılmıştır (1994, s. 43)

Zola'nın, tıbbın sosyal kontrol mekanizması haline gelmesi saptaması kadar önemli bir saptama da Illich'den gelmiştir. Tıbbileştirme konusunda Illich ([1976], 1995), "tıbbi sömürgecilik"[17] (*medical imperialism)* ile dikkat çekmiştir:

> Tıbbileştirme, her insanın ağrıyı, hastalığı ve ölümü göğüsleyebilme gereksiniminin yadsınmasına dayalı, doğurgan bir bürokratik sistem oluşturur. Modern tıp kurumu, kültürel ve genetik miraslarının, insanları kendi başlarına yapmaları için donattığı şeyleri, onlar için yapma çabasını temsil etmektedir. Tıbbi uygarlık, ağrıyı dindirmek, hastalığı ortadan kaldırmak ve acı çekme ve ölme sanatına olan gereksinimi yok etmek için planlanmış ve örgütlenmiştir. Kişisel ve erdemli et-

17. Ivan Illich'in *Sağlığın Gaspı* (1976) adlı eserinin orijinalinde *medical imperialism* olarak ifade edilmesine karşın, Süha Sertabiboğlu'nun Türkçe çevirisinde tıbbi sömürgecilik ifadesi kullanıldığından, metinde Türkçe çevirideki gibi kullanılmıştır.

> kinliklerin, böylesine aşırı bir biçimde sığlaştırılması, toplumsal yaşamın daha önce hiç izlemediği bir hedeftir. Kültürün, her insana öğrettiği öznesiz etkinlikler olan acı çekme, iyileşme ve ölme artık teknokrasi tarafından politika yapmak için, yeni alanlar olarak görülmekte ve insanların kurumsal yollar aracılığıyla kurtulması gereken, sağlıksız işlevler olarak tedavi edilmektedir. Sonuçta, metropolitan tıp uygarlığının hedefleri, şiddetli sömürgeleştirme sürecinde karşılaştığı her bir kültürel sağlık programıyla taban tabana zıttır (1995, s. 91).

Illich'in bu tanımlaması, önceleri yanıltıcı olarak kabul edilmiş ve uzun zaman anlaşılmamıştır. Ancak Illich'in 1970'lerde yapmış olduğu vurgu, günümüzde yaşamın, hemen her alanının tıbbileştirildiği ve tıbbileştirilmeye devam ettiği bir dönemde, daha da anlamlı hale gelmiştir. Yaşamın doğal süreçleri, bürokratik bir sürece dönüştürüldükçe; birey kendi bedeni hakkında düşünemez, karar veremez hale gelir ve sistem gereği, kendi bedenine ait özgürlüğünü, tıbbın eline teslim eder. Yaşam alanlarının tıbbileştirilmesi nedeniyle tıbbın alanı dışında kalma şansı ise bireyin elinden uzun bir dönem önce alınmıştır.

Conrad, tıbbileştirme ile gündelik yaşamın, önce alışılandan sapma olduğunu, ancak daha sonra normalleştiğini; tıbbileştirmenin toplumlar aracılığıyla, geniş bir alana yayıldığını söyler. Alkolizm, ruhsal bozukluklar, uyuşturucu bağımlılığı, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, çocuk ve cinsel istismar, öğrenme bozukluğu tıbbileştirilmiş kategoriler olarak sıralanabilir.

Geçmişte, günah ya da suç olarak kabul edilen davranışlar da tıbbileştirilmekte; gün geçtikçe yeni kategoriler eklenmektedir. Âdet öncesi sendromu (PMS), duygu durumu bozukluğu,[18] endişe,[19] doğum kontrolü, kısırlık, menstrasyon, doğum, menopoz, yaşlanma ve ölüm gibi, hayatın doğal süreçleri tıbbileştirilirken; tıbbileştirilmiş sapkınlık olarak ifade edilen delilik, kumar bağımlılığı, transseksüellik bu bağlamda ele alınmaktadır (Conrad, 1992, s. 213; 2007, s. 6).

Buradaki sorun, nelerin hastalık olduğu nelerin olmadığı konusunda, çizginin nereye çekileceğidir. Hangi durumlara doktor ve sağlık profesyonelleri tarafından müdahale edilmesi, hangi durumlara müdahale edilmemesi gerektiğinde ortak bir anlayış bulunmamaktadır ve böyle bir anlayışın sağlanması da güç görünmektedir. Anlayış geliş-

18. Obsesif kompülsif bozukluk *(Obsessive compulsive disorder)*: Bunaltı yaratacak ve kişinin normal işleyiş yetisini, çalışma düzenini, sosyal etkinliklerini veya ilişkilerini bozacak şiddette tekrarlanan bariz saplantılar veya zorlanımlar ile tanımlanan ve kirlilik, cinsellik, saldırganlık, düzenlilik, din gibi konuların etrafında yoğunlaşan bir kaygı bozukluğu (www.terimbank.net).

19. Anksiyete: Endişe, korku veya kuruntunun yarattığı psişik gerilimle belirgin huzursuzluk hali, iç sıkıntısı, ruhsal sıkıntı, bunaltı, kaygı (www.tipterimleri.com).

tirilmesindeki güçlüklerden biri, bu ortak yapının kimler ya da hangi kurumlar tarafından geliştirileceğidir. İkinci güçlük ise, tıp ya da sağlık gibi çok güçlü bir mücadele alanında karar vericilerin çokluğu ve fikir ayrılıklarıdır. Burada en zayıf durumda olan elbetteki bireylerdir. Özellikle Türkiye'de medyadaki sağlık bilgileri ile ilgili, şikâyetlerini dile getirebilecekleri RTÜK (Radyo Televizyon Üst Kurulu) benzeri bir kurumun yokluğu ve Türkiye'de yine medyada tıbbi bilginin sorgulanmayışı, sağlık ve sağlığa ilişkin bilginin istenildiği biçimde kullanılmasına neden olmaktadır.

Günümüzde, tıbbileştirilen alanlar doğrudan tıbbın ilgi alanına giren konulardan, tıpla doğrudan ilgisi olmayan, gündelik yaşamın diğer alanlarına doğru genişlemektedir. Örneğin beslenme konusu, gündelik yaşamın parçası olduğu gibi, aynı zamanda sosyal bir konudur. Geçmişten gelen alışkanlık ve bilgiler yerini, tıbbileştirilmiş beslenme önerilerine bırakmaktadır. Çoğu gıdanın bilinen faydaları yerini, birtakım, tıbbi olan ve olmayan terimlere bırakmış; yemekler bu terimler eşliğinde yenilir hale gelmiştir. Domatesteki likopen, brokoli, yeşil çay ve nardaki anti-oksidan, enginardaki karaciğeri temizleme özelliği, prebiyotik ve probiyotik yoğurt ve diğer süt ürünleri, bu ihtivaları nedeniyle tüketilme sıklıkları artmış, tıbbileştirilmiş gıdalardan sadece birkaçıdır. Ayrıca, beslenme konusunda, tıbbileştirilen gıdaların, bir dönem yüksek talep görmesi ve daha sonra o gıdanın terk edilerek bir diğerine geçilmesi de "tıbbileştirilen gıdanın modası" olarak ifade edilebilir.

Beslenme ile ilgili olarak, bir diğer gündelik yaşam pratiği olan diyet de kısmi olarak tıbbileştirilmiştir. Diyet yapmak isteyen bir bireyin, diyetisyenin vereceği sağlıklı beslenme önerilerinden önce, beden kitle indeksini (BMI),[20] metabolizma hızını,[21] vücudundaki yağ-kas oranını bilmesi beklenmektedir. Bu bilgilerden sonra, öğrenmesi gereken bilgiler ise, hangi besinin, kaç kalori olduğu ve glisemik indeksinin yüksek olup olmadığıdır.

Kısaca birey, hiç aşina olmadığı, olması da gerekmediği terimlerle gündelik yaşamını sürdürür hale gelmiştir. Bir uzmanın bilmesi, mesleğini uygularken kullanması gereken terimler, uzmanlar ve medya tarafından tekrarlanmakta, bireylerden bunları anlamaları beklenmektedir. Bununla beraber, terimlerin kısaltmaları da sıklıkla kullanılmakta

20. Beden Kitle İndeksi (BMI – *Body Mass Index*): Ağırlığın (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile elde edilen, en yaygın şişmanlık değerlendirme parametresi (www.tipterimleri.com)

21. Metabolizma hızı: Yemekten on iki saat sonra tam dinlenme anında vücudun sadece yaşamaya yetecek fonksiyonlarını sürdürecek kadar ihtiyacı olan enerji (www.tipterimleri.com).

(HDL,[22] LDL,[23] TSH[24] vb); bu kısaltmaların anlaşılması bir yana; diğer bireyler tarafından bilinmesi gereken bir bilgi gibi (senin HDL'en kaç?) gündelik konuşmaların içine yerleşmektedir. Terimler, uygulamalar artmakta; alan genişletilmekte; tıbbileştirilme normalleştikçe, edinilen terimlerle dolu bilgilerin yanına, yanlış bilgiler de eklenmektedir.

Sağlık kavramı gibi, "tedavi" ve "terapi" gibi tıptan ödünç alınan terimler de günümüzde gelişigüzel kullanılmaktadır; "tedavi eden ayakkabı" ve "hamam terapi" bu konuda verilebilecek çok sayıdaki örnekten sadece ikisidir. Seri üretimden çıkmış bir ayakkabı, özellikleri nedeniyle, hastanın doğru basmasını, daha rahat yürümesini ya da bazı sıkıntıları daha az hissetmesini sağlayabilir; ancak –medikal bir özelliği olmadığı sürece– tedavi edemez. Diğer örnek olan hamam ise, Türk kültüründe yüzyıllardır var olan; yıkanmak, temizlenmek amacıyla gidilen bir mekân, terapi terimi ile birleştirilerek; tedavi olunan bir yere dönüştürülmektedir. Hamamın rahatlatıcı özelliği olmasına rağmen, terapi sağlayan bir özelliği yoktur.

Gündelik yaşam içinde gerçekleştirilen tüm pratiklerin "sağlıklı" diye adlandırılması, o konunun gerçekten sağlıkla ilişkili olduğu anlamına gelmemesine rağmen; güçlü bir alandan, tıptan destek alınması, tıbbileştirme denemesi sayılabilir. Örneğin sağlıklı cam, sağlıklı pişirme gereçleri, sağlıklı ofisler, sağlıklı dekorasyonun, hangi özelliklerinden ötürü sağlıklı olduğu tartışmalıdır.

Özetle, tıbbın gücünden yararlanarak, ürün ya da hizmetlere tıbbi terimler eklenerek; bu ürün ve hizmetler tıbbileştirilerek ya da tıbbileştirilmeye çalışılarak bir pazarlama stratejisi kurulmaktadır. Bu strateji, Foucault'nun (1993) kapitalizmin temel öğelerinden biri olarak ifade ettiği biyo-iktidarın, tıbbi sosyal kontrolü sağlamanın önemli bir yolu olarak kullanılmaktadır. Burada sağlıklı yaşam söyleminin sağlıklı yaşam endüstrisi tarafından etkin olarak kullanılması, sağlığın kaybedilmemesi gereken bir değer olarak yeniden sunulması etkili olmaktadır.

b. Tıbbileştirmenin Arka Planı

Tıbbileştirmenin arka planına bakıldığında, dinin toplumsal yaşam içindeki rolünün azalması, bilime olan inanç, tıbbi uzmanlığın artan itibarı ve gücü, problemlere bireysel ve teknolojik çözümler konusunda Batı toplumlarındaki genel bir hümaniter eğilimin bu gelişmeye neden olduğu söylenebilir. Burada sıralanan nedenler, tıbbileştirmenin gelişi-

22. HDL *(High Density Lipoprotein)* Yüksek Dansiteli Lipoprotein.
23. LDL *(Low Density Lipoprotein)* Düşük Dansiteli Lipoprotein.
24. TSH *(Tyroid Stimulating Hormone)* Tiroit Uyarıcı Hormon.

mini tamamen açıklamamakla birlikte, kapsamını belirlemiştir. Conrad, tıbbileştirmeyi, *sekülerleştirme (secularization)* –dinin, baskın sosyal kontrol kurumu olarak kenara itildiği; geçmişte, günah kabul edilen durumların, hastalık olarak kabul edildiğinin kabulünün, tıbbileştirmeyi artırdığı anlayışı– ve *tıbbi uzmanlığın değişen statüsü* –profesyonel güç ve otorite sayesinde, sağlık ve hastalık olarak tanımlanabilecek durumlar için, söz hakkına sahip olma durumu– gibi, iki önemli kavramsal yönün etkilediğini belirtir (1992, s. 213).

Conrad'ın tıbbileştirmenin arka planını sınıflandırması, Zola'nın fikirlerinin ışığında gerçekleşmiştir. Zola, bu kuramsal geçmişi on altıncı yüzyıldan itibaren inceleyerek günümüze getirir ve bugüne getiren koşulları anlatır.

Tıbbın, hümanizm hareketi ile kendini bütünleştirdiğini belirten Zola bir yandan otorite ve gerçek sorunlarla ilgilenirken; öte yandan kendine farklı bir üstünlük sağladığını ekler. Hayat standardı yükselip, daha iyi beslenildikçe; ölüm oranları düşmüş, bireyler daha uzun ömürlü olmuştur. Yaşam süresi uzayınca, çeşitli hastalıklarla mücadele edilmesi gerekmiş ve sahip olunan bedenin önemle korunması gerektiğinden, tıbbın önemi artmıştır (1994, s. 49).

Günümüzde sosyal hareketler, hasta/hastalık örgütleri ve hasta bireyler, tıbbileştirmenin artmasında önemli bir role sahiptir. Son yıllarda, "sağlıklı yaşam endüstrisinin" alanını genişleterek büyümesi ve hastaların tüketici gibi görülmesi anlayışı da tıbbileştirmenin artmasına neden olmuştur.

Zola tıbbileştirmenin ardındaki, tıp ve bireyler arasındaki ilişkinin kurulmasında rol alan faktörleri dört ana grupta sınıflandırmıştır (1994, s. 54):

Zola öncelikle, *yaşamın tıpla ilgili olabilecek her parçasının tıbbın ilgi alanına dahil edildiğini* belirtir. Teşhis ve tedavi sırasında, hastanın sadece şikâyetlerini değil, yaşam tarzını da doktora anlatmasının beklenir hale geldiğini; bu sebeple, doktorun yaşamın her alanına ilişkin öneride bulunmasının yanında hastanın bu tür önerileri beklediğini ifade eder. Gündelik yaşama dair önerilerin yanı sıra, daha önceleri doktorun hafızasına kaydedilen hasta bilgilerinin, bilgisayarlara kaydedilerek saklandığını; böylece her tür özel bilginin kayıt altına alındığını ve mahremiyetin ortadan kalktığını söyler.

Yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması, doktorların hastalara uyku, beslenme, iş yaşamı, egzersiz önerilerinde bulunmaları konusunu gündeme getirmekte; böylece sadece hastalığa değil,

gündelik yaşama da müdahale edilmiş olmaktadır. Aynı zamanda, koruyucu hekimliğin gelişmesiyle, hastalık ortaya çıkmadan gerekli tedbirleri almak için gündelik yaşam denetlenmektedir.

İkinci olarak; *belirli bazı teknik prosedürlerin mutlak kontrolünün tıbbın tekelinde bulundurulmasına* değinir. Ameliyat yapma ve reçete yazma hakkının yalnızca doktorlara tanınmış olmasının; tıbbın gücünü, tedavi etmenin ötesine taşıdığını iddia eder (Zola, 1994, s. 56).

Zola (1994), ameliyatlarda tedavi etmenin ötesine geçişi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi alanında geçmişte, rekonstrüktif operasyonlara ağırlık verilmesine karşın günümüzde, daha çok istenilen bedeni elde etmeye yönelik operasyonlar yapıldığı örneğiyle anlatır. Zola'nın da belirttiği gibi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi alanı, günümüzde daha çok yapmış olduğu estetik operasyonlarla anılmaktadır. Medyada, birçok bireyin başına gelebilecek ciddi hastalıkların tedavisinde, bu alanda yapılan, diğer çok önemli operasyonlardan yararlanılabileceği ya da bugüne kadar başarıya ulaşmış vakalar yerine, estetik alanındaki gelişmeler yer bulmaktadır.

Zola (1994), reçete yazma hakkının doktorlara ait olduğu vurgusunda, reçetelerin de tedavinin ötesine geçtiği saptamasını yapar. Günümüzde bireyler, hastalıklar kadar gündelik yaşamlarını rahat ve iyi geçirebilmek için de ilaç, vitamin ya da besin takviyesi reçete ve önerileri ile karşılaşmaktadır. İyi uyumak, iştah kesmek, yağ yakmak, hafızayı güçlendirmek, kalp sağlığını korumak, cilt yaşlanmasını geciktirmek, kas tonusunu güçlendirmek gibi sayısız örnek verilebilir. Bu ürünler, ilaç ambalajları gibi ambalajlarda, her gün mutlaka alınması gereken ürünler olarak pazarlanmakta, reklamları[25] medyada sıklıkla yer bulmaktadır.

Tabu sayılan bazı alanlara girme hakkının ele geçirilmesi, Zola'nın ele aldığı bir diğer konudur. Teşhis ve tedavi amacıyla, özel hayata dair bilgileri edinme hakkının doktorlara verildiğini; bedenin muayenesi ve zihnin derinliklerindeki tüm bilgilerin doktorlara sunulmasının tıbbın gücü olduğunu vurgular (1994, s. 58).

Zola'nın bu konudaki örneği psikiyatri alanından alınan desteğe ilişkindir. Yakın zamana kadar, psikiyatri alanının uzmanlığına başvurmanın, bir "tabu" gibi karşılandığını belirtir. Çok sayıda birey, modern yaşamın şartlarıyla mücadele etmekte güçlük çekmekte, yine bu şartlar

25. Türkiye'ye özgü bir durumu belirtmek yerinde olacaktır. Türkiye'de vitamin ve besin takviyelerinin –ilaç olmadığı için– reklamı serbesttir. İzin ve denetimleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil, Tarım Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu nedenle bazı ürünlerin reklamının yapılabilmesi için Tarım Bakanlığı'nın onayını alabilmek amacıyla "doğal", "bitki takviyeli" ve benzeri ibarelerin kullanımının artmakta olduğu söylenebilir.

nedeniyle yalnızlaşmakta, geçim sıkıntısı çekmekte; stres, anksiyete, depresyon ve benzerini yaşamaktadır. Bu sebeplerle, psikiyatriye başvuranların sayısının arttığı ve ilaç tedavisi verildiği söylenebilir. Bireylerin, "ben deli miyim ki psikiyatriste gideyim!", "psikiyatriste gittiğim duyulursa mahvolurum!" gibi görüşlerinin yerini, uzmana başvurmanın alması olumlu yönde önemlidir.

Zola'nın dördüncü ve son sınıflandırması, *tıbbın ilgi alanında kalan her şeyin sağlıklı yaşam ile bağlantılandırılmasıdır*. Zola, sınıflandırması içinde son olarak bahsettiği konunun, toplumlar üzerinde tıbbın gücünü artırmanın en etkili yolu ve en etkili aracı olduğunu düşünür. Ek olarak, tıbbın, gündelik yaşam pratiklerini de içine alarak, alanını genişletmesinde bencil yaklaşımının rolü kadar, bireylerin teslimiyetçiliğinin etkisini vurgular (1994, s. 61).

Conrad, Zola'nın (1994) da ifade ettiği, tıbbın dışında kalan, yaşamın diğer alanlarının tıbbileştirilmesine dikkat çeker. Conrad, daha önceden tıbbi olmayan problemler için tıbbi tanımların ortaya çıkmasını; çeşitli davranış kalıplarının tıbbi risk oluşturması durumunda rastlandığını ve günümüzde çok daha sık rastlanıldığını belirtir. Ancak Conrad bunları, tıbbileştirme olarak kabul etmez; "sağlıklaştırma" *(healthism)* olarak adlandırır:

> 1980'lerde sağlık teşviki ve sıhhat etkinlikleri, artan bireysel sağlık ve azalan hastalık riski olarak sunulmaktaydı. Örneğin sigara içmemek, düşük kolesterollü diyetler ve düzenli olarak egzersiz yapmak, kalp krizi riskini düşürebilir. Sağlık teşvikinin, yeni bir sağlık ahlâkı oluşturabilmesine rağmen; sağlık ve yaşam tarzı değişiklikleri için, bireysel sorumluluğa dayalı bir şekilde, egzersiz veya diyetin tıbbileştirilmesini içermez. Bu süreç, davranışsal ve tıbbi endişelerden kuvvet alan tıbbileştirme süreci ile benzer olmasına rağmen; bunu sağlıklaştırma *(healthsizm)* olarak kavramlaştırmak daha iyi olabilir. Tıbbileştirmede tıbbi terimler ve müdahaleler, önceki sosyal problemler veya doğal olaylar için sunulur; sağlıklaştırmada ise, daha önceden biyo-medikal olarak tanımlanan olaylar için (örneğin kalp krizi gibi) davranışsal ve sosyal tanımlar geliştirilir. Tıbbileştirme, biyo medikal sebepler ve müdahaleleri ileri sürer; sağlıklaştırma ise, hayat tarzı ve davranışsal sebepler ile müdahaleleri ileri sürer. Biri ahlâki olan bir şeyi tıbbi bir şeye, diğeri ise sağlığı ahlâki bir şeye dönüştürür (1992, s. 223).

Kavramlaştırmaları farklı olsa da Zola, Conrad, Szasz ve Illich'in de görüşleri doğrultusunda; tıbbileştirmenin, hem tıbbın ilgi alanına giren konularda hem de gündelik yaşam pratiklerinde genişleyerek; yeni bir söylem, yeni bir bakış oluşturduğu ve oluşturmaya devam edeceği söylenebilir. Hayatlarında hemen hiçbir şeyi denetleyemedikleri, kont-

rol edemediklerini düşünen bireylerin; kendi bedenleri ve sağlıklarının kontrolünün, kendilerinde olduğu "illüzyonu", ancak tıp gibi gücünü belli etmeden yayılan, otoritesine karşı koyulmayan bir alan aracılığı ile yapılabilir.

c. Tıbbileştirmenin Sınıflandırılması

Conrad'a göre, tıbbileştirme *kavramsal*, *kurumsal* ve *etkileşimsel* olmak üzere üç ayrı seviyede gerçekleşebilir: *Kavramsal seviye*, bir problemi tanımlamak veya düzenlemek için, tıbbi bir terimin kullanılmasıdır. Az sayıda tıbbi uzmana gerek duyulur ve tıbbi müdahalelerin uygulanması gerekmemektedir. *Kurumsal seviyede,* kurumlar, organizasyonun uzmanlık alanı içerisine giren, belirli bir problemi çözmek için, tıbbi bir yaklaşım benimseyebilir. *Etkileşimsel seviyede*, doktorlar direkt olarak işe dahil durumdadır. Tıbbileştirme burada bir doktorun, bir problemi tıbbi olarak tanımladığında, örneğin tıbbi bir teşhis koyduğunda veya bir sosyal probleme, tıbbi bir tedavi şekli ile yaklaştığında, örneğin mutsuz bir aile yaşantısı için yatıştırıcı ilaçlar yazdığında; doktor-hasta etkileşiminin bir parçası olarak ortaya çıkar (1992, s. 211).

Conrad, bir başka çalışmasında, genel bir tıbbileştirme olması gerekmediğini; tıbbileştirmenin dereceleri olduğunu, bu dereceleri nelerin etkilediği ve belirlediği konusunda bir bilgi olmadığını vurgular. Bununla beraber, bazı durumların tıbbileştirilemeyeceğini; ancak rekabetin ya da geçmişteki durumların bir parçası olabileceğini; tıbbileştirilen konularda, tıbbi uzmanlığın desteği, müdahale ya da tedavilerin mevcut olması, rekabet halindeki tanımların olması, tıbbi sigortanın kapsamı ve tıbbi tanımları karşısına alan grupların varlığının önemli faktörler olabileceğini ekler. Bu ifadelerinin ışığında Conrad'a göre, doğum, ölüm veya ruhsal bozukluklar neredeyse tamamen tıbbileştirilmiş; menopoz, uyuşturucu bağımlılığı kısmen tıbbileştirilmiş; cinsel istismar, seks bağımlılığı minimal tıbbileştirilmiştir (2007, s. 6).

Szasz ise, tıbbileştirmeyi aşağıdan, güçsüzlerden gelen tıbbileştirme (hastalık taklidi yapma veya kendi kendini tıbbileştirme) ve yukarıdan, güçlüden gelen tıbbileştirme (kontrol ve cezalandırma amaçlı diğerlerini tıbbileştirme) olarak ikiye ayırır. Szasz geçmişte, bireylerin kendilerini "depresif hissettiklerini" veya "depresif olduklarını", günümüzde ise "depresyon geçirdiklerini", bunun da tıbbileştirmenin sonucu olduğunu düşünür. Ayrıca depresyon konusundaki örneğinde, geçmişte depresyonda olan kişilerin, kendilerine zarar verdikleri ya da kendilerini öldürdüklerini, başkalarını öldürmediklerini; günümüzde ise, kendini öldürenlerin neredeyse tamamının, depresyonda olduğunun söylendiği-

ni vurgular (2007, s. xxvi). Burada Szasz'ın görüşüne ek olarak, kendini değil, başkalarını öldürenlerin depresyonda olduğu söylenerek, ifade edilerek, hafifletici sebepler bulunmaya çalışılmakta olduğu eklenmelidir. Durum tıbbileştirildiğinde, yapılan hata "hafiflemektedir". Kısacası, tıbbileştirme, Szasz'ın da ifade ettiği gibi, bazı bireylere yararlı, diğerlerine ise zararlı olan semantik bir sosyal stratejidir.

Tıbbileştirmenin dereceleri konusunda bir başka boyut, her geçen gün daha fazla alanın tıbbileştirilerek, bireylerin "hasta" olarak etiketlenmesidir. Örneğin geçmişte, afacan, yaramaz, gereğinden fazla hareketli, dikkati hızla dağılabilen çocuklara –genellikle erkek çocuklara– sadece yaramaz denilirken; bugün hiperaktivite[26] veya dikkat dağınıklığı teşhisleri konmaktadır.[27] Bu teşhis konulan çocukların yıllar boyu süren tedavileri, kendilerini küçük yaşlardan itibaren hasta olarak algılamalarına da neden olmaktadır.

Tıbbi bir tedavinin gerekli olup olmadığı kararı tarihsel olarak hekimlere aittir. Bugün tedavi gerekli olan bir sorun gelecekte tedaviyi gerektirmeyebilir. Ancak, uzun bir geçmiş göz önünde bulundurulacak olursa, hiç tedavi almamış çocukların, yetişkin olduklarında karşılaştıkları sorunlar ve sıkıntılar da ortaya konulmalıdır. Aksi takdirde, bu tedavilerin gerekliliği konusunda, özellikle ebeveynlerin şüpheleri devam edecek gibi gözükmektedir.

Çocukluk dönemi gibi ergenlik dönemi de tıbbileştirilmiştir. Bireylerin yaş dönemleri, tüm doğal süreçleri ve yaşam pratikleri ile ilgili tıbbileştirmeden söz edilebilir. Diğer yaşam dönemleri gibi, yaşlanma süreci de tıbbileştirilmiştir. Tıptaki gelişmeler, önlenen hastalıklar ve tedavilerle birlikte, yaşam süresi uzamaya başlamıştır. Illich, daha uzun yaşabilme olanağının olmasının, bazı hastalıkların, tedavilerle seyrinin değiştirilebileceği gerçeğinin, yaşlıların özlem duyacağı bir sağlık anlayışını beraberinde getirdiğini düşünür. Bu uzatılmış yaşamın ve iyileşme ümidinin, daha çok ekonomik gücü elinde bulunduran "seçkinlerin" olanağı olduğunu da ekler (1995, s. 131).

Yaşlılık geçmişte, işe yaramazlık, pasiflik olarak görülürken; 1960'lı yıllarda üçüncü yaş kavramıyla, aktif ve katılımcı bir yaşlılık

26. Hiperaktivite, uyumsuzluk yaratan ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede süren dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir çocukluk çağı ruhsal bozukluğu.
27. Modern yaşam, erkek kadar kadının da çalışma hayatında yoğun bir şekilde yer almasını beraberinde getirmiştir. Uzun saatler ebeveynlerden ayrı, kreş veya aile büyükleri yanında kalan; yine yaşam ve çevre koşulları nedeniyle bahçede, sokakta oynayamayan çocukların, ebeveynlerini gördüklerinde yaramazlık yapması, oynamak istemesi, birçok ebeveyn tarafından "aşırı" bulunmaktadır. Bu yaramazlık okulda da yapılmaya çalışılınca; çocukların etiketlendiği söylenebilir. Küçük yaşlarda hareketsizleştirilerek "rahatı bozmamaları" sağlanmaya çalışılan çocukların, ergenlik döneminde hareketsizlik sorunlarına çözüm arandığı durumlar ortaya çıkabilmektedir.

öne çıkmaya başlamıştır (Çabuklu, 2004, s. 72). 1980'lerin neoliberal yaklaşımıyla, yaşlılar kendilerine yetmesi gereken, devletteki yükleri alınması gereken bireyler olarak tanımlanmış; bu sayede açığa çıkan yaşlılar, yeni müşteriler olarak, pazarda yerlerini almıştır. Yaşlılık üretken olmayan bir dönem olarak kabul edildiğinden, "üretmiyorsa tüketsin" anlayışı, müşteri fikrini pekiştirmiştir. Uzayan yaşam süresiyle, yaşlılık, keyifli geçirilmesi gereken bir dönem olarak, tıbbileştirilmiştir.

Son yıllarda Alzheimer[28] hastalığının medyanın da gündeminde sıklıkla yer aldığı söylenebilir. Yaşlılık hastalığı, hatta yaşlılık sonucu olduğu düşünülen ya da kabul edilen bunama, günümüzde Alzheimer hastalığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Alzheimer hastalığı önceleri, yaşlılara özgü bir hastalık gibi gösterilirken; günümüzde, her yaştaki bireyin karşılaşabileceği bir hastalık olduğu bilgisi, sadece hekimler ve sağlık profesyonelleri tarafından değil, medya tarafından da sıklıkla tekrarlanmaktadır. Böylece, tıbbileştirilen yaşlılığın alanı genişletilerek, gençler de bu konudaki tıbbileştirmenin içine dahil edilmiştir.

Günümüzde, tıbbi risklerin de tıbbileştirildiği söylenebilir. Risk faktörleri, hastalıklar açısından büyük önem taşır; hastalık için potansiyel anlamına gelir. Ancak risk faktörlerinin, "hastalık" olarak belirtilmesi, neyin risk faktörü neyin hastalık olduğunun arasındaki ayrımı bulanıklaştırır. Risk faktörlerinin tıbbileştirilmesinin sonucu olarak, hastalıkların önlenmesinin mümkün olabileceğinin yanı sıra, daha fazla bireyin risk faktörleri nedeniyle, tıbbi gözetim altında tutularak, takip edilebileceği belirtilmelidir.

Illich'e göre, tıp hastalıkları araştırırken, yeni hastalıklar "keşfeder" ve bu hastalıkları bireylere yükler. Geçmişteki, hastanın raporla belgelenmesinin yerini; bireylerin kendi sağlıklarını koruyacakları, erken tetkiklere, koruyucu tedavilere ve iyileşmeyecek kişilerin tedavisine doğru genişlemiştir. Illich'in ifadesiyle, "sağlığın tıbbileştirilmesi" sonucu, hasta olmayan bireyler, gelecekteki sağlıklarının uğruna, profesyonel tedavilere kendilerini teslim etmişlerdir (1995, s. 68-86). Genel eğilim, tanımlanmış ve teşhis edilmiş kötü sağlığın, bilinmezliğe yeğlenmesidir. Bireyler boş vakitlerini, sağlıklarına da iyi gelebilecek şekilde değerlendirmemelerine ve bu nedenle, kendilerini hasta hissetmelerine rağmen; Illich (1995) ve Szasz'ın (2007) da düşündüğü gibi,

28. Yaşamsal aktivitelerde azalma ve bilişsel yeteneklerde bozulma ile karakterize, nöropsikiyatrik semptomların ve davranış değişikliklerinin eşlik ettiği nörodejeneratif bir hastalıktır. Çok dikkat çekici, erken semptomlardan biri hafıza kaybıdır. Bu hafıza kaybı, geçmiş hafızanın korunduğu, hastalığın ilerlemesi ile birlikte sıklıkla telaffuz edilmeye başlanan küçük unutkanlıkların başlaması şeklindedir (www.wikipedia.org).

hasta olmanın kendilerini, toplumsal, politik ve psikolojik sorumluklardan muaf tuttuğunu duymak ve düşünmek istemektedir.

Günümüzdeki ağır yaşam koşulları ve stresini taşımakta güçlük çeken bedenler "bozulup, arızalandıkça"; yaşanan sıkıntılar, yeni hastalıklar olarak adlandırılmaya başlanmıştır.

Tıbbileştirilen alanların genişlemesinde "sağlıklı yaşam endüstrisi"nin etkisi büyüktür. Burada özellikle yeni hastalıkların keşfedilmesinde ilaç endüstrisinin payı fazladır. Mevcut ve gelişen hastalıklara karşı ilaç geliştirmelerinin insani faydaları malumdur. Bununla beraber dünya genelinde, büyük bir gücü elinde bulunduran ilaç endüstrisi, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini, geleceğin hastalıklarını belirleme yönünde genişletmektedir. Moynihan ve Casel'in (2006), *Satılık Hastalıklar* ve Küçükusta'nın (2006), *Modern Zaman Hastalıkları* adlı kitaplarında da yer verdikleri gibi, ilaç endüstrisi ilaç pazarını genişletebilmek amacıyla yaşamın olağan süreçlerini hastalıklara dönüştürmektedir.

Kronik hastalıklara ait ilaç pazarının genişlemesi, kârlılığı artıracağından; kan basıncı değerleri aşağıya çekilmekte, kemik yoğunlukları tehlike habercisi olarak sunulmakta; sadece çocuklar için değil yetişkinler için de dikkat eksikliği gündeme getirilmektedir. Sosyal pazarlama faaliyetlerini, "sosyal sorumluluk" adı altında gerçekleştiren birçok ilaç firması, halkı "bilinçlendirme" faaliyetlerinin peşine logolarını eklemeyi ihmal etmemektedir. Bu sosyal sorumluluğu da sadece, pazarda olan ilaçlarına ait hastalıklar için yerine getirmektedir.

d. Tıbbileştirme ve Cinsiyet

Kadınların yaşam süreçleri, erkeklere göre daha fazla tıbbileştirilmeye müsaittir. Bu nedenle, tıbbileştirme konusunda cinsiyetin önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Lupton, yüzyıllar boyu kadınların tıbbi söylemde geleneksel olarak diğer, "hasta" ya da "erkeklerin tamamlanmamış çeşidi" diye adlandırıldığını; daha zayıf, dengesiz, hastalık kaynağı, kirli ya da cinsel hastalık taşıyıcısı olarak adlandırıldığını belirtir (1994a, s. 132).

Doğal bir süreç olan, âdet döneminin tıbbileştirilmesi, çok eskilere dayanır. Adet dönemi öncesi, bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Lupton'a (1994a) göre, âdet dönemi ve hamilelik, tıbbi sorunlar olarak belirlendiği için; kadınlar, tıp mesleğinin denetleme ve bakımına bağlı, muhtemel hastalar haline gelmiştir. Kadınların âdet öncesi,[29] uyumsuz

29. Sadece âdet dönemi öncesi değil, âdet dönemi de kadınların pasif, işten geri kalan, her istediğini yapamadığı günler olarak ifade edilmektedir. Kadın hijyen ürünleri reklamları, bu

ve normal olmayan davranışlar sergileyebildikleri vurgulanarak, tedavi edilmesi gereken bir durum olduğu hatırlatılmaktadır.

Diğer doğal bir süreç olan doğum, doğum odaları, teknolojik olanaklar, hemşireler ve diğer uygulamalarla tıbbileştirilmeye devam etmektedir. Doğal yollarla doğum akımı, bu eleştirilere tepki olarak çıkmıştır. Ancak, doğal yollar veya evde doğumlar, tıbbileştirmeyi dışarıda bırakmasına rağmen, birçok toplumda fazla sayıda gerçekleşmemektedir. Bazı ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de sezaryenle doğum oranı, son on-on beş yılda hızla artmıştır Ancak, bu artışta, endikasyondan çok, çoğunlukla doktor, doktorun yanı sıra hasta tercihleri etkili olmaktadır.[30]

Hamilelik süreci kadar, hamile kalmayı düşünen kadınların yaşamı da tıbbileştirilmekte; bu kadınların sorumluluk sahibi olması gerektiği, sigara ve alkolden uzak durması, kilo vermesi ve düzenli spor yapması gerektiği tavsiyeleri verilmektedir. Sorumluluk müstakbel anneye verilmekte; tıbbileştirilen alan ve süre genişletilmektedir.

Kadın yaşamının bir başka doğal süreci olan menopoz, yirminci yüzyılın ortalarından itibaren, ruhsal ve bedensel olumsuz etkileri bilgisi ile yayılmıştır (User, 2010, s. 144). Bu dönemindeki kadınlara, almaları gerektiği söylenen bir tedavi olan hormon replasman tedavisi, tartışma konularından bir başkasıdır. Menopoz döneminde uygulanması önerilen bu tedavi üzerine, tıp otoriteleri tarafından verilmiş ortak bir karar yoktur ve farklı görüşler arası çatışma devam etmektedir. Bu tartışmalar ve menopozun kadın üzerindeki olumsuz etkilerinin sıklıkla vurgulanması, kadınların hekimlere başvurmalarına neden olmaktadır. Medyada bu konudaki vurgunun sıklığı, ilaç tedavisinin, kadınları sürecin tüm olumsuzluklarından kurtaracağı yönündedir.

Erkeklerin, tıbbi izleme ve kontrole (hekime başvurma, tahlil ve tetkik yaptırma gibi), kadınlar kadar duyarlı olmadıkları inancı nedeniyle, tıbbileştirme araştırmalarına erkeklerle ilgili konular genellikle dahil edilmemektedir (Conrad, 2007, s. 6). Fakat son yıllarda yaşanmakta olan gelişmeler, erkeklerin yaşam döngüsünün ve yaşlanmakta olan bedenlerindeki değişimlerin, tıbbileştirilmeye başlandığı ve kısmen tıbbileştirildiği yönündedir.

---

hasta durumdan "kurtaran", "koruyan", "endişeden uzak" ve "temizlik sağlama" kapasitesinde olduğu mesajlarıyla tasarlanmakta ve sıklıkla tekrarlanmaktadır.

30. Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Mart 2010'da, dizi ve filmlerde meydana gelen tıbbi hatalara dikkat çekmek ve bu konuda açıklamalar yapmak üzere, dizi ve filmlerin senarist ve yapımcılarıyla bir araya gelmiştir. Normal doğum konusuna da yer verilen toplantının ardından dizi ve filmlerin senaryolarında normal doğuma yönlendiren mesajlara yer verilmesi amaçlanmıştır. Senaryolarda, birey ve hekim tercihlerinde ne kadar sürede gelişme sağlanacağı bilinmese de, medyanın etkisi nedeniyle olumlu bir girişim olarak değerlendirilebilir.

Erkeklere ilişkin tıbbileştirmenin, büyüyen potansiyel bir pazar olması; yakın gelecekte daha fazla alanın tıbbileştirileceğini düşündürmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, tıbbileştirme evrensel değildir. Ancak tıbbi girişimcilerin, ilaç ve kozmetik endüstrisinin yeni bir pazar oluşturmaları; erkeklerin yaşlanma ve cinsel performans endişelerini, azalan maskülenlik işareti olarak göstermeleri; erkeklerin endişelerini artırmaları ve bu endişelere yeni çözüm yolları önermeleri; tıbbileştirilecek alanın genişleyeceği düşüncesini pekiştirmektedir.

Son yıllarda, yaşlanmakta olan erkek bedeninin, andropoz ve kellik gibi, bazı süreçlerinin kısmen tıbbileştirildiği söylenebilir. Menopozdan farklı olarak andropoz, belirtileri belli olmayan; testosteron takviye tedavilerinin etkinliği ve iyileştirme sonuçlarının az olduğu, erkeklere ilişkin bir yaşlanma sürecidir. Bu nedenle, henüz tıbbileştirilmesinin kısmen gerçekleştirildiği söylenebilir.

Diğer taraftan yine erkeklere özgü kellik, fizyolojik bir durumdur; genel olarak yaşlanma sürecinin parçasıdır ve genetik temeli olduğu söylenmektedir.[31] Yakın geçmişe kadar, özel bir tıbbi tedavi uygulanmayan kellik, cerrahi, ilaç ve benzeri tedavilerle düzeltilebileceği bilgisi ile tıbbileştirilmiştir. Medyada zaman zaman, "bu sene kellik moda", "keller daha çekici" başlıklı haberler yer alsa da kozmetik bir problem olan kelliğin tıbbileştirilmesinin, genişleyeceği alanın büyüklüğünden ötürü, "olumsuz" yönlerinden "kurtulma şansı" vurgusu ağır basmaktadır.

Erkeklere ilişkin tıbbileştirilen bir diğer alan, cinsellik ve cinsel performans olarak ifade edilebilir. Ereksiyon fonksiyon bozukluğu (*Erektil Disfonksiyon*–ED) için, piyasaya sürülen Viagra[32] ile pazar, yaşlanan erkek bedeninden, hemen hemen tüm erkeklerin potansiyel kullanıcılar olarak görüldüğü geniş bir hedefe doğru yönelmiştir.

Kısaca, andropoz, kellik ve cinsel performans örnekleri, erkeklere yönelik ürünlerin tedavi ve girişimlerin artması; bu alanda ürünlerin piyasaya sürülmesi; yaşlanan erkek bedeninin tıbbileştirilmesinin başlangıcı olduğu düşünülmektedir.

e. Normalleştirme – Standartlaştırma

Tıbbın hastalıkları belirlemek, sınıflandırmak üzere belirledikleri, standart, normal gibi değerler, gün geçtikçe gündelik yaşam içinde de yerini genişletmektedir. Tıbbın uygulama yollarının, bireylerin mevcut ve yaratılmış sosyal beklentilerinin, standart, normal ya da ideal olarak

31. www.tipterimleri.com (Tıp Terimleri Sözlük Dergisi)
32. Erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan ve Pfizer İlaçları AŞ tarafından üretilen ilaç.

adlandırılan, görülen beden yaratma çabaları *normalleştirme (normalization)* olarak adlandırılmaktadır (Conrad, 2007, s. 2). Conrad, alternatif bir terim olarak da *standartlaştırmanın (standardization)* kullanılabileceğini ifade eder.

Normalleştirme sürecine örnek olarak; idiyopatik (nedeni belli olmayan) kısa boylu çocukların ailelerinin, büyüme hormonu tedavisi (hGH) için tıbbi sisteme başvurmaları veya doktorların, ailelere tıbbi müdahale tavsiye etmeleri verilebilir. Burada amaç, tedavi ile kısa boylu çocukların boylarını nüfusun ortalama boy uzunluğuna ulaştırmak veya yakınlaştırmaktır. Normalleştirmeye bir diğer örnek olarak, kadınların meme büyütme/küçültme operasyonları verilebilir. Farklı zaman dilimlerinde kadınların, baskın görüşe göre göğüslerini büyütmek veya küçültmek istedikleri bilinmektedir. 1960'lı yıllarda Twiggy adlı mankenin, göğüs ölçüsünün küçüklüğü nedeniyle, küçük göğüsler moda ya da normalken; son yıllarda, daha büyük göğüsler normalleştirildiğinden; birçok kadın, büyütme amaçlı cerrahi operasyona başvurmaktadır.

Kadın beden ölçülerinin, yıllar içinde yeniden belirlendiği ve kadınların bu ölçülerde bedenlere sahip olmak için –imkânları dahilinde veya değil– çaba sarf ettikleri söylenebilir. 90-60-90, 38 beden, 0 beden, ideal kilo, 55 kilo normalleştirilmiş bazı ölçüler olarak sıralanabilir. Bireylerin beden ölçülerinin, genetik özelliklerine, yaşlarına, beslenme alışkanlıklarına göre değiştiği bilinmektedir. Farklı genetik özelliklere sahip bireylerin, her birinin aynı kiloda, aynı bedende olması hemen hemen olanaksızdır. Bireylere normalleştirilen ölçüler verildikçe bedenlerinden mutsuz olmalarının sağlandığı ve bu "normal" değerlere ulaşmak için tıbbın gücünden yararlanıldığı söylenebilir.

Conrad bu konuda, Asyalı kadınların, gözlerini daha oval veya daha Batılı şekillere getirmek için estetik ameliyata başvurmalarını veya etnik gözüken burunlarını, ameliyat ile değiştirmeye çalışmalarını, genetik özellikler ile ilgili örnek olarak verir. Bütün bu çabaların, bedenlerin bir tür Anglosakson bir kültürel standart veya ideale kavuşturmak için gerçekleştirildiğini de ifade eder (2007, s. 2).

Ayrıca, sadece kadın beden ölçülerinin değil, cinsel istek ve performansının da normalleştirildiği; farklılıkların standartlaştırılmaya çalışıldığından söz edilebilir. Cinsel istek ve performansa dair standartların belirlenmesi ve bu bilginin yaygınlaşmasının; bireyler üzerindeki olumsuz psikolojik etkisi bilinmektedir.

Bununla beraber, bireysel farklılıkları, tıbbileştirmeyle ortadan kaldırmaya, düzeltmeye çalışmak; yaşamın çeşitliliğini de bozmak anlamına gelebilir.

f. Kozmetik Girişimlerin Tıbbileştirilmesi ve Tıbbın Kozmetikleştirilmesi

Turner'a göre, beden güzelliği konusunda bireyin kendine bakması ve kendini koruması üzerindeki vurgu, Batı sanayi toplumlarının yaşlanan nüfuslarıyla ilgilidir (1992, s. 166). Fiziksel aktivite, kozmetik uygulamalar ve koruyucu tıbbi bakımlarla, yaşlıların ve yaşlanmakta olan bireylerin görünüşlerinde, sürekli bir değişim olduğu söylenebilir.

Yaşlanma tıbbileştirildikçe; yaşlanmanın doğal sonucu olan kırışıklıklar, ciltte sarkmalar, saç dökülmesi tıbbın konusu içine dahil edilerek; tedavi edilmesi, düzeltilmesi gereken sorunlar haline getirilmiştir. Kırışıkları için, kozmetik girişimlerden yararlanmak üzere, güzellik kliniklerine giden "müşteriler", klinikte işlem yaptıracaklarından ve uygulama doktor tarafından gerçekleştirildiğinden "hasta"lara dönüşmektedir. Tıbbın uğraştığı, çözmeye ve tedavi etmeye çalıştığı yüzlerce sorun varken; kırışıklık, tedavi edilmesi gereken bir hastalık ya da durum mudur?

Yaşlanmaya bağlı bu kozmetik kaygılar, tıbbın olanakları kullanılarak değiştirilebilecek olması (örneğin, büyüme hormonunun *anti-aging* amaçlı kullanımı) ve yeni yöntemlerin geliştirilmesi nedeniyle, her geçen gün artmaktadır. Normalleştirilen ölçülere ulaşmak isteyen bireyler, bu sebeple cerrahi operasyonlarla birlikte; cerrahi olmayan girişimlerden de yararlanmaya çalışmaktadır.

Kozmetik girişimlerin, tıp doktorları tarafından yapılması; bu işlemlerin, tıbbi girişim koşullarında gerçekleştirilmesi; kullanılan cihazların tıbbi cihazlar olması veya tıbbi cihaz gibi gösterilmesi; kullanılan kozmetik ürünlerin tıbbileştirilerek, dermo-kozmetik ürünler olarak eczanelerde satılması ve son olarak tıbbın alanları arasında yer almayan; yeni bir alanın, "medikal estetik hekimliği"nin yaratılması gibi gelişmeler nedeniyle, kozmetik girişimlerin tıbbileştirildiği söylenebilir. Kısaca bir iç içe geçişle; estetik ve kozmetik kaygılar ve girişimler tıbbileştirilmekte; tıp da kozmetikleştirilmektedir.

Normalleştirmenin yanı sıra, medyada sıklıkla yer alan kişilerin, fiziksel özellikleri ve geçirdikleri operasyon ya da uygulamalar, izleyicilerin de kendilerinde uygulama isteğini artırmaktadır. "*Jennifer Lopez* kalçası", "*Angelina Jolie* dudakları" ulaşılmak istenen hedefler haline gelmekte; aynı zamanda, televizyonda yayınlanan, *Nip/Tuck, Extreme Makeover* ve *The Swan* gibi programlar ve benzer örnekleri, günümüzün artan estetik ameliyat talebini yansıtırken, yeni talepler de yaratmaktadır.

Yine *90210* gibi cerrahlardan oluşan bir ekibin, gerçekleştirdiği

operasyonları ve sonraki iyileşme süreci ile mutlu sona ulaşıldığının gösterildiği programlar, ameliyatların riskleri ve zorluklarını göstermeden, bahsetmeden yolun kolay ve zevkli olduğu izlenimini yaratmaktadır. Featherstone'un (1996) da belirttiği gibi, günümüzde bireyler, kendilerine verilen bilgilerle, arzulanan görünüme kavuşabileceklerine dair ikna olmuşlardır.

Bahsedilen tarzda, bir tür "reality show" olan bu programların artışı, medyada estetik operasyon trendlerinin verilmesi, "yazın yaptırılacak operasyonlar" gibi yapılacaklar listesinin belirlenmesiyle, cerrahi ve cerrahi olmayan estetik girişim talebinin arttığı söylenebilir. Her gün yeni isimlerle, benzer amaçlar için geliştirilen teknolojiler, yöntemler önerilmekte; kozmetik uygulamalar tıbbileştirilmektedir: *Radyofrekansdiyatermi*, *TEI* dönemi, *LPG*, *karboksiterapi*, hekim olmayan biri için, ilk başta okuması bile güç ifadelerken; bu uygulamaların isimleri, ne işe yaradıklarına dair geniş bir açıklamaya da muhtaçtır.

g. Tıbbileştirmeme

Tıbbi olmayan problemler tıbbileştirildiği gibi, daha önceden tıbbileştirilmiş konuların artık tıbbi tanımını korumaması, tıbbileştirmeden çıkarılması ya da uzaklaştırılması, gayri tıbbileştirme ya da tıbbileştirmeme *(demedicalization)* olarak ifade edilebilir. Tıbbileştirmeme süreci, problemin tıbbi terimlerle tanımlanmasına son verilmesi ve tıbbi müdahalenin, uygun çözüm olarak kabul edilmemesi olarak düşünülmemelidir.

Tıbbileştirmemenin en önemli klasik örneği, eşcinselliktir. Eşcinselleri özgürleştirme protesto ve grevlerinin sonucu olarak, 1973 yılında, Amerikan Psikiyatri Derneği *(American Psychiatric Association)*, eşcinselliği, artık bir hastalık olarak görmeme konusunda[33], resmi olarak oybirliğine varmıştır. Bu durum en azından sembolik bir tıbbileştirmeme durumunu temsil etmektedir. AIDS'in yoğun olarak gündemde olduğu dönem, eşcinselliğin tekrar, kısmen tıbbileştirilmesine neden olmuştur. Bir başka örnek ise, on dokuzuncu yüzyılda, hastalık olarak kabul edilen mastürbasyonun, artık hastalık olarak kabul edilmemesi ve tedavi edilmemesidir.

Tıbbileştirmeme konusunda vurgulanması yerinde olacak bir diğer konu, engelli bireylerle ilgilidir. Engelli bireyler, yaşamlarını yönetme

33. Türkiye'de, Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı Aliye Kavaf'ın 07 Mart 2010'da yaptığı eşcinselliğin biyolojik bir bozukluk, bir hastalık, tedavi edilmesi gereken bir durum, olduğuna dair açıklaması, Türkiye'de, konunun tekrar tartışılmasına neden olmuştur. Cinsel tercihin bir hastalık olarak tanımlanmasını eleştiren, çok sayıda program yapılmış ve konu değerlendirilmiştir.

biçimlerinin tıbbın kontrolü altında olmaması gerektiği gerekçesiyle, engelli olmayı tıbbileştirmeden uzaklaştırmaya çalışmaktadır. Conrad, bu amaçla, engelliliğin tanımının yeniden yapılması, engelli insanların bağımsız olarak yaşayabilecekleri ve tıbbi bakım ile minimum temaslarının olacağı ortamlar ve durumlar yaratmak için çalışmalar yapıldığından söz eder (1992, s. 225).

Williams, bir çalışmasını, Hislop ve Arber'ın (2003), uyku üzerine yaptıkları çalışma üzerinden, uykunun tıbbileştirilmesi ve tıbbileştirilmemesi konusunu analiz etmek üzere yapmıştır. 1960'larda uykunun, sakinleştiriciler yoluyla tıbbileşmesi sürecinin, ilerleyen yıllarda, tıbbın araştırma konusunun dışına çıktığını belirten Williams, bu konuda medyanın etkilerine değinir. Medyanın, uyku ve benzeri birçok konunun tıbbileştirilmesinde ve tıbbın konusu olmaktan çıkarılmasında önemli rol oynadığını ifade eder (2004, s. 456).

Tüm tıbbileştirilmiş ve tıbbileştirmeden çıkarılmış konuların yanı sıra; tıbbın konusu içine girebildiği halde tıbbileştirilmeyen aile içi şiddet ve çocuk istismarı konuları, sosyal bir soruna ciddiyetle yaklaşmanın önemli örnekleri olarak gösterilebilir.

h. Tıbbileştirmenin Sonuçları

Konulan teşhis ve tedavilerden bağımsız olarak, tıbbileştirmenin toplumsal sonuçları vardır. Bu sonuçları, Conrad ve Schneider, aydınlık ve karanlık taraflar olarak ayırmaktadır (1980, s. 245-252; aktaran Conrad, 1992, s. 223). Birçok araştırmacı tıbbileştirmenin "karanlık" tarafını vurgulamaktadır: Tıbbi tarafsızlığın etik boyutu, uzmanlar tarafından egemenlik kurulması; sosyal problemlerin bireyselleştirilmesi; davranışın depolitikleştirilmesi; sorumluluğun yerinden oynatılması ve farklı bir yere yüklenmesi; güçlü tıbbi teknolojilerin kullanılması gibi konuları sıralamaktadır.

Tıbbileştirilmenin eleştirisi, temel olarak, tıbbi modelin sosyal problemleri nasıl kapsamdan çıkardığı ve bununla birlikte, bunları nasıl tıbbi kontrol altına aldığı yönündeki sosyolojik endişeler üzerine kuruludur. Bu süreç diğer türlü kolektif sosyal problemler olarak görülebilecek şeyleri bireyselleştirmektedir.

Günümüzde sağlığın, değerli bir mal haline geldiği toplumlarda, yaşamın farklı alanlarının tıbbileştirilmesi çok şaşırtıcı değildir. Ayrıca tıbbın ve tıbbileştirmenin bazı türlerinin, insan sağlığına katkılarının büyüklüğü aşikârdır. Burada üzerinde önemle durulan nokta; tıbbileştirmenin geniş bir alana yayılması, yayılmaya devam edeceği ve bazı konuların gereğinden fazla tıbbileştirilmesidir. Kısaca Conrad'ın da

ifade ettiği gibi, "tıbbileştirme salgını" yaşamın geniş bir alanına yayılmıştır (2007, s. 146). Özellikle de tıbbın ilgi alanına girmeyen konular ve gündelik yaşam pratiklerinin tıbbileştirilmesi; yakın gelecekte, hemen her alanın tıbbi hale gelebileceğinin habercisidir.

Tıbbileştirilen alanların, Batılı toplumlardan, Batılı olmayan diğer toplumlara "ihraç edildiği" ve daha fazla toplum tıbbileştirilerek; tıbbileştirilmiş alanın genişlediği söylenebilir. Bunun, dünyadaki bütün ülkeler için geçerli olmadığını söylemek mümkündür. Batı ülkelerinde, tıbbileştirilen konuların daha fazla olduğunu; bunun da sosyal kontrol ve denetimi sağladığı bilinmektedir. Örneğin Etiyopya'da doktorlara, *anoreksiya* veya *bulimia* teşhisi koyup, hasta tedavi edip etmedikleri sorulsa, cevabın ne olacağı malumdur.

Burada, tıbbileştirilen alanların, farklı toplumlarda ne ölçüde etki ettiği, benimsendiği gibi sorular sorulabilir; bununla beraber, toplumların sağlığı açısından, tıbbileştirmenin yararlı olduğu görüşü ortaya atılabilir.

Tıbbileştirme sayesinde, bazı sorunlar bireyin sorunu olmaktan çıkıp, hastalık olarak kabul görmektedir. Bu sayede bireyler, toplum içinde sadece kendine ait bir sorunla mücadele etmediği bilgisiyle daha rahat davranabilmektedir. Bir sorunla kendi başına mücadele etmektense, mücadele eden başka kişilerin varlığından haberdar olmak bile psikolojik olarak iyileşme sürecini başlatabilir. Tıbbileştirmenin bir başka olumlu yanı olarak, bireylerin tedavi olmaları, iyileşmeleri veya geçirdikleri operasyonlarla kendilerini daha iyi ve güvenli hissetmeleri söylenebilir.

Tıbbileştirme, bireylerin sağlık hakkında bilinçlenmesini ve bedenlerinden gelen sinyallere kulak vermelerini sağlayabildiği gibi; Moliére'in[34] ünlü eserinin de adı olduğu gibi, "hastalık hastası"[35] olmalarına da neden olabilir.

Son yıllarda tıbbileştirmenin sonucu olarak yaşanan büyük değişimlerden biri, tüketicilerin ve tıbbi piyasaların ortaya çıkışıdır. İlaç ve tıbbi teknoloji firmalarıyla, diğer girişimciler, tıbbi çözümler pazarlamaktadır. OTC[36] ürünlerinin (*over the counter* – tezgâh üstü ilaçlar) tüketici-

34. Moliére (1622-1673): Fransız oyun yazarı. Orijinal adı, *Le Malade Imaginaire* (1673) olan ve *Hastalık Hastası* olarak çevrilen oyunda; ölümünden ve doktorlarından korkan, bir hastalık hastasının kuruntularıyla birlikte, tıp mesleği ve doktorların bilgiçliği alaya alınır.

35. Hastalık hastası: hipokondriyak.

36. Türkiye'de, 14 Mayıs 1928 tarihinde, 1262 sayılı kanunla İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu kabul edilmiştir. Kanunda ispençiyari ve tıbbi müstahzarların tanımı, insanlarda hastalıktan korunma, teşhis, tedavi veya vücudun herhangi bir faaliyetini değiştirmek için kullanılan; kimyasal, bitkisel veya biyolojik kaynaklı maddelerle hazırlanan ecza ve tıbbi hazır ilaçlar olarak yapılmıştır. 29 Kasım 1940 tarihinde, bazı hükümler ilave edilen kanun son

ye doğrudan pazarlanmasının (DTC[37] – *direct to consumer marketing*) mümkün olduğu ülkelerde, reklamlarla teşhis ve tedavi için tüketicilerin yönlendirilmesi önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Conrad'a göre, "X ilacın sizin için uygun olup olmadığını doktorunuza danışın" mesajı, ilaç üreticileri, tüketiciler ve doktorlar arasındaki yeni ilişkiyi yansıtmaktadır (2007, s. 154). İlaç endüstrisinin uzun yıllardan beri tıbbileştirmenin bir parçası olmasına rağmen; günümüzde payının giderek büyüdüğü söylenebilir.

Conrad, tıbbileştirmenin, sağlık sigortaları ve hükümetleri, söz konusu hastalıkları, ne derecede kapsam içine alacaklarını belirlediğini de düşünür. Bir hastalığın tedavisi ile ilgili yapılan reklamın sıklığının; tedavinin sigorta kapsamına alınıp alınmamasına aracılık edebildiğini belirtir.

Bireylerin, sağlıkla ilgili geri ödemeleri, devletten ya da sigorta şirketlerinden alabilmelerinin yolu, konunun tıbbi bir problem olarak tanımlanması ile gerçekleşebilir. Bu nedenle, bazı problemlerin geri

---

olarak, 7 Eylül 1990 tarih ve 20628 sayı ile Resmi Gazete'de yayımlanarak Beşeri İspençiyari Tıbbi Müstahzarların Tanıtım Yönetmeliği olarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik tanıtım konusundaki prensipler hakkında detaylı bilgi vermektedir. Türkiye'de ilaç tanıtımı ile ilgili kurallar ve denetimler Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bunun yanı sıra, büyük bir endüstri olan ilaç endüstrisi sendika kurarak (İlaç İşverenler Sendikası-İEİS), öz denetim sistemini de benimsemiştir.

Yönetmelikte ilaç reklamlarının nasıl olması gerektiği detayları ile verilmiş, Sağlık Bakanlığı'nı birinci derecede ilgilendiren konu ve kuralları yönetmelik ile belirlenmiştir. Türkiye'de reçeteli ya da reçetesiz satılan tüm ilaçların reklamları yasaktır. Ayrıca Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nın 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunu'nun ticari reklam ve ilanlara ilişkin maddesi ile uygulamalar denetlenmektedir. 1990 yılında İEİS Tıbbi İlaç Tanıtım İlkeleri Kılavuzu'nu hazırlamış ve yürürlüğe koymuştur (Sezgin, 2003, s. 73).

İlaç reklamı kapsamında yer almayan, yeni bir ilacın hizmete sunulması ya da başka bir formunun çıktığının bilgisinin verilmesi amacıyla, gazetelere önceden Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınarak, bir ilaç için sadece kanunda belirtildiği şekilde ilan verilebilir. Ancak bu ilanda da herhangi bir resim veya görüntü yer alamaz. İlaç reklamları gibi, hekimlerin de yapmakta oldukları operasyon ve uygulamaları içeren ve öven reklamları ile, özel hastanelerde gerçekleştirilen tedavileri övdükleri, öne çıkardıkları reklamların yapılması da yasaklanmıştır. Tüm bu yasa ve yönetmeliklere uygun olarak medyada ilaç reklamcılığı yapılmamasına rağmen, özellikle dergilerde özel klinik ve doktor uygulamalarını öven ilanlara rastlanmaktadır.

Bir başka önemli konu ise, Sağlık Bakanlığı'nın ilaç kapsamında ele almadığı, gerekli izinlerin Tarım Bakanlığı tarafından verildiği, doğal ürün ve besin takviyelerinin reklamlarının serbest olmasından ötürü, dergilerde reklamlarının son yıllarda artmış olmasıdır. Endikasyon ve tedavi önerilerinin yer aldığı bu tür ürün reklamları, zaman zaman bireyleri tıbbi tedavilere gerek olmadığı düşüncesine sevk etmektedir.

Türkiye'de 2010 yılında OTC (*Over The Counter*–Tezgâh Üstü İlaçlar) kanununun çıkarılması düşünülmektedir. Bu olası kanun ile, reçetesiz ilaçlar marketlerde satılabilecek ve medyada reklamları yapılabilecektir. Türkiye genel okuryazarlık düzeyi düşük olduğu gibi sağlık okuryazarlığı da düşük bir ülkedir. Reçeteli reçetesiz ayrımı yapılmadan, her vatandaşın eczaneden hemen hemen her istediği ilacı, ücretini ödeyerek satın aldığı, endikasyonu olsun olmasın kullandığı bir ülkede, ilaç reklamlarının çok dikkatle yapılması gerekmektedir.

37. Tıbbi ürünlerin tüketiciye, kitle iletişim araçları ve internet aracıyla tanıtım ve promosyonunun yapılması (http://www.ucsfcme.com).

ödemesinin yapılabilmesi için tıbbi olarak tanımladığı söylenebilir.

Tıbbileştirmenin ekonomik altyapısının, sürekli artan sağlık maliyetlerinin, ülkelere getireceği yük üzerinde de durmak önemlidir. Tıbbileştirilen alan genişlemesi, tıbbi maliyetlerin katlanarak büyümesine neden olmaktadır. Örneğin Türkiye'de, iyi işlemeyen ve düzeltilmeye çalışılan sağlık sigortası sistemi bulunmaktadır. Bu yükünü hafifletmeye çalışan Türkiye için, tıbbileştirilen alanların çoğalmasının yükü, uzun vadede devletin üzerinde olmayabilir. Ancak bu yükün, özel sigortalar aracılığıyla bireylere yükleneceği; bu yükün altından kalkabilecek ekonomik koşullara sahip bireylerin sayısının da az olduğu vurgulanmalıdır. Tıbbileştirmenin hızla alanını büyütmesinin, henüz bir dirençle karşılaşmadığı; dolayısıyla, getirdiği ekonomik maliyetle bağlantılı olarak eleştirilere çok az konu olduğu belirtilmelidir.

Özetle tıbbileştirmenin genişlemesi, "sağlıklı yaşam endüstrisi" olarak ifade edilen, ilaç endüstrisi, sigorta şirketleri, özel hastane ve klinikler ile kozmetik sektörü gibi geniş bir sektörün lehine genişleme sağlamaktadır. Ticari kaygıların yoğun olduğu durumlarda, insan sağlığının objektif olarak savunulduğu ve korunduğu konusu kuşku ile karşılanmalıdır.

2. Sağlık Sorunsalının Bireyselleştirilmesi

a. Bireyselleştirme

Medya söyleminde sağlık konusunun aydınlatılması amacıyla, medyada sağlığa yer verilme biçimlerinden birinin *gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi* olarak belirlendiği belirtilmişti. *Sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi* konusu, medyada sağlığa yer verilme biçimlerinden ikincisi olarak belirlenmiştir.

Sağlık konusu, toplumsal, ekonomik ve politik bir konu olmasına karşın, özellikle medyada sağlık konusunun, bu temel başlıklardan uzak, bireysel bir mesele gibi sunulduğu görülmektedir. Diğer boyutlarından uzak, bireyselleştirilmiş sağlık anlayışı, nedenleri, sonuçları ve işleyiş mekanizmalarıyla ele alınmıştır.

Navarro, çağdaş kapitalist toplumlarda hastalıkların nedenleri ve özellikleri ile ilgili düzenlemelerde devletin önemli bir rol oynadığını düşünür. Hastalıkların toplumsal ve çevresel nedenler açısından değil; bireysel koşullardan ve sorunlardan kaynakladığı düşüncesi hâkimdir. Kısacası hastalık, bireysel bir sorun olarak görülmektedir ki, bu da genel olarak bireyin ahlâki ve bireysel sorumluluk eksikliğinden kaynak-

lanmaktadır. Hastalık, bireysel açıdan kişinin gerekli yeme alışkanlıklarına, egzersizlere ve kişisel temizliğe uymayı başaramamasının bir sonucu olarak görülmektedir. Hastalığın yapısal ve çevresel nedenleri, bu bireyci yaklaşımca, kapitalist toplumdaki bireyciliği yansıtarak gizlenir. Bu ideolojik mekanizmanın başka bir özelliği de hastalığın gerekli kanun ve sosyal düzenlemelerle engellenmesi yerine bireysel tedavi üzerine odaklanmasıdır (1976, s. 197).

Lodziak'a göre kapitalizm, gelişmiş kapitalist toplumlardaki bir çoğunluğa, özel tüketime teşvik eden kaynaklar sağlamaktadır. Gittikçe artan sayıda birey için tüketici temelli yaşam tarzlarının anlamlı ve tatmin edici yaşam ihtiyacını karşılamakta yetersiz kaldığını düşünmektedir (2003, s. 102). Anlamlı bir yaşam elde etmek için olanaklar sınırlı hale geldikçe, büyük bir çoğunluk, anlam ve tatmin ihtiyacını özel alanda aramakta, sağlık bu anlam arayışında "anlamlı" bir çıkış olarak görülmektedir.

Günümüz bireyi, "kendi olmak" ve "kendini tanımlamak" ihtiyacını birçok alanda gidermeye çalışırken, sağlıklı olmaya ilişkin bir yaşam tarzının olması ile kendini ifade ettiğini ve özgürleştirdiğini de düşünmektedir. Halbuki sağlıklı yaşam tarzı oluşturma gayreti de, karşılanmayan kimlik ihtiyaçlarının sonunda ortaya çıkabilmektedir. Bunun sonucu olarak bireye sunulan sağlıklı yaşam tarzı, bireyin kendini içinde bulduğu modern yaşamın çıkmazlarından kurtaramamakta; aksine bunun pekişmesine neden olmaktadır. Bireye yöneltilmiş sağlıklı yaşam biçimini yaratmak, korumak ve kendini gerçekleştirebilmek görüşü, ancak toplumsal düzeyde gerçekleşecek bir değişim sayesinde olabilecektir.

Bireyselleştirilmiş sağlık anlayışında sorumluluğun bireye indirgendiği konusuna Wallack da vurguda bulunur (1990, s. 45): Genel olarak, bireyin akıl edemediği, doğru beslenemediği veya yanlış davrandığı için, hastalıklarla mücadele ediyor veya sağlık sorunu yaşıyor gibi gösterilmekte olduğunu belirtir.

Lodziak'ın da ifade ettiği gibi, bireycilik ideolojisinin kapitalist sisteme özellikle uygun olduğuna dair şüphe yoktur. Bireycilik ideolojisinin merkezi bir unsuru, bireyin işlerinin nasıl gittiğinin, bireysel çabalara bağlı olduğudur (2003, s. 67). Eğer birey başarısızsa bunun sorumluluğu yine bireye aittir. Başarı kolektif davranmayı desteklerken; başarısızlık durumunda bireyler kendilerini suçlama eğilimi göstermektedir. Bu yaklaşımın bir sonucu olarak, günümüzde giderek mutsuzlaşan, başarılı olamama kaygısıyla yaşayan bireylerin sayılarının arttığı söylenebilir. Fiziksel sağlığı güçlendirme yolları sunulmasına rağmen,

sistem ruhsal sağlığın çöküşünü hazırlamaktadır.[38] Bireye ruhsal sağlığı koruma önerileri olarak sunulanlar ise, bireycilik ideolojisinin gücü yanında "başarısız" kalmaktadır.

Bireyin kendisine verilen bu yükü kaldırabilmesi oldukça zor görünmektedir. Bauman'ın ifade ettiği gibi, suçun kurumlardan alınıp, benliğin yetersizliğine yüklenmesi ve bu durumun ortaya çıkaracağı öfke, bireyin kendini engelleme ve kötüleme duygusu içinde yeniden biçimlenmeye başlamasına; hatta bireyin kendi bedenini hedef alan şiddet ve işkenceye yönelmesine neden olabilir (2001, s. 15). Bu tür olası sonuçları bireyin "zayıf" iradeli olması ile açıklamak ise yaygın bir kanı olmasına rağmen; konunun derinliğinin anlaşılmamasının bir sonucu olarak kullanıldığı söylenebilir.

Bireylere sağlıklarına ilişkin söylenen ve inanmaları beklenen, kişinin nasıl yaşadığına bağlı olarak sağlığının belirlendiği; hastalıkların yaşam biçimindeki bireysel farklılıkların ürünü olduğu ve hastalıkların bireylerin davranışlarının düzeltilmesiyle düzelebileceğidir. Buradaki en büyük çelişki, bireyin nasıl bir toplumsal, ekonomik ve ekolojik çevre içinde yaşadığı bilgisinin, bu bağlamın dışında imiş gibi gösterilmesidir.

Çelişkiler ve riskler, Bauman'ın da belirttiği gibi, toplumsal olarak üretilir (2001, s. 63). Toplumsal olarak gerçekleşen bir süreçle bireyin kendi başına başa çıkması söylenildiği kadar kolay değildir. Örneğin bireye sağlıklı beslenme öğütleri verilirken ve birey bunları söylenildiği gibi yerine getirmeye çalışırken; kanser ve benzeri bağışıklık sistemi hastalıklarına yol açtığı iddia edilen[39] genetiği değiştirilmiş, hormonlu, katkı maddeli veya benzeri kontrol edemediği ve bilemediği süreçler sonucunda kanser ve benzeri hastalıklara yakalandığında bunun sorumluluğu nasıl bireye aktarılabilir?

Bu durumda, bireylerin psikolojik olarak zayıf olmaları, olumlu düşünme becerisini gösterememiş, kariyer planlarını gerçekleştirememiş olmaları konusundaki gereksiz yargılamalarla, birey suçlanmış olmaktadır. Üretim yolları ve sistemleri, bunları düzenleyenler, bunlara verilmiş onaylar bahsedilen durumlarla hiç ilgileri yokmuş gibi gündeme bile gelmemektedir.

İçinden çıkılmaz bir hale getirilen durum, bireyin sağlığına ilişkin

38. Depresyon, panik atak, anksiyete ve daha birçok psikolojik rahatsızlık, bu yüzyıla damgasını vuran hastalıklar olarak sıralanabilir.

39. GDO (genetiği değiştirilmiş organizmalar) ve hormonun kansere yol açıp açmadığı farklı bilimsel tartışmaların konusudur. Ancak kansere yol açacağı ile ilgili söylemin de üretilen bir yargı olduğu söylenebilir. Yani sistem hem kanserojen madde hem de kanser bilinci üretmektedir. Bu bilince "sahip olmayan bireyler"in ise kansere yakalandıkları iddia edilmektedir. Sonuç olarak, bu çelişkili bilinç üretiminin de yükünü bireyin taşıdığı iddia edilebilir.

tüm bilgileri takip etmesini, öğrenmesini, kullanmasını, sonuç alamadıysa yenilerini öğrenmesi veya bedenini zorlaması gereken bir duruma gelmiştir. Bireyin tüm bunları yapmaya gücünün olmaması beklenen bir durum olmasına rağmen; yapabileceğine veya yapmak zorunda olduğuna inandırılışı bireyin üstündeki yükü artırmaktadır.

Bireyden gerçekleştirmesi beklenen, kendine sunulan bilgileri vakit geçirmeden uygulamaya başlamasıdır. Bauman "kadim slogan" olarak adlandırdığı *carpe diem*'in (bugünü yakala) bu koşullarda farklı bir özellik kazandığını söyler (2001, s. 299). "Bugünün yakalanması"na yapılan vurgu, zamanın birey için değerli olmasından değil; tüketim yapması açısından değerli bulunmasındandır. Kendine sunulan sağlıklı yaşam önerilerinin tüketim yoluyla kullanılmaya başlanması ideal sağlık veya ideal beden imgelerine ulaşmasına yardımcı olacaktır. Aksi takdirde, "tüketmediği" durumda ise, sağlığını koruması güçleşecek veya birey sağlığını yitirebilecektir.

Medyada sağlık ve sağlığa ilişkin sunumlar toplumsal sağlık sorunu ve çözüm yollarından daha çok bireysel düzeyde sorun ve çözüm yollarına odaklanmıştır. Toplumsal boyutta ele alındığı durumlarda da Turner, bireye sunulan bilimsel kanıtların belirsiz, çelişkili ya da karmaşık olduğunu ve bu koşullarda halkın kamusal tartışmaya dahil olma kapasitesinin sınırlı olduğunu belirtir (1995, s. 169). Belirsiz, çelişkili veya karmaşık bilgilerle, toplumu ilgilendiren sağlık konusunu tartışma olanağından yoksun bırakılan bireye, bireysel çerçevenin güçlendirildiği mesajların verilmesi sadece tartışmanın yönünün değişmesine değil; aynı zamanda problemi ele alma konusunda devletlerin sorumluluğunun gözden kaçmasına da neden olmaktadır.

Bu karmaşık ve çelişkili bilgiler zaman zaman, bireyin panik içinde olmasına neden olacak sağlık tehlikeleri haberleri olarak medyada yer bulmaktadır. Büyük bir karmaşa yaşanan durumlardan sonra bile, yine bireysel tedbir önerilerinin verildiği görülmektedir. Daha büyük çaplı bir organizasyon, bilinçlendirme çabalarından bahsetmek pek de mümkün değildir. Türkiye'de 2009 yılında GDO'lu gıdalar ile ilgili yaşanan kafa karışıklığı[40] bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Sözde bir bilinç olu-

40. GDO'lu gıdaların son dönemde çok tartışılan konulardan biri olduğu söylenebilir. Birçok birey GDO'nun ne anlama geldiğini yeni yeni öğrenirken; GDO diğer bir grup birey için sağlığı tehdit eden zararlı organizmalar, bir başka grup içinse hiçbir zararı olmayan ürünleri temsil etmektedir. Bazı uzmanlar genetiğiyle oynanmış ürünlerin insan sağlığını ciddi şekilde tehdit ettiğini, sağlık üzerindeki etkileri için yapılmış bir bilimsel araştırma olmadığını savunmaktadır. Bu ürünlerin zararlı olduğunu savunanlar, GDO'lu ürünlerin alerji başta olmak üzere, antibiyotiklere karşı dayanıklılık oluşması, organ yetersizliği ve kanser gibi hastalıklara neden olduğunu belirtmektedir.
Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nca hazırlanan ve 26 Ekim 2009'da Resmi Gazete'de yayımla-

şumu ya da toplumsal birleşme olsa da, hemen hiçbir çabanın devamı gelmemektedir.

b. Birey Hakkı Olarak Sağlık

Bireysel bir sorun olarak sunulan sağlığın, vatandaşlığın temel konusu olarak kabul edildiği bilinmektedir. Sağlık, sağlıklı yaşamak ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı kanun ve yasal düzenlemelerle belirlenmiştir. 1948 yılında kabul edilen *İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*'nin 25. maddesinde, "Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır" maddesi yer almıştır. Bu maddeye göre sağlık, bireyler için temel haktır. Birey nerede, ne koşulda, hangi ülkede yaşıyor olursa olsun sağlık hakkına sahiptir. Sağlık bir hak olarak kabul edilerek, farklı yasal düzenlemelerde de yer almıştır.

İkinci önemli belge olarak kabul edilebilecek, *İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*'nin devamı ve onu destekleyen bir belge niteliğindeki *Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi*'nin 12. maddesi sağlık hakkını "sağlık standardı hakkı" başlığı altında düzenlemiştir: "Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmesi amacıyla alınması gerekli tedbirleri içerir". *Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi*'nde de görüldüğü üzere sağlık, bireyin sorumluluğunda değil, devletlerin sorumluluğundaki bir hak olarak tanımlanmaktadır.

Aynı zamanda Sözleşme'de alınması gereken tedbirler olarak; varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması; çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme; salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü; hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması yer almaktadır.

Bireyin sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından Sözleşme'nin kapsayıcı bir yaklaşıma sahip olduğu söylenebilir.

---

narak yürürlüğe giren GDO Yönetmeliği, sivil toplum kuruluşlarının tepkisiyle karşılaşmıştır. Tüketici örgütleri, sendikalar, bilim adamları tarafından uluslararası tekellerin baskısıyla çıkarıldığı iddia edilen yönetmeliğin, Türkiye'nin tarımını tehdit ettiğini ileri sürülmüştür. Tarım Bakanlığı ise iddiaların aksine yönetmeliğin büyük bir boşluğu doldurduğunu savunmuştur. Biyo-Güvenlik Yasası çıkana kadar, bu yönetmeliğin oluşan boşluğu dolduracağını, GDO'lu ürünlerin ithalinin, üretiminin ve satışının kurallara bağlandığını belirtmiştir. Uzun tartışmalara ve fikir ayrılıklarına rağmen, konu gündemden düşmüş, neredeyse unutulmuştur.

1961'de yürürlüğe giren *Avrupa Sosyal Şartı*'nda ise, 11. maddede ve "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında, "Akit Taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra, sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak; sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak; salgın hastalıklarla yerleşik, bölgesel ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler." şeklinde bir düzenleme getirilmiştir. *Avrupa Sosyal Şartı*'nda da görüldüğü gibi, bireye sağlığını geliştirmek için eğitim ve danışma kolaylıkları sağlanması maddelerden sadece biridir. Bireyin içinde yaşadığı koşullara uygun önlemler alınması gerekliliği de vurgulanmaktadır.

Türk hukukunda sağlık hakkı anayasal düzeyde 1961 Anayasası'na kadar kendisine yer bulamamıştır. *1961 Anayasası*'nın 49. maddesinde: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbir alır" şeklinde sağlık hakkına, devlet açısından yükümlülük doğuracak şekilde yer verilmiştir.

Halen yürürlükte bulunan *1982 Anayasası*'nın 56. maddesinde *"Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması"* başlığı altında, "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" denilmektedir. Türkiye'de anayasalarda da görüleceği üzere sağlık, devletin ve bireyin sorumluluğundadır.

Sonuç itibarıyla, sağlık devletlerin sorumlu olduğu, bir hak, ekonomik ve politik bir konudur. Bu konu çeşitli düzenlemelerde de görüldüğü üzere, sorumluluğu bireye aktaran bir anlayışa sahip değildir. Bireyselleştirilmiş bir anlayış, tüm sürecin üstünün örtülmesine neden olmaktadır ki bu da bireyin sahip olduğu haklardan haberdar olmasını engellediği gibi, bu konuda tartışma alanlarının yaratılmasına da engel olmaktadır.

Bireyselleştirilmiş sağlıklı beden hedefi, önemli ve çaba harcanmaya değer bir hedef olsa da, bireyin bu hedefi gerçekleştirebilmesi hemen hemen olanaksızdır. Birey, yeni ve denenmemiş olduğunu zannettiği önerilerle kendine çıkış noktası aramaktadır. Yeni gibi sunulan ancak binlerce yıldan beri denenen şeyler birbirinin aynıdır, büyük farklılık göstermemektedir.

Sonuç olarak, sağlık ve sağlıklı yaşam önerileri konusunda yaşanan bireysel başarısızlıklar, bütünü kapsayacak bir özellik taşımamakta; bireysel düzeyde kalmakta ve çözüm yolu da bireysel olarak aranmaktadır. Tek tek bireylerin çözüm aramasının işe yarar sonuçlara varmayacağı açıktır. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve uygun sağlık politikalarının hayata geçmesi bireysel çabalarla değil, kolektif mücadele ile sağlanabilir.

Hastalık ve sağlık kavramlarının gelişiminden yola çıkılarak irdelenmeye başlanan sağlık ve iktidar konusunda, tıbbın otoritesinin tarihsel olarak oluştuğu ve bu otoritenin zaman içinde yine tarihsel olarak bir başka alana –sağlıklı yaşam endüstrisine– doğru yön değiştirdiği söylenebilir. Geçmişten bu yana sağlık ile ilgili uygulamalarda, tıp alanındaki gelişmeler nedeniyle büyük mesafeler katedilmiş ve bu süre içinde sağlık konusundaki iktidar kullanımında değişiklik olmuştur. Birey, sağlık aracılığıyla denetlenmekte ve tıbbi sosyal kontrol altında yeniden biçimlendirilmektedir. Bu yeni iktidarın en önemli özelliği ise, görünmezliğidir. Böylece birey görünmeyen ancak karşı konulmaz bir güçle, "sağlıkla", denetlenmekte ve tüketmektedir.

II. Sağlık İletişimi

Yirminci yüzyıldaki sağlık alanında yaşanmakta olan büyük gelişme ve değişimlere rağmen; sağlık sorunları gündemdeki yerlerini korumaya devam etmektedir. Geçmişin sağlık ile ilgili mücadele alanları yerlerini, yeni ve farklı alanlara bırakmıştır. Yeni sağlık sorunlarının gelişmesinde çevresel koşullar, yeni yaşam biçimleri, endüstrileşme, politik sorunlar ve benzerlerinin rol oynadığı söylenebilir.

Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin artırılabilmesi ve daha iyi şartlara ulaşılabilmesi için yüksek harcamalar yapılmaktadır. Fakat herkes için yeterli sağlık bakımı sağlama, hastalık ve diğer sağlık problemlerini önleme ve kontrol çabalarını en yüksek düzeye çıkarma konusundaki yeterlilikte, halen çok çeşitli problemler yaşanmaktadır. Bu problemlerin bir kısmının sağlık hizmeti

sağlayanlar, halk, halk sağlığı çalışanlarının çabaları ile bir kısmının da ülkelerin kendi içlerinde ve uluslararası ortak platformlarda birlikte verecekleri kararlarla azaltılmasının mümkün olduğu düşünülmektedir.

Gelir, eğitim, sosyoekonomik durum, okuryazarlık, etnik yapı, coğrafik koşullar, ırk, kültürel farklılıklar ve dil engeli, sağlık dengesizliğini etkileyen ya da sağlık dengesizliklerini oluşturan faktörlerden bazılarıdır (Schiavo, 2007, s. 58). Günümüzde sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz egzersiz ve erken teşhis gibi konularda yapılacak doğru bilgilendirmelerle mevcut ölüm oranlarını, tüm dünyada azaltma olanağı bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde yaşanmakta olan açlık, yetersiz sağlık bakımı ve sağlık sorunlarının, basit önerilerle düzelemeyeceği ortadadır. Bu noktada, ancak ülkelerin büyük çaplı çaba içine girmesi ve politikalarında değişiklik yapmaları durumunda, büyük adımların atılacağı söylenebilir.

Yaşanmakta olan hastalıklar, küresel sağlık sorunlarının yanı sıra, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve sağlık hizmetlerinde yaşanmakta olan sorunlar sürmektedir. Bununla beraber sağlık hizmeti sunanlar ile hastalar arasında da iletişim sorunları yaşanmaktadır. Hastalığın yalnızca fiziksel nedenlerine odaklandığı durumlarda; kültürel normlar, bireylerin hastalıklarla başa çıkma kabiliyetleri ve psiko-sosyal yönleri hesaba katılmadığında; hastanın, tavsiye edilen tedaviye uyma konusunda başarısız olması kaçınılmazdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri açısından, sağlık hizmeti sağlayanlar ile hasta ve hasta yakınları arasında kurulan iletişim büyük önem taşır.

Zaman zaman sağlık hizmetlerindeki tedavi edici geleneksel yaklaşımlar, zaman zaman da sağlık hizmeti sağlayanlar ve hasta arasındaki iletişim sorunları veya hastanın tedavi ve önerilerden istediği, beklediği sonucu alamadığı durumlarda hastaların farklı çareler aradıkları bilinmektedir. Bu yollar sadece alternatif tedaviler olarak değil; bireylerin çevreden ve medyadan sağlıkla ilgili duyduğu, öğrendiği çoğu öneriye başvurma biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Bu koşullarda, hasta için neyin en iyi olduğu konusunda çok sayıda görüş ayrılığı bulunmaktadır ve tartışmalar gelecekte de devam edecek gibi görünmektedir.

Günümüzde sağlık eşitliği kavramı, sağlık ile ilgili konularda bireylerin yaşadıkları farklılıkları ortadan kaldırarak ya da en aza indirgeyerek, sağlık dengesizliklerini yok etmenin önemini vurgular. Ancak sağlık eşitliğinin sağlanabilmesi için, bir toplum içinde yaşayan bireylerin öncelikle ekonomik, ardından sosyal ve kültürel koşullarının da birbirine yakın hale getirilmesi veya bu konudaki eşitsizliklerin giderilmeye çalışılması gerekmektedir.

Eşitsizliğin giderilmesinin gerekliliğinin yanı sıra, modern tıpta hastanın güçlendirilmesi olarak ifade edilen kavramın, sağlık hizmetlerinde uygulanması da eşitsizliklerin giderilmesine katkıda bulunabilir. Sağlık eşitliği kavramı birden fazla konuyu içinde barındırır: Bir hastalık ve tedavisiyle ilgili olarak, hastaların bilgilendirilmeleri için oluşturulan gruplara sağlık uzmanlarıyla birlikte katılmalarını, bu sayede tedavide rol oynamalarını hedefleyen, bilinçlendirilme amacı için kullanılır. Hastanın kendini yeterli hissetmesi için, tavsiye edilen tedaviye veya alınan önlemlere bağlı kalması ya da sağlık sonuçlarını iyileştirecek davranışlarda bulunmasını kapsar. Ancak hasta katılımındaki çeşitlilik ve farklı aşamalar yüzünden hastanın güçlendirilmesi kavramının dikkatle kullanılması gerekir; öncelikle hastanın hangi konuda ve ne kadar güçlü olmasının beklendiğinin bilinmesi gereklidir (Schiavo, 2007, s. 59).

Sağlık ile ilgili yaşanmakta olan her türlü soruna rağmen, insanın yaşam süresi –ülkelere göre farklılık gösterse de– uzamıştır. Yaşam süresinin uzaması, beraberinde ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan hastalıkları da getirmiştir. Aynı zamanda bu hastalıklarla yaşamlarını sürdürmekte olan bireylere sağlık hizmetlerinin sunulması konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Aileler sorunlarına kendi çabalarıyla çözüm bulmaya çalışırken, sorunlarla mücadeleden ötürü, mutsuz aile bireyleri ve mutsuz yaşlıların sayısı artmaktadır.

Geçtiğimiz yıllarda bilgisayarların, bilgisayar yazılımlarının, internetin ve diğer yeni teknolojilerin geniş bir şekilde benimsenmesi; sağlık bakım sistemi içerisindeki iletişim; bireylerin sağlık bilgisini aldıkları yollar ve günlük hayatta sağlık hakkında iletişim kurdukları yollar üzerinde çeşitli değişikliklere sebep olmuştur. İletişim teknolojileri gelişmeye devam edecek ve büyük ölçüde, sağlık hakkında iletişim kurulan yolları etkilemeye devam edecektir. İnternetin yaygınlaşması sonucunda sağlık bilgisi bireyler için, daha kolay erişilebilir bir hale gelmiş; internet aynı zamanda hastalar için bir sosyal destek kaynağı görevi görmeye başlamıştır. Fakat tüm bireyler bu teknolojiye erişime, onu kullanacak bilgiye ya da mevcut sağlık bilgisini yorumlama yeteneğine sahip değildir. Aynı zamanda internette sağlık konusunda bilgi kirliliği hızla artmakta, bireylerin yanlış bir şekilde yönlendirilmelerine sebep olabilmektedir.

Özetle bireylerin kendi sağlıklarını tüm gelişme ve olanakları kullanarak korumaları ve geliştirmeleri beklenen bir anlayışın egemen hale geldiği söylenebilir. Bireylerden sağlıklarıyla ilgili kendilerine düşeni yapması beklenmektedir. Burada unutulmaması ve öne çıkarılması gereken nokta, gittikçe ticari niteliği artan sağlık konusunda, birey ve do-

layısıyla toplum sağlığı için yapılması gerekenlerin başında, bireylerin kendi sağlıklarını sadece kendi başlarına korumalarının yeterli olmadığı; sağlık konusunda bireyden önce, sağlık politikalarının belirlenmesi gerektiğinin ortaya konulmasıdır. Sonuç olarak, bireye yüklenmiş bir sağlık sorumluluğuyla, yapılması gereken büyük çaplı yasal düzenleme ve politikaların gerekliliği –sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin üzerinin örtülmesi gibi– ideolojik bir örtünün altında gizlenmektedir.

Tam bu noktada, sağlık iletişimi perspektifi ticarileşmekte olan sağlık anlayışı için önemli bir görev üstlenebilir. Yasal düzenleme ve politika geliştirilmesinin yanı sıra, sağlık konusunu kendi ticari çıkarları doğrultusunda yönlendirenlerin çabaları; ülkelerin ve uluslararası platformların ticari kaygıları olmayan kurum ve kuruluşları tarafından düzenlenecek sağlık iletişimi faaliyetleriyle dengeye getirilebilir.

Aynı zamanda sağlık iletişimi, belirtilen faktörleri gündeme getirebilir; farkındalık yaratabilir; bireylerin sağlıkları konusunda asıl yapmaları ve bilgilendirilmeleri gereken konuları ortaya koyabilir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığını geliştirerek kaynakların doğru kullanımını sağlamanın yanı sıra, bireylerin kendilerini yanlış ve yönlendirilmiş sağlık bilgilerinden korumalarına yardımcı olabilir.

Burada dikkat edilmesi gereken konu, sağlık iletişimi faaliyetlerinin, sağlık iletişimi gibi gösterilen ticari kaygılarla hazırlanmış uygulamalardan ayrılabilmesidir. Bu nedenle, özellikle devlet eliyle, aynı zamanda ticari kaygı taşımayan tüm kurum, kuruluş ve sivil toplum örgütlerince –*Dumansız Hava Sahası* kampanyası gibi– doğru örneklerin sık olarak planlaması ve uygulanması, bireylerin kendilerine sunulan vaatleri sorgulama ve analiz etmelerine olanak sağlayacaktır.

Medyada ve farklı mecralarda sağlık iletişimi olduğu iddia edilen uygulamaların ne olduğu ve ne olmadığının daha iyi anlaşılması açısından; sağlık iletişimi perspektifinin detaylandırılarak incelenmesi önemlidir. "Sağlıkmış" ve "sağlık içinmiş" gibi yapılan ve söylenilenlerin ortaya konması; tıbbileştirilen gündelik yaşamın ve bireyselleştirilen sağlık sorunsalının irdelenmek üzere fark edilmesinin ve özellikle medyada yer alan sağlık bilgilerinin denetlenme yollarının oluşturulması; farklı bir bakış açısı getirebilmesi ve alternatif sunabilmesi açısından sağlık iletişimi perspektifi bu kitap açısından önem taşımaktadır.

Sağlık İletişimi bölümü, sağlık iletişimi çalışmaları, sağlık iletişimi kuram ve modelleri ile sağlık iletişiminde diğer yaklaşımlar olarak üç kısımda ele alınmıştır.

Sağlık iletişimi çalışmaları alanın tanımlanması, özellikleri, geçmişi, gelişmesindeki arka plan, gelişmeler, alanın kurumsallaşması, alan-

daki araştırmalar, eğitim alanındaki gelişmeler ve yayınlar başlıkları birinci kısmın konularını oluşturmaktadır.

Sağlık iletişimi kuram ve modelleri, sağlık iletişiminde yararlanılan kuram ve modelleri ele almaktadır. Farklı kaynaklarda farklı yönleriyle ele alınmış çok sayıda kuram ve model, sınırlandırılmış ve mikro-düzey kuramlar, makro-düzey kuramlar ve diğer yaklaşımlar olarak sınıflandırılmıştır. Kitapta yer verilen kuram, model ve yaklaşımlar, en yaygın kullanılanlar ve medyada sağlığın sunulma biçimlerini analiz etmeye hizmet edenler olarak belirlenmiştir.

Sağlık iletişiminde diğer yaklaşımlar, medyada savunuculuk, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişiminde etik yaklaşım konularına yer vermektedir. Bu kısımda yer alan konu başlıkları, sağlık iletişimi alanındaki önemlerinin yanı sıra, medyada sunulan tıbbileştirilmiş ve bireyselleştirilmiş sağlıklı yaşam önerilerine alternatif bir yol oluşturabilecekleri düşüncesinden hareketle yer almaktadır.

A. Sağlık İletişimi Çalışmaları

1. Sağlık İletişiminin Tanımlanması

Sağlık iletişimi, hem halk sağlığı alanında hem de kâr amacı güden/gütmeyen kuruluşlarda, hızla gelişmekte olan ve gittikçe önem kazanan bir alandır. Bu alanda, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'li yıllarda başlayan gelişme, Avrupa'da da hızla yaygınlaşmaya devam etmektedir. Sağlık iletişimi, Türkiye'de ise, çok yeni bir çalışma alanıdır. Alan, her geçen gün gelişmesi ve önem kazanması nedeniyle, tekrar tekrar tanımlanmaya ve sınırlandırılmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle de çok sayıda sağlık iletişimi tanımı bulunmaktadır. Sağlık iletişimi araştırma ve çalışmalarında, birçok alandan yararlanıldığı söylenebilir. Bu alanlar sağlık eğitimi, pazarlama, sosyal pazarlama, psikoloji, antropoloji ve sosyoloji olarak özetlenebilir. Bunun yanı sıra, iletişim, halkla ilişkiler, kamu savunuculuğu *(public advocacy)*, toplumun harekete geçirilmesi *(community mobilization)*, sağlık iletişiminin destek aldığı alanlardır. Aynı zamanda, sağlık iletişiminde sosyal bilimler ile tıp bilimleri birlikte anılmaya çalışılmaktadır ki bu da çalışma alanını genişletmekte ve zorlaştırmaktadır.

Özetle gelişmekte olan bir alt disiplin olan sağlık iletişimi, birden fazla konuyu bünyesinde barındırmasının yanı sıra, farklı alanlardan destek alan disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Bu yapısından ötürü, alana ait tanımlar birbirinden farklı gibi görünebilmektedir. Fakat bu tanımlar incelendiğinde, sağlık iletişiminin, bireyleri, toplumları, sağlık uzman-

larını ve politika yapıcıları etkileme ve desteklemede; belirli grupların uyum sağlamasını temin etme ve davranışlarını geliştirmede; sağlıkla ilgili sonuçları geliştirmeye yol açacak sosyal ya da idari değişikliklerde oynadığı rolün büyük olduğu görülmektedir (Wright vd., 2008, s.4; Okay, 2009, s. 21).

Sağlık iletişimi tanımları ile bu perspektifin yaklaşımı sunulmaktadır: İngiltere'de sağlık iletişimi, sağlık hizmetleri ortamındaki hasta ile doktor arasındaki söz alışverişi olarak tanımlanırken; ABD ve Avustralya'da, sağlık iletişiminin tanımı genişletilmiştir. Sağlık iletişimi, insan etkileşiminin sağlıktaki rolü ve sağlık hizmetleri ile ilgilenen aktif araştırma alanı olarak tanımlanmıştır. Alanın bu şekilde tanımlanması, sağlık hizmetleri alanında sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, koruyucu ilaçlar, kurum iletişimi ve kişilerarası iletişim unsurlarını da bir araya getirmektedir (Lupton, 1994b, s. 56).

Sağlık iletişiminin başlıca amaçlarından biri, bireyin sağlık konularında bilgilendirilerek, bilinçlendirilmesi ve doğru davranışlara yöneltilmesidir. Bu sayede, sağlıkla ilgili bilgileri paylaşarak, sağlık sonuçlarını geliştirmek hedeflenmektedir. *Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC-Centers for Disease Control and Prevention*[41]*)* sağlık iletişimini, sağlığı düzeltme amacıyla, bireysel ve toplumsal kararları etkileyen, iletişim stratejilerinin araştırılması ve kullanılması olarak tanımlamaktadır *(U.S. Department of Health and Human Services – ABD Sağlık ve Beşeri Hizmetler Dairesi, 2001)* (Schiavo, 2007, s. 6).

1979'da, ulusal bir korunma programı sağlamak amacıyla hazırlanıp kabul edilen *Healthy People 2010'*un[42] amaçlarında, ilk kez sağlık iletişimi ile ilgili bir bölüme yer verilmiştir. Yer verilen bu bölümde sağlık iletişimi şu şekilde tanımlanmıştır (Parrott, 2004, s. 751):

41. ABD'de hizmet vermekte olan, halkı sağlık konusunda bilinçlendirmek, risk konularında uyarmak, önlemler almak üzere hizmet veren kamu kuruluşu. (www.cdc.gov)

42. *Healthy People 2010*, 2000'li yılların ilk on yılında erişilmek üzere, belirlenmiş bir dizi sağlık hedefidir. *Healthy People 2010*, geçen yirmi yıl boyunca ulaşılmaya çalışılan girişimler için planlanmıştır. Devletler, topluluklar, profesyonel örgütler ve sağlığı geliştirmek amacıyla, programlar geliştirecek kuruluşlar tarafından kullanılabilmektedir. Birbiriyle ilgili iki hedefe ulaşmak üzere iki amaç belirlenmiştir: Sağlıklı yaşamın süresini ve kalitesini artırmak –ilk hedef, her yaştaki bireye, yaşam beklentisini artırmak ve yaşam kalitesini geliştirmek için yardımcı olmaktır. İkinci hedef, sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak– toplumun farklı kesimleri arasındaki sağlık eşitsizliklerini yok etmektir. *Healthy People 2010'un*, 28 âdet odak alanı bölümü, kısa ve öz bir hedef tanımına sahiptir. Bu tanım, odak alanının genel amacının çerçevesini belirlemektedir. Odak alan hedeflerinden bazıları şöyle sıralanabilir: Kanser; yeni kanser vakalarının sayısını ve bununla beraber kanserin sebep olduğu hastalık, yetersizlik ve ölümlerin sayısını azaltmak. Engeller, sakatlıklar ve ikincil sorunlar: Engelli bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek ve Amerikan toplumunda engelli olanlarla olmayanlar arasındaki sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak, gıda güvenliği ve gıdaların sebep olduğu hastalıkları azaltmak (www.healthypeople.gov).

> Birey, kurum ve toplulukları. önemli sağlık konuları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme teknik ve sanatı. Sağlık iletişimi kapsamı hastalıktan korunma, sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmeti politikası ve sağlık hizmeti faaliyetleri kadar, hayat kalitesini ve toplum içerisindeki bireylerin sağlığını geliştirme faaliyetini içermektedir *(U.S. Department of Health and Human Services – ABD Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bölümü, 2000).*

Böyle kapsayıcı bir tanım özünde, iletişim odağına sahiptir ki bu da, sağlık iletişimi araştırma ve uygulamalarında iletişimin öncelikli olması gerektiğini göstermektedir.

Bazen iletişim bireyi olumlu sağlık davranışına yönlendirirken; bazı zamanlarda olumsuz sağlık davranışlarına katkıda bulunur. Sağlık iletişimi, tanımında da yer aldığı üzere, hastalık kontrol ve korunması, acil durum hazırlığı ve önlemi, yaralanma ve şiddet korunması, çevresel sağlık ve çalışma alanı güvenliği ve sağlığını içeren geniş konu alanlarını kapsamaktadır. Bunun yanı sıra, ergen sağlığı, yaşlanma ve yaşlı sağlığı, kemik sağlığı, kadın-erkek sağlığı, okul sağlığı, azınlık sağlığı ve üreme sağlığına odaklanarak; gelişen yaşam süresi perspektifini yansıtır. Ayrıca yaralanma ve şiddet korunması ve kontrolü, örneğin flört şiddeti, eş şiddeti, cinsel şiddet olduğu gibi, gençlik ve çalışma alanı şiddeti, cinayet, intihar ve travmatik beyin yaralanmaları gibi konular sağlık iletişiminin çalışma konularıdır (http://www.cdc.gov; Parrott, 2004, s. 751).

Healthy People 2010 kılavuzlarına[43] göre, sağlık iletişimi, sağlığı etkileyen bireysel ve toplumsal kararların, toplumu bilgilendirme ve etkilemedeki iletişim stratejilerinin kullanımı ve araştırmalarını kapsar. Donohew ve Ray'e göre sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanmasıdır (1990, s. 4). Thomas, sağlık iletişiminin, iletişim ve sağlık arasındaki ara yüzü temsil ettiğini ve hem kişisel hem de kamusal sağlığın gelişmesinde artan bir şekilde gerekli bir öğe olarak görüldüğünü; bununla beraber sağlık iletişiminin hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinin tüm yönlerine katkıda bulunabileceğini belirtmektedir.

Sağlık iletişiminin en belirgin uygulaması, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunma alanlarındadır. Sağlık iletişiminin oynayabileceği birçok rol, *Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC)* tarafından da

43. 2004 yılında yayımlanan *Healthy People 2010*: *Sağlığı Anlama ve Geliştirme* kılavuzunda bazı tanımlamalar yapılmıştır. Burada hedeflerin başarılmasına yönelik hareketin, etkin sağlık iletişimine büyük ölçüde bağlı olduğu bildirilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı kilo, iyi beslenme ve sorumlu cinsel tutum ve bununla beraber, tütün kullanımının azaltılması, madde bağımlılığı, sakatlıklar gibi konularda bilgi, eğitim ve özen gösterme çabalarına gereksinim duyulduğu belirtilmiştir (Thomas, 2006, s. 1).

vurgulanmaktadır. Bir sağlık konusu, sorunu ve çözümü hakkında bilgiyi ve farkındalığı artırma; algılamaları, inançları, tutumları ve sosyal normları etkileme; harekete geçirme; becerileri öğretme ve geliştirme; davranış değişikliklerinin yararlarını gösterme; sağlık hizmetlerine olan talebi artırma; bilgi birikimini, tutumları ve davranış şekillerini güçlendirme; mitleri ve yanlış anlaşılmaları çürütme; kurumsal ilişkilerin birleşmesine yardım etme; bir sağlık sorunu veya bir nüfus grubu için savunuculuk sağlık iletişiminin oynayabileceği rollerden bazılarıdır (Thomas, 2006, s. 1-4).

Schiavo'nun (2007), niteliklere göre sınıflandırmış olduğu sağlık iletişimi tanımları, kavramın çok boyutluluğunu göstermek açısından anlamlıdır. Bu tanımlar sağlık iletişimi ve sağlık iletişiminin rolünü açıklayan anahtar kelimelere göre düzenlenmiştir. Schiavo sağlık iletişiminin en yaygın niteliklerini; anlam ya da bilgi paylaşımı, bireyleri ya da toplulukları etkileme, bilgilendirme, hedef kitleleri motive etme, bilgi alışverişinde bulunma ve davranış değişimi olarak sıralamakta ve nitelikleri açısından altı başlığa ayırarak incelemektedir (2007, s. 8-10):

Bireyleri ve toplulukları bilgilendirmek ve bireysel ve toplumsal kararları etkilemek olarak ayırdığı ilk nitelik, davranışlarda sağlıklı seçimler yapılabilmesi, sağlığın iyileştirilmesi, belirli bir kitlenin bilgisini, tutumunu, inançlarını etkilemek için; iletişim strateji, teknik ve teknolojilerinin kullanıldığı bir süreç olarak tanımlanabilir. İkinci nitelik *bireyleri motive etmek*; bireyleri, kuruluşları ve belirli kitleleri önemli sağlık konularında bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı ve tekniğidir. *Davranışların değiştirilmesi* belirli bir zaman aralığında, belirli bir hedef kitlenin davranışlarının değiştirilmesi yaklaşımıdır. *Sağlıkla ilgili konularda bilgi ve anlayışı artırmak, bireyleri güçlendirmek,* hedef kitleyi bilgilendirip, onların belirli sağlık problemlerini ve yapılacak müdahaleleri anlamalarını sağlayarak, sağlık konusunda güçlendirmektir. *Bilgi alışverişi, ikiyönlü iletişim* olarak ifade edilen altıncı nitelik ise, ikiyönlü iletişime dayalı bir ortaklık ve katılımcılık sürecini ifade eder. Bu süreçte, iki taraf arasında birbirini etkileyen bir fikir, teknik, öğrenme ve bilgi akışı vardır.

Schiavo'ya göre sağlık iletişiminin bir başka önemli özelliği de *değişimi desteklemek ve bunu devam ettirmektir.* Aslında sağlık iletişimi programlarının ve kampanyalarının başarılı olabilmeleri için, hem bu programların uzun süre devam ettirilmeleri hem de bireylerin, toplulukların ve diğer izleyicilerin tavsiye edilen davranış, çalışma ya da prensip değişimine alışmaları ve bunu devam ettirebilmeleri için, onların bunları yapmalarına yardımcı olacak iletişim araçlarının geliştirilmesi

gerekmektedir. Schiavo bu görüşünü yaptığı tanımlarla birleştirdiğinde, yeni bir tanım ortaya çıkmaktadır (2007, s. 7):

> Sağlık iletişimi, bireyleri, toplulukları, sağlık uzmanlarını, belirli grupları, politika yapıcıları ve toplumu desteklemek amacıyla, sağlıkla ilgili bilgileri paylaşarak bireyleri etkilemeyi, onları iletişime dahil etmeyi ve bu bireyleri savunarak, onlara öğretmeyi; davranışlarını, çalışmalarını ya da sonunda sağlık sonuçlarını etkileyecek kuralları değiştirmelerine ve bunu devam ettirmelerine yardımcı olmayı ve farklı kitlelere ulaşmayı hedefleyen disiplinlerarası ve çok boyutlu bir yaklaşımdır.

Schiavo'nun yapmış olduğu geniş tanımda, disiplinlerarası ve çok boyutlu olarak ifade ettiği sağlık iletişimini, Thomas, farklı düzeylerde ele almakta ve bu düzeyleri etki şekillerine göre sıralamaktadır (2006, s. 3).

Thomas'a göre, *birey* sağlık ile ilgili değişimlerde en temel hedeftir; çünkü sağlık durumunu etkileyen bireysel davranışlardır. İletişim, bireyin farkındalığını, bilgi birikimini, tutumunu, kendi kendine yeterliliğini ve davranış şekillerini değiştirmedeki yeteneklerini etkileyebilmektedir. Diğer tüm düzeylerdeki aktiviteler, eninde sonunda bireysel değişimi etkilemeyi ve desteklemeyi hedef almaktadır. Herhangi bir bireyin ilişkileri ve bağlı olduğu gruplar; kısacası *sosyal çevre,* o kişinin sağlığı üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilmektedir. Sağlık iletişimi çalışmaları, bir grubun aldığı bilgiyi şekillendirmeye ve iletişim düzenini ve içeriğini değiştirmeye çalışabilmektedir. Grup içindeki kanaat önderleri, sağlık iletişimi çalışmaları açısından önemlidir ve "giriş noktası" olarak görülmektedir.

Kurumlar, belirli bir yapısı bulunan (örneğin dernekler, kulüpler ve sivil gruplar, çalışma alanları, okullar, birincil sağlık hizmetleri sunanlar gibi) resmi grupları ifade etmektedir. Bu kurumlar, sağlık mesajlarını üyelerine taşıyabilmekte; bireysel çabalar için destek sağlayabilmekte ve bireysel değişime izin veren politika değişimleri yapabilmektedir.

Topluluk ile sosyal ve fiziksel çevrelerdeki tehlikeler azaltılarak veya ortadan kaldırılarak; sağlıklı yaşam tarzlarını destekleyen yapılar ve politikalar yaratarak, toplumların sağlıklı olmalarının sağlanabileceği ifade edilmektedir. Topluluk seviyesindeki girişimler, sağlığı, okulları, iş alanlarını, sağlık hizmeti kurumlarını, toplum gruplarını ve devlet dairelerini etkileyebilecek kurum veya kurumlar tarafından planlanmakta ve yürütülmektedir. *Toplum* bir bütün olarak, normlar ve değerler, bakış açıları, fikirler, kanunlar, politikalar ile fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgi çevreleri olmak üzere kişisel tutum üzerinde çok fazla etkiye sahiptir.

Tanımları toparlayarak, sağlık iletişimi yeniden tanımlanacak olursa; sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, kurumların, toplumların bilinçlendirilmesi; farkındalık yaratılması; bilgi ihtiyacının giderilmesi; doğru bilgilerin verilmesi; sağlık bilincinin oluşturulması; sağlık okuryazarlığının oluşturulması/yükseltilmesi; hasta ya da birey olarak sağlık hakkının tanınması ve bu konuda bilinç oluşturulması ve sağlıklı çevrede yaşama hakkının korunması için iletişim strateji ve yöntemlerinin kullanılması olarak ifade edilebilir.

2. Sağlık İletişiminin Özellikleri

İyi tasarlanmış, planlanmış sağlık iletişimi aktiviteleri, bireylerin kendilerinin ve içinde yaşadıkları toplumun ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarına, aynı zamanda sağlıkları için dikkat etmeleri gereken konular hakkında bilgi sahibi olmalarına yardımcı olmaktadır. Bu sebeple sağlık iletişiminin, kamu sağlığını teşvikte kabul edilmiş bir araç haline geldiği söylenebilir.

Sağlık iletişiminin kendine özgü olarak tanımlanamayacak bazı temel özellikleri vardır (Schiavo, 2007, s. 12-21). Schiavo'ya göre *hedef kitle merkezli* olan sağlık iletişiminde amaç sadece hedef kitleye yönelik planlar, kampanyalar yapılması değildir; aynı zamanda sağlık konularının incelenmesi, kültüre uygun ve uygun maliyetli çözümler bulunmasıdır. Sağlık iletişiminde hedef kitle, sağlık konulu eylemlere dahil edilmeye çalışılmakta, davranış değişimi hem bireylerin içinde yaşadığı çevre hem de onu etkileyenler tarafından belirlenmektedir. Hedef kitlenin belirlenen sağlık konusunu tartışabileceği ve aile fertleri ve sağlık uzmanları gibi önemli kişiler tarafından desteklenerek değiştirilebileceği bir çevre yaratmak, sağlık iletişimi programlarının amaçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bunun için öncelikle geleneksel *araştırma tekniklerine dayalı*, kapsamlı bir araştırma gerekmektedir. Bu yaklaşım, durum analizi ve hedef kitlenin belirlenmesidir.

Birçok bilim dalından faydalanmakta olan sağlık iletişimi çalışmalarında, davranış değişimlerinin ve sosyal değişimlerin gerçekleştirilmesinin güçlüğünü kabul edilerek; sağlık eğitimi, sosyal pazarlama, davranış ve sosyal değişim kuramlarını içeren birçok kuram ve bilim dalının uygulanmasına dayalı *disiplinlerarası* bir yaklaşım izlenmektedir.

Bunun yanı sıra, psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi bilim dallarının yaklaşımlarından yararlanılmakta, tek bir kurama ya da örneğe dayanarak çalışmalar sürdürülmemektedir. Hedef kitle, yapılacak her müdahalenin merkezine alınmakta, bireylerin duygularına ulaşabilmek için en uygun örnekler, kuramlar ve stratejiler duruma göre değerlendi-

rilmektedir. Böylelikle bireylerin, sağlık konusunda kendilerini güvende hissetmeleri ve en önemlisi de ulaşılan çözümlere güvenmeleri, daha sağlıklı olmak için emin adım atmaları sağlanmış olmaktadır.

Sağlık iletişimi programlarında, iyi bir *strateji geliştirilmesi* ve eylem planı hazırlanması gerekmektedir. Geliştirilecek stratejinin araştırmaya dayalı olması, hedef kitlenin ihtiyaçlarına cevap verebilmesi ve planlanan tüm eylemlerin bu stratejiye hizmet edecek şekilde ve iyi bir planlama ile hazırlanması gerekmektedir.

Sağlık iletişimi programları, iletişim uzmanlarının, başlıca kanaat önderlerinin, hasta gruplarının, profesyonel kuruluşların, hedef kitlenin ve diğer paydaşların fikirleri sonucunda ortaya koydukları verilere göre şekillendirilmektedir ve uzun vadeli bir süreçtir. Bu sürecin, ilgili grup ve hedef kitlenin ihtiyacını karşılayabilmesi için kuramsal esnekliğe sahip olması gerekir. Çoğu süreç yönelimli projenin ortasında, uzmanlar sağlık iletişiminin yanlış anlaşıldığını fark etmişlerdir.

Sağlık iletişimi aynı zamanda *süreç yönelimli*dir. Bireyleri ikna etmeye, onları dahil etmeye ve aralarında fikir birliği oluşturmaya da çalışmaktadır. *Yaratıcılık*, iletişimcilerin, hedef kitleye ulaşmalarında birçok seçeneği, biçimi ve kanalı değerlendirmelerine olanak verdiği için, iletişimciler için çok önemli bir nitelik olarak değerlendirilir. Aynı zamanda sürekliliği ve belirli sağlık iletişimi müdahalelerinin uygun maliyetli olmasını sağlayan çözümler bulmasına yardım eder.

Hedef kitleye yönelik, *stratejiye dayalı* bir program hazırlanması gerekliliği önemli bir özellik olarak ifade edilebilir. Birçok sağlık iletişim çalışması stratejiden yoksun olmasından ötürü sonuca ulaşamamaktadır. Mesajların hedef kitleye yönelik olması ve hedef kitleye en etkili biçimde ulaşacak kanalları kullanması, her hedef kitle için aynı yaklaşımın kullanılmaması gerekir. "İnsanların ne yapmalarını istiyorsunuz?" sorusu, sağlık iletişim programları planlanırken sorulması gereken ilk sorudur (Schiavo, 2007, s. 12-21).

Sağlık iletişiminin rolü ve halk sağlığının farklı açılarına ve genel olarak sağlığa olan potansiyel etkisi düşünüldüğünde, bu yükselmekte olan alanın sağlık sonuçlarına sağlayacağı katkılardan tam olarak faydalanılması ve çalışanların, program ortaklarının, hedef kitlenin ve diğer paydaşların ulaşabilecekleri gerçekçi hedefler konması gerekmektedir.

Özetle sağlık iletişiminin yapabilecekleri oldukça geniş bir alana yayılmıştır: Sağlık konularına ilgi çekerek kural ve uygulamaları değiştirmek ve bu konularda paydaşların desteğini almak; algıları, inançları ve sosyal normları değiştirecek tutumları etkilemek; yeni sağlık standartları oluşturmak için veri yaymak ve konuları belirlemek; sağlık

hizmetlerine olan talebi artırmak, kazançları ve davranış değişikliklerini göstermek; sağlıklı beceriler göstermek; hastalık teşhisi, tedavisi ve önlenmesi konusunda toplumsal tartışma başlatmak, acele bir önlem önermek; sağlık ürünleri ve hizmetlerine eşit erişimi savunmak; yeni sağlık hizmetleri ve ürünleri için ortam hazırlamak; sağlık hizmeti sunanlar ile hasta ilişkilerini, hastanın uyum sağlamasını ve sonuçlarını iyileştirmek olarak sıralanabilir.

Sağlık iletişiminin yapabileceklerinin yanı sıra yapamayacaklarının olduğu açıktır. Yerel altyapı ve beceri eksikliğini karşılamak; tedavi ve önlem eksikliğinin ve teşhis yetersizliğini telafi etmek; sağlığa ilişkin tüm konularla ilgilenmede ya da tüm mesajları iletmede eşit derecede etkili olmak sağlık iletişiminin yapamayacakları olarak ifade edilebilir (Schiavo, 2007, s. 26-27).

Günümüzde sağlık iletişimi prensipleri –sağlık sorunları için taraflılık, sağlık planları, sağlıkla ilgili ürünler için pazarlama, hastaları tıbbi bakım ve tedavi seçenekleri konusunda eğitme ve tüketicileri sağlık hizmetleri kalitesi sorunları konusunda bilgilendirmeyi içeren– hastalık önleme ve kontrol stratejilerinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda sağlık bilgisine erişimi, yeni teknolojilerin gelişmesi ve bilgisayar bazlı medya da kolaylaştırmaktadır. Tüm bu gelişme ve olanaklara rağmen, sağlık iletişiminin tek başına sağlıkla ilgili örneğin yoksulluk, çevresel bozulma veya sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması gibi sorunları çözemeyeceği de ortadadır.

Sağlık iletişimi küresel boyutta yapılan çalışmalar odak alınarak tanımlansa da, her ülkenin sağlık alanında kendi gerçeklikleri farklılık göstermektedir. Bu nedenle, tanımlar içinde yer verilen amaçlar ülkelere göre değişmektedir. Bir ülkede açlık, bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık sorunları ile mücadele edilirken, bir başka ülkede sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi amaçlanabilmektedir. Sonuç olarak, ülkelerin sağlık iletişimi konusundaki çalışmaları, kendi öznel koşulları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

3. Sağlık İletişiminin Tarihsel Arka Planı

Sağlık iletişiminin, çok eski tarihlerden beri, kavramsal bir tanımdan ve planlı uygulamalardan yoksun olarak uygulandığı ve bugün dünyada birçok ülkede sağlık ile ilgili geçmişte gerçekleştirilen faaliyetlerin, sağlık iletişimi uygulamaları olduğu söylenebilir. Ancak alanın kavramsal olarak tanımlanması ve uygulamalarının hayata geçmeye başlaması ilk olarak ABD'nde gerçekleşmiştir. Bu nedenle, sağlık iletişimindeki gelişmelerden söz edilirken, ABD'deki ilk girişimler, döne-

me ait koşullar ve gelişmeler göz önünde bulundurularak tarihsel arka plan anlatılacaktır.

Sağlığın önemli bir kişisel endişe olarak ortaya çıkması ve sağlık hizmetlerinin yirminci yüzyılın ortalarında ABD'de, büyük bir kurum olarak yükselmesi, sağlık iletişimi alanının gelişiminde büyük bir faktör olarak kabul edilmektedir. Lupton, otuz yıl öncesine kadar, sağlık iletişimi alanında, nadiren bilimsel çalışma veya uygulamalarının yapıldığını; ancak 1980'ler ve 1990'ların başında, araştırma ve uygulamaların artmaya başladığını ifade etmektedir (1994b, s. 56). Sağlığın, ABD toplumunda önemli bir değer olarak kavranması, sağlık hizmetleri kurumunun ortaya çıkmasında büyük bir gelişmeyi temsil etmektedir. Thomas'ın (2006) ifadesine göre, II. Dünya Savaşı'ndan önce sağlık, genellikle Amerikalılar tarafından bir değer olarak değil, diğer refah kavramları ile birlikte ele alınmış; savaşı takip eden yıllarda, kişisel sağlık, gelişen bir kaygı haline gelmiştir. Yirminci yüzyılın sonlarına doğru ise sağlık, Thomas'a göre, Amerikalılar için büyük bir "takıntı" halini almış, yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan Amerikan değerleri, bu endüstrinin gelişimine ivme kazandırmıştır. Amerikalıların gençlik, güzellik ve kendini gerçekleştirme üzerine verdikleri değer, sağlık hizmetlerinin rolünün genişlemesine daha fazla katkıda bulunmuştur. Henüz olgunlaşmamış sağlık sisteminin, Amerikan değerlerine değinmedeki kabiliyeti; ekonomik, politik ve eğitim kurumlarından destek toplaması, bu yeni kurumsal formun yükselmesini garanti altına almıştır (Thomas, 2006, s. 39).

a. Sağlık İletişiminde İlk Çabalar

Karantina duyuruları ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili çalışmalar yapılmasına rağmen, ABD'de uzun bir dönem, sağlık iletişimi resmi bir şekilde uygulamaya geçmemiştir. Modern tıbbın ortaya çıkmasından önce, sağlık iletişimi ilk olarak, Thomas'ın "halk tıbbının pratisyenleri" olarak tanımladığı bireyler tarafından gayri resmi olarak uygulanmıştır (2006, s. 40). Yirminci yüzyılda olanakların kısıtlılığı nedeniyle, çok az kişinin, çok az sayıda olan doktora ulaşabilmesi nedeniyle, nesilden nesle aktarılan halk tıbbının biriken bilgisi büyük önem taşımıştır. Tıp alanında yaşanan hızlı gelişmeler ve *Tıbbi Model*[44] ile hastalıkların keş-

44. *James S. Larson*, sağlığa ilişkin temel yaklaşımları dört model ile açıklamaktadır: a.Tıbbi Model b.Dünya Sağlık Örgütü Modeli c.İyilik Hali Modeli (*Wellness*) d.Çevresel Uyumlanma Modeli (*Environmental Adaptation*) (Larson, 1999, s. 123-136):
a. Tıbbi Model (*Medical Model*): Tıbbi Model, yaygın olarak tıp araştırmalarında kullanılmaktadır. Tıbbi Model, sağlığı bir sakatlık veya hastalığın bulunmayışı olarak tanımlamaktadır. Bu model sınırlılıkları nedeniyle eleştirilmektedir. Birinci nedeni, psikiyatrik ve duygusal

finde, bilimsel tıbbın katkısı çok önemli bulunmuştur. Aynı zamanda, *tıbbi modele* ilginin artması, günümüzdeki anlamı ile sağlık iletişiminde sorunlara neden olmuştur. Bireylerin, bedenlerinde işlemekte olan sistemlere, organlara, hatta hücresel yapılara indirgenmesi; hastaların birey olarak değil, hasta organ olarak görülmeye başlanması gibi yaşanan süreçler ile hasta ve doktor arasındaki iletişim, iyice sınırlı hale gelmiştir. Bazı hekimler, hasta ile iletişime önem verirken; kurumsallaşmış tıp bunu, gereksiz bir yetenek olarak görmeye başlamıştır.

1960'lar ve 1970'lerde sağlığa ilişkin iletişim, daha da arka plana itilmiştir. Hekimler, kişisel duyguların tıbba engel olacağı düşüncesi ile kendilerini hastalardan uzak tutmaya ve iletişim kurmamaya çalışmıştır. Ancak, teşhis ve tedavi sırasında, hastalar ve onların aileleri ile iletişimden tamamen kaçınmak imkânsız olduğundan, hekimler konuşmalarını tıbbi jargon ile doldurmaya başlamıştır. Hekimler tıbbi bilgi birikimleri nedeniyle hastaları ile aralarında bir fark yaratmış, bu sayede zaten hastalara anlatmaya isteksiz oldukları bilimsel terminolojiyi kullanarak

---

rahatsızlıkların, aynı şekilde koruyucu hekimlik ve sosyal sebepli hastalıkların da konumlanmasının zorluğudur. Hastalıkların nedenlerinin biyolojik olduğu kadar, sosyal ve ekonomik nedenleri de bulunmaktadır. Tıbbi Model ile ilgili diğer bir eleştiri ise, kişinin patolojik bulguları olmaksızın da kendini sağlıklı hissetmeyebileceğidir. Birey fiziksel ve psikolojik süreçleri ile bir bütündür ve organik sebepleri olmayan psikiyatrik hastalıklar da söz konusudur. Sağlıklı birey tanımının ruhsal açıdan da sağlıklı olmayı içermesi gerektiği eleştirisi yapılmıştır.

b. Dünya Sağlık Örgütü Modeli (*WHO Model*): Dünya Sağlık Örgütü Modeli'nde sağlık daha bütüncül (holistik) bir yaklaşımla ele alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947'de resmen benimsediği tanımlamaya göre sağlık, "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali"dir. Ayrıca "sosyal iyilik hali"nin de sağlığın bileşeni olarak ilan edilmesi, yine tıbbın yeri tartışılmamak kaydıyla diğer disiplinlerin de sağlıkla ilişkilendirilmesini getirmektedir. Böylece bireyi etkileyen sosyal şartların olumlu hale gelmesi ya da sosyal yapının iyileştirilmesi sağlıkla ilgili bir konu haline gelmektedir (Erbaydar, 2002, s. 305).

c. İyilik Hali Modeli (*Wellness Model*): Bu model, daha yüksek sağlık ve iyilik halini amaçlamaktadır. İyilik Hali Modeli, sağlığı, doktorların muayene sırasında gözden kaçırmış olabilecekleri, akıl ve beden arasındaki önemli bağlantı olarak tanımlamaktadır. Yine bu modelde, sağlığın hastalıkların üstesinden gelme biçimi olduğu, üstesinden geldikçe de "rezerv bir sağlığa" sahip olunacağı düşünülmektedir. Sağlık ve hastalık kavramlarının ayrı bir boyutu olduğu, bunun da iyilik halinden farklı olduğu vurgulanmaktadır. Yüksek düzeyde iyilik hali ile kişilerin daha fazla işlevsel olacakları ve geleceğe daha olumlu bakacakları ifade edilmektedir. Model, sağlığın hasta olmaktan çok, iyilik hali, enerji, çalışabilme durumu ve etkin olma durumu gibi pozitif bir boyutu da olduğunu söylemektedir. Bu modele gelen eleştirilerden biri, iyilik halinin yaşa ve kültürel duruma göre değişebildiğidir. Diğer bir eleştiri ise, bu modelde, sağlık kavramının mutluluk, yaşam kalitesi ve diğer küresel konularla genişlemekte olduğudur. Tıbbi Model'e göre çok sağlıklı olan bir birey, İyilik Hali Modeli'ne göre mutsuz ve yaşam kalitesi düşük olabilir. Bu eleştirilere karşı İyilik Hali Modeli, Tıbbi Model'i destekleyecek araştırmaları "sağlığın desteklenmesi" ve "hastalıklardan korunma" konularıyla yapacaktır.

d. Çevresel Uyumlanma Modeli (*Environmental Adaptation*): Bu model sağlığı çevreye uyumlanma olarak ele almaktadır. Bu modele göre sağlık, bireyin fiziksel ve sosyal çevreye uyumlanma kapasitesi ile bağlantılıdır. Çevresel modelde alerji ve astım gibi, bazı hastalıklarla çevresel koşulların arasındaki bağlantı araştırılmaktadır.

fazla soru sorulmasını engellemişlerdir. Hastalar ise, doktor-hasta iletişiminin asimetrik doğası gereği, hekimin ifadelerini sorguluyor gibi görünmemek için soru sormamayı, konuşmamayı tercih etmiştir. Sonuç itibarıyla, doktor ve hasta arasındaki iletişim iyice zayıflamıştır (Thomas, 2006, s. 41).

Thomas'ın belirttiğine göre, sağlık iletişimi, 1970'lerin sonuna doğru, hekim-hasta ilişkileri yaklaşımına bir tepki ortaya çıkmıştır. Bazıları bu yaklaşıma "hasta eğitim hareketi" derken; bazıları ise, sağlık hizmetleri dışında toplumdaki diğer sağlık kurumlarını etkileyen "tüketiciliğin" geniş bağlamı içerisinde görmektedir:

> Bu hareket kısmen, sağlık hizmetleri sisteminin doğası ve onun verimi hakkındaki bilgi birikiminin sağlık hizmetleri sistemi ve onun yürütülmesinin yerleşen eleştirelliğine katkıda bulunmuştur. Tüketici hareketi, özel olarak hastalar ve genel olarak sağlık hizmetleri tüketicilerinin, üzücü şekilde sağlığın ve hastalığın doğasından habersiz ve sağlık durumlarına anlamlı bir şekilde katkıda bulunmaktan uzak olduklarını bulmuştur. İletişimin bu başarısızlığının nedenleri, birincil olarak sağlık hizmetleri sistemine ve hekime bağlanmıştır. Gözlemciler, hekimlerin tarafındaki kasti bir şekilde iletişime engel olma, bilgi birikiminin iletimini sekteye uğratmak ve hastanın aklında durumu anlaşılmaz hale getirmek çabalarından bahsetmiştir (2006, s. 42).

Bunun yanı sıra Thomas, toplum içinde bazı belli grupların iş, eğitim, yerleşim yeri ve toplumun diğer faydaları konusunda ayırımcılığa uğradığını, sağlık hizmetleri sisteminin de aynı şekilde toplum içerisinde birçok gruba ayırımcılık uyguladığının bariz bir hale geldiğini eklemektedir. Hekimlerin, iyi eğitimli, zengin ve refah içerisindeki hastalarla iyi bağlantılar kurarken; eğitim düzeyi az ya da eğitimsiz, yoksul ya da azınlık, arka sıralardan gelen hastalarla hemen hemen hiç bağlantı kurmadıklarına dikkat çekmektedir. Hekim ve hasta arasındaki iletişim asimetrik yapısı ile yirmi birinci yüzyılda da devam etmekte ve sağlık iletişiminin önemli konuları arasında yer almaktadır (2006, s. 42).

Sağlık iletişiminin resmi olarak ortaya çıkmasına, sağlık hizmetleri sistemi içine pazarlamanın dahil olması da büyük katkıda bulunmuştur. Thomas sağlık iletişiminin, her ne kadar bir fikri, organizasyonu veya ürünü pazarlamak için tasarlanmış olmasa bile, bazı konularda pazarlamanın bir altbölümü olarak düşünülebileceğini ifade etmektedir (2006, s. 43). Sağlık iletişimi alanı, sağlık hizmetleri içerisinde pazarlamanın ortaya çıkmasından yararlanmıştır. Bu gelişme, diğer yararların yanında tüketici araştırması, iletişim sürecinin daha iyi anlaşılması ve daha etkili iletişim tekniklerine ulaşılmasında faydalı olmuştur. Sağlık hiz-

metlerinde pazarlamanın yükselmesi, sosyal pazarlamanın sağlık iletişiminde bir yaklaşım olarak ortaya çıkmasına da katkıda bulunmuştur. Sosyal pazarlama, diğer endüstrilerde tüketicilere ulaşmak için geliştirilmiş birçok tekniği kullanmakta ve bilgi yayılmasında çağdaş yaklaşımlardan yararlanmaktadır.

b. Sağlık İletişiminin Gelişmesinde Arka Plan

Sağlık hizmetleri, pazarlama yaklaşımlarını diğer endüstrilerden daha sonra benimsemiştir ve pazarlama çağı, sağlık hizmetleri alanında 1980'lere kadar başlamış sayılmamaktadır. Buna rağmen, 1980'lere kadar birçok hastane ve diğer birçok sağlık hizmetleri kurumu, halkla ilişkiler faaliyetlerine başlamıştır. Hastaneler ve diğer sağlık hizmeti veren kurumların gerçekleştirdikleri halkla ilişkiler faaliyetleri, kurumu ilgilendiren bilgilerin yayılması ve yeni gelişmelerin aktarılmasına yönelik çalışmalar olmuştur. Kurum içine yönelik çalışmaların yanı sıra, hasta eğitim materyalleri geliştirilmiş; devlet ile ilişkiler yürütülmüştür. Hastane ve diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlar, sağlık eğitim seminerlerine sponsor olarak ya da toplumsal etkinliklere destek vererek, kendilerini, topluma iyi hizmet veren kuruluşlar olarak göstermeye çalışmıştır (Wright vd., 2008, s. 10).

1980'lerde hastaneler, tıbbi bakım ve sağlık hizmetlerinin pazarlaması için ürün ya da servis çizgisinde düşünmeye başlamıştır. Hastaneler doğum ve gebelik, estetik ameliyat ve ayakta teşhis ve tedavi gören hastaların bakımı gibi servisler için, tüketicilerle direkt iletişim kurduklarında ortaya çıkan yararların farkına varmıştır. Thomas bu dönemde, ABD'de, hastane reklamlarının çoğalmasının, artan bir şekilde rekabetçi olan piyasa ve pazarlama profesyonelleri tarafından, reklamın rekabette başarı için anahtar olduğu inancı ile desteklendiğini anlatmaktadır. Fakat 1980'lerin ortalarından sonlarına kadar yapılan reklamlar, başarılı çalışmalar olarak nitelendirilememiştir. Yüksek bütçelerle gerçekleştirilen reklam kampanyaları için, doğru strateji geliştirilmiş olmaması bu sonuca neden olmuştur (2006, s. 45).

Sağlık hizmetleri, 1990'larda piyasaya dayalı bir hale geldikten sonra; iletişim fonksiyonu, bu hizmetleri veren kurumlarda daha önem kazanmıştır. Karar vermeyi uzun süredir belirleyen kurumsal perspektif, yerini piyasaya dayalı karar vermeye bırakmıştır. Hastanın yararına olmayan ve hastane personelinin rahatlığı için meydana getirilmiş hastane politika ve prosedürleri, tüketicilerin ve hizmet almayan diğer bireylerin bakış açılarından yola çıkılarak, yeniden gözden geçirilmiştir (Wright vd., 2008; Thomas, 2006, s. 45). 1990'lı yıllarda, hastaların

"müşterilere" dönüşmesi, sağlık hizmetlerinde pazarlama perspektifinin gelişmesinde bir dönüm noktası olmuştur.

Müşteri bu süreç içinde yeniden keşfedilmiştir. 1990'ların müşterileri, bir önceki neslin tüketicilerine göre daha iyi eğitimli ve kendi sağlık hizmeti ihtiyaçları hakkında bilgi ve karar sahibi kişiler haline gelmiştir. İnternetin bir sağlık bilgisi kaynağı olarak ortaya çıkması, tüketiciliğin yükselişini daha ileriye götürmüştür. Büyük bir bilgi birikimi ile donanmış tüketiciler, hekimler ve sağlık planları tarafından korunan bilginin kontrolünü zorlamaya başlamışlardır.

Thomas pazarlamanın, sağlık hizmetlerinin kabul edilmiş bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmasının, sağlık iletişimi için birçok önemli çıkarımı bulunduğunu düşünmektedir:

> Bu gelişme, iletişim dahil, her tür "tutundurma" etkinliğine, daha fazla dikkat yöneltilmesine neden olmuştur. Sağlık profesyonelleri, çalışanlar, müşteriler ve diğer bileşenlerle anlamlı, sürekli iletişim için gereksinime daha duyarlı hale gelmişlerdir. Pazarlama yönelimli organizasyonlar yaratma çabaları, bilginin daha geniş bir alana yayılması ihtiyacını zorunlu kılmıştır (2006, s. 46).

Önceleri reklam, doğrudan postalama ve kişisel satış gibi uygulamaların sağlık iletişimini geri planda bırakacağı gibi düşünceler olsa bile; zaman içinde, sağlık iletişimi işlevlerinin etkin bir şekilde devam etmesi, bu durumun gerçekleşmediğini göstermektedir. Üzerinde durulması gereken bir başka önemli nokta, iletişime pazarlama bağlamı içerisinde verilen önemin artmasıdır. Hedef kitleye mesajların iletilme zorluğu ile yüz yüze kalan pazarlama uygulayıcıları, iletişim kuramlarına, iletişim sürecine ve iletişim kurmada kullanılan tekniklere yoğunlaşmıştır.

c. Sağlık İletişiminin Gelişmesi

Sağlık iletişimi, Kuzey Amerika iletişim bilimleri çalışmalarında, 1970'li yıllardan itibaren gelişmeye ve yaygınlaşmaya başlamış çok yönlü bir iletişim alanı olarak ortaya çıkmıştır. İletişim akademisyenleri yıllardan beri çalışmalarını sağlık konularıyla ilişkilendirmelerine rağmen, sağlık iletişimi alanı yaklaşık kırk yıl önce, farklı bir çalışma alanı olarak ayrılmaya başlamıştır. Başlangıçtaki gelişmeler, gelişigüzel olmasına rağmen, 1971'deki ABD'de *Stanford Kalp Hastalıklarından Korunma Programı*'nın *(SHDPP – Stanford Heart Diease Prevention Programme)* yayımlanması, sağlık iletişiminin başlangıcında bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir.

SHDPP, kardiyoloji uzmanları ve iletişimcilerin, kalp hastalığından korunma amaçlı, kamu merkezli bir çaba olarak, işbirliği yapmaları sonucunda başlamıştır. Bu programla, halkı düzenli egzersiz alışkanlığı edinme, sigarayı bırakma, beslenme değişiklikleri ve stresin azaltılması konularında ikna etmek amaçlanmıştır. Rogers, *korunma kampanyasına* ait verilerin, kalp hastalığının başarılı olarak azaltıldığını göstermesi sonucu, programın 1980'lerde daha da genişletilmesine neden olduğunu ifade etmektedir (1994, s. 209).

Kalp hastalığından korunmak için benzer bir girişim, yine ABD'de Minnesota ve Rhode Island'da; paralel bir proje Finlandiya'da uygulanmıştır. Ayrıca kalp hastalığından korunma kampanyalarından yola çıkılarak; sigarayı bırakma, uyuşturucu ve madde bağımlılığından korunma programları gerçekleştirilmiştir. 1980'lerde AIDS hastalığının ortaya çıkması, hâlâ tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olması; korunma ve bu sebeple de sağlık iletişimine büyük çaplı bir ihtiyaç uyandırmıştır (Rogers, 1994, s. 208).

Sağlık iletişiminin, sağlık konusunda farkındalık, bilinç oluşturma ve hastalıktan korunmaya olan ilgiye yanıt olarak doğduğu; kısaca, kamu sağlığının problemleri ve ihtiyaçları nedeniyle ortaya çıktığı söylenebilir.

d. Sağlık İletişimi Alanının Kurumsallaşması

İletişimin sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesindeki rolü ile ilgili literatürün artmasıyla; iletişimin sağlıktaki rolünü inceleyen akademisyenler, 1972 yılında *Uluslararası İletişim Derneği*'nin *(International Communication Association–ICA) Tedavi Edici İletişim (Therapeutic Communication)* ilgi grubunu kurmuşlardır (Kreps ve diğerleri, 1998, s. 8). Sağlığın iletişim araştırmaları için meşru bir konu olması ve sağlık ile ilgili uygulamaların dikkate alınmasını teşvik etmesi açısından, bu profesyonel grubun kuruluşu, sağlık iletişiminin modern alanının başlangıcındaki en etkili olaylardan biri olarak kabul edilmektedir.

1975 yılında gerçekleştirilen yıllık *ICA* toplantısında, sağlık iletişiminin gelişiminde bir diğer önemli dönüm noktası bulunmaktadır. Bu toplantıda, *Tedavi Edici İletişim Bölümü* üyeleri, bu gruba daha geniş bir unvan olan "Sağlık İletişimi" isminin verilmesini oylamış; iletişimin, sağlık ve sağlık hizmetlerini etkilediği birçok yönü tanımıştır. Bu önemli bir değişiklik olarak kabul edilmektedir; çünkü bu yeni isim, *"Tedavi Edici İletişim"* in temsil ettiğinden çok daha büyük bir iletişim akademisyen grubunu temsil etmektedir. *"Tedavi Edici İletişim"* unvanı, en çok kişilerarası alana eğilen iletişim bilim adamlarına hitap

etmekteyken; "sağlık iletişimi" ismi, kişilerarası iletişimle ilgilenenlerin yanı sıra, ikna etme süreci, kitle iletişimi, iletişim kampanyaları ve sağlık hizmetleri servisi organizasyonları ile ilgilenen bilim adamlarına geniş bir şekilde hitap etmesinden ötürü önemli bulunmaktadır (Kreps ve diğerleri, 1998, s. 8).

4. Sağlık İletişimi Araştırmaları

a. Sağlık İletişimi Araştırmalarında Gelişmeler

Bir kuram, araştırma ve uygulama alanı olan sağlık iletişimi; sağlık tutumları, inançlar, sağlık davranışı, iletişim ve sağlık arasındaki ilişkilere odaklanmaktadır. Sağlık iletişim araştırmaları, resmi olmayan bağlamlardan daha çok, resmi bağlamlara yönelmiştir. Araştırmacılar, resmi olmayan bağlamlarda incelemelerde bulunurken, kişilerarası iletişimden daha çok kitle iletişimiyle ilgilenmiştir (Cline, 2003, s. 285).

Yirminci yüzyıl boyunca dünyada kamu sağlığı ve sağlık hizmetlerinde yaşanan büyük ilerlemelere rağmen; dünyada hâlâ sağlık ile ilgili yapılması planlanan ve yapılması gereken çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Herkes için yeterli sağlık hizmetleri sağlama, hastalıklar ile diğer sağlık problemlerini önleme ve kontrol çabalarını en yüksek düzeye çıkarma konusundaki çalışmalara karşın, bugün gelişmiş ülkelerde dahi, sağlık konusunda çok çeşitli problemler yaşanmaktadır. Wright ve diğerleri (2008), bu problemlerin çoğunun, sağlık tedarikçileri, hastalar, sağlık araştırmacıları ve kamu sağlığı liderleri ile halk arasındaki iletişimin geliştirilerek, potansiyel olarak azaltılabileceğini düşünmektedir. Bununla beraber dünya çapında iletişimle doğrudan veya dolaylı şekilde ilgili, bazı sağlık sorunları olduğu görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

> Yetersiz sağlık hizmetleri, savaş, yoksulluk, açlık, çevreye karşı duyarsızlık ve eğitim yetersizliği gibi küresel sorunlar, dünya genelinde tüm bireyler için, problem teşkil etmeye devam etmektedir. Maalesef bu sorunların birçoğu, gelişmemiş ülkeler ve yeteri kadar hizmet alamayan nüfuslar üzerinde daha büyük etkiye sahiptir. Örneğin Afrika'da 25 milyonun üzerinde kişi ve Asya ülkelerinde 6 milyonun üzerinde insan HIV/AIDS ile yaşamaktadır *(Joint United Nations Program on HIV/AIDS, 2004)*. Kuş gribi ve terörizm gibi birçok güncel sorun, sağlık iletişimi araştırmacılarına, sağlık riskleri ve bu tür krizler ortaya çıktıktan sonra, bunlarla başa çıkmak için çabaları koordine etme ve çıkış yolu bulma konusunda sorun yaratmaktadır (Wright vd., 2008, s. 4).

Sağlık iletişimi araştırmacıları, sağlıkla ilgili yaşanan sorunlara öneriler sunabilmek için, sorunları daha iyi anlamaya çalışmaktadır. İletişim sorunları, yukarıda bahsedilen sorunların tümü için bir neden olmasa da, iletişimin çoğunun altında yatan önemli bir faktör olduğu açıktır.

Wright ve diğerleri (2008), sağlık iletişiminin, hastalıkların ortaya çıkma sıklığını, bireylerin ıstıraplarını ve ölüm oranlarını düşürmeye yardımcı olurken; bir yandan da toplumun üyelerinin sağlık hizmetleri ile tatmin olmalarını sağlayarak, fiziksel ve psikolojik sıhhatlerinin yükseleceğini düşünmektedir.

Özetle son yirmi beş yılda sağlık iletişiminin, sağlık hizmetleri sunumu ve sağlığın geliştirilmesinde kişiler ve medya aracılığı ile kurulan, iletişim tarafından oynanan rollerle ilgilenen güçlü ve önemli bir çalışma alanı olarak geliştiği söylenebilir.

b. Sağlık İletişimi Araştırma Alanları

Sağlık iletişimi araştırmaları sosyal bilimlerin üzerine inşa edilmekte (örneğin iletişim araştırmaları, sosyoloji, psikoloji, dilbilim ve antropoloji), beşeri bilimlerden yararlanmakta (örneğin konuşma sanatı, felsefe, sanat, etik, tiyatro ve edebiyat) ve birçok profesyonel alandan gelen prensipleri uygulamaktadır (örneğin birleşmiş sağlık hizmetleri işkolları, eğitim, yönetim, hukuk, pazarlama ve dinbilim) (Kreps vd., 1998, s. 1). Sağlık iletişiminin, pek çok açıdan, pek çok farklı araştırma alanı üzerine inşa edilen ve bunları birbirine bağlayan yakınlaştırıcı bir disiplin olduğu söylenebilir.

Kreps ve diğerlerine göre, sağlık iletişimi alanında, birbirine bağımlı, iki büyük araştırma dalı bulunur: Bunlardan ilki, sağlık hizmetleri dağıtım dalı; ikincisi ise, medyanın, kamu sağlığını geliştirmek için etkin kullanım yolları ve mesajlarını inceleyen sağlığın geliştirilmesi konusudur. Sağlık hizmetleri alanını, sağlık hizmetleri sunumunu doğrudan etkileyen yönler olan, hizmet sağlayanlar-hasta ilişkileri, tedavi edici iletişim, sağlık hizmeti çalışanları, sağlık hizmetleri kararları verme ve sosyal desteğin sağlanması gibi sorunlara odaklanan araştırmacılar için temel olduğunu vurgular. Sağlığın geliştirilmesi ise, büyük sağlık risklerini önlemek ve kamu sağlığını geliştirmek için tasarlanan, ikna edici sağlık iletişim kampanyalarının geliştirilmesi, uygulaması ve değerlendirilmesiyle ilgilenen araştırmacıların çalışmalarının merkezini oluşturduğunu belirtir (1998, s. 3-5).

Sağlık iletişimi, iletişimin farklı seviyeleri ve kanallarını, sosyal kapsamın geniş bir aralığında inceleyen, oldukça geniş bir araştırma alanıdır. Kreps ve diğerleri, sağlık iletişimi düzey ve araştırmalarını,

kişinin kendi zihninde oluşan, kişilerarası, grup, kurumsal ve toplumsal iletişim olarak sınıflandırmaktadır (1992, s. 14-17):

Kişinin kendi zihninde oluşan sağlık iletişimi araştırmaları; sağlık hizmetlerini etkileyen içsel süreçleri inceler; insanların tutumları, inançları, değerleri ve sağlıkla ilgili mesajlar hakkındaki düşünceleri üzerine odaklanır. *Kişilerarası sağlık iletişimi araştırmaları,* sağlık sonuçları üzerinde ilişkilerin etkilerini inceler ve tedarikçi/tüketici ilişkisi, sağlık eğitimi ve tedavi edici etkileşimin ikili şekilde sağlanması ve sağlık hizmetleri görüşmelerinde ilgili bilginin değiş tokuşuna odaklanır ya da günlük hayattaki ilişkilerin (örneğin aile üyeleri, meslektaşlar ve arkadaşlar) sağlık üzerindeki etkilerini inceler. Hekim-hasta iletişimi konusu, sağlık iletişimi araştırmalarında büyük bir yere sahiptir ve hekimlerin sözsüz iletişimleri de araştırma konuları arasında yer alır.

Grup sağlık iletişimi araştırmaları; iletişimin, sağlık hizmeti çalışanlarının, destek gruplarının, etik komitelerinin ve ailelerin, bu grupların üyelerinin, önemli sağlık hizmetleri kararları almak için ilgili sağlık bilgilerini paylaşırken birbirine bağlı koordinasyonunda oynadığı rolü konu edinir.

Kurumsal sağlık iletişim araştırmaları; kurumlardaki bilgi akışı ve çalışan-yönetim ilişkileri gibi sağlık kurumlarının özelliklerine odaklanır. Birbirine bağlı grupları koordine etmek, farklı uzmanları gerekli yerlere göndermek ve sağlık hizmetlerinin verimli şekilde gerçekleşmesini sağlamak ve ilgili sağlık risklerini önlemek amacıyla, sağlık hizmetleri sunum sistemlerinde ilgili sağlık bilgisini paylaşmak için iletişimin kullanımını hedefler.

Toplumsal sağlık iletişimi araştırmaları; sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetleri uygulamalarını teşvik için, bireylere medya aracılığıyla iletilen sağlık bilgisinin üretimi, yayılımı ve uygulamasını inceler.

Bunların yanı sıra, sağlığın *kültürlerarası boyutu* üzerine araştırmalar yapan araştırmacılar kültürün, bireylerin sağlık ve hastalığı algılamasında oynadığı rolü ve bununla birlikte, kültürlerarası farklılıkların sağlık hizmetleri ilişkilerine etkisi konularında oynadığı rol üzerine odaklanır.

Medyanın sağlıkla ilgili sorunları anlayış şekilleri ile sağlık ve hastalığı, daha genel olarak sağlığa ilişkin algılamayı şekillendirmedeki rolünün incelenmesi de bir başka araştırma alanı olarak ifade edilebilir.

Son olarak, *yeni teknolojilerin* sağlık bilgisinin yayımında, benzer sağlık koşullarını paylaşan bireyler arasındaki ilişkileri kolaylaştırmada, tedarikçiler ve hastalar arasında ve sağlık kurumları içerisinde

iletişimi geliştirmede oynadığı rol de araştırma konuları arasında sıralanabilir.

Görüldüğü üzere, sağlık iletişiminin bireyden gruba, kurumdan topluma uzanan geniş bir çalışma alanı bulunmaktadır. Sağlık iletişimi çalışma alanı hızla büyümeye ve çeşitlenmeye devam etmektedir. Yeni araştırma konuları, sağlık iletişimini, otuz kırk yıl önce pek çok kişinin aklına gelmeyeceği şekilde genişletmiştir ve farklı araştırma konularıyla alan daha genişleyerek büyüyecek gibi görünmektedir.

c. Sağlık İletişimi Eğitimi Alanında Gelişmeler

Sağlık iletişimi üzerine yapılmakta olan, sayıları her geçen artan çalışmalarda; iletişimin, sağlık üzerinde güçlü etkisi olduğu sonucuna varıldığı düşünülmektedir. Sağlık iletişimi araştırmasının, gitgide değer kazanmakta ve önemli sosyal sorunları ele almaya doğru yönelmekte olduğu söylenebilir.

Schiavo'nun (2007) belirttiğine göre, 1990'lı yılların ortasında, sağlık iletişimi uzmanlarına ilişkin artan talep karşısında, ABD'de ve Avrupa'da, birçok üniversite, sağlık iletişimi konusunda programlar açmaya ve sağlık iletişimi çalışmaları üzerine yoğunlaşmaya, lisans ve yüksek lisans düzeyinde sağlık iletişimi dersleri vermeye başlamıştır. Bu dersler, sadece iletişim eğitimi verilen fakültelerde değil tıp fakültelerinin programlarında da yer almaya başlamıştır (Kreps vd., 1998, s. 2).

Schiavo, önemli sosyal sorunları ele almaya başlayan ve eğitim alanında yer bulan sağlık iletişiminde, öğrenme süreci ile ilgili görüşlerini şöyle özetlemektedir (2007, s. 11):

> Sağlık iletişiminde öğrenme süreci hayat boyu devam eden bir çabadır ve bu çaba yeni eğitim girişim ve araçlarının sürekli olarak uygulanmasıyla kolaylaştırılır. Eğitim akademik bir ortamda başlayabilir; ama her zaman uygulama ve gözlemle, bunun yanında hizmet içi eğitim ve devam eden, profesyonel eğitim gibi diğer öğrenme ve eğitim fırsatlarıyla da pekiştirilmelidir.

İlk sağlık iletişimi dersleri ABD'de Minnesota Üniversitesi, Pennsilvanya Devlet Üniversitesi, Güney Kaliforniya Üniversitesi gibi, büyük araştırma üniversitelerinde, *Konuşma İletişimi Bölümleri*'nde *(Departments of Speech Communication)* verilmiştir. Birçok tıp fakültesi de, Illinois Üniversitesi, Güney Illinois Üniversitesi, Kuzey Carolina Üniversitesi, Calgary Üniversitesi'ndeki hekimler için görüşme becerilerine odaklanan sağlık iletişim dersleri programlarında yer almıştır. Bu

dersler hem ulusal hem de uluslararası daha birçok lisans ve lisansüstü sağlık iletişim derslerinin gelişiminin habercisi olarak kabul edilmektedir (Kreps ve diğerleri, 1998, s. 11).

Sağlık iletişimi alanına akademik ilgi arttıkça, araştırmacılar devlet ve özel araştırma fonlarına başvurmuş, önemli araştırma merkezleri kurumsallaşmış; bunun yanı sıra, üniversiteler ve araştırma merkezlerinde sağlık iletişimi konusunda uzmanlaşmış eğitmen ve bilim adamlarına artan bir ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Kreps ve diğerlerine göre, sağlık iletişimi alanı; sağlık hizmetleri dağıtımı ve kamu sağlığı teşvikinin kalitesini geliştirmeye yardımcı olacağına inanılan uygulamalı araştırmalar için, karmaşık ve çok boyutlu bir gündeme doğru ilerlemektedir (1998, s. 2).

Türkiye'de lisans ve yüksek lisans düzeyinde, henüz çok az sayıda üniversitede sağlık iletişimi dersleri verilmektedir. Sağlık iletişimi derslerinin sadece iletişim fakültelerinde değil; tıp fakülteleri başta olmak üzere sağlık eğitimi veren eğitim kurumlarında da verilmesinin, öncelikle kişilerarası düzeyde sağlık iletişiminin geliştirilmesi açısından büyük katkısı olacağı söylenebilir.

d. Sağlık İletişimi ile İlgili Yayınlar

Sağlık iletişimi alanındaki gelişmelerin birçok başlangıç noktası bulunmaktadır. Başlangıç noktalarından biri, iletişim bilim dalının diğer bilimlere –örneğin sağlık hizmetleri sistemini aktif olarak inceleyen psikoloji ve sosyoloji gibi– öykünmesinden kaynaklanmaktadır. İletişim bilim dalı, bu iki sosyal bilim dalından kuramları ve metotları adapte etme konusunda uzun zamandan beri süregelen bir geçmişe sahiptir ve sağlık hizmetleri kapsamının bir araştırma konusu olarak benimsenmesine yönelik hareket de doğal bir bilimsel eğilim olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta "iletişim ve psikoloji", "iletişim ve sağlık" gibi kalıplarla atılan temeller, ilerleyen yıllarda "sağlık iletişimi" başlığı altında birleştirilmiştir.

Kreps ve diğerleri, psikoloji ve sosyolojinin, sağlık iletişimi alanının zeminini hazırlayan geniş bir literatür sunduğunu belirtmektedir. Carl Rogers (1951, 1957, 1961, 1962, 1967), Jurgen Ruesch (1957, 1959, 1961, 1963) ve Gregory Bateson'ın (Ruesch & Bateson, 1951) liderliğindeki humanistik psikoloji hareketi, psikolojik sağlığı teşvikte tedavi edici iletişimin önemini vurgulamış ve sağlık iletişim araştırması için sağlık hizmetleri dağıtımı bakış açısının gelişiminde oldukça etkili olmuştur.

Sağlıktaki iletişim sorunlarına yapılan sosyal yapısal yaklaşımlara önceki birçok bakış, bilim dalının dışından gelmiştir. İletişim araştırmacılarının, sağlık iletişimini bu bilim dalının bir alt alanı olarak kabul etme-

lerinden önce; Michel Foucault, *Kliniğin Doğuşu* (1963) ve Ivan Illich, *Sağlığın Gaspı* (1975) kitaplarıyla sağlık, hastalık ve bilimin sosyopolitik ve tarihsel söylemini araştırmış, her ikisi de bireyleri, böylelikle toplumu disiplin altına almada tıbbi kuruluşların güçlü etkilerini eleştirmişlerdir. Yine aynı tarihlerde Susan Sontag (1978), *Metafor Olarak Hastalık* ile hastalık için varolan kültürel metaforların ahlâki yönden değerlendirilmelerini betimlemiştir. Bu öncü yayınlar ve diğerleri iletişim ve sağlık arasındaki ilişkiler içine yapılacak ek araştırmalar için yollar açmıştır.

Sağlık iletişimi yeni bir çalışma alanı olduğu için, bu konuda yazılmış eserler de yaklaşık otuz yıllık bir geçmişe sahiptir. Sağlık iletişimi kitapları, düzenlenmiş ciltler ve yıllıklar ve hakemli dergilerle, sağlık iletişimi literatürü gelişip, zenginleşmektedir. Sağlık iletişimi konulu eserleri yer verdikleri konulara göre *kuram, kuram ve uygulamalar, örnek olaylar* olarak sınıflandırmak mümkündür:

Sağlık iletişimini *kuramsal* açıdan irdeleyen eserler olarak, Lorraine D. Jackson ve Bernard K. Duffy, ed. (1998), *Health Communication Research A Guide Developments and Directions*; Gary L. Kreps & Barbara C. Thornton, (1992), *Health Communication*; Teresa L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller, Roxanne Parrott, ed. (2003), *Handbook of Health Communication* ve Richard K. Thomas, (2007), *Health Communication* sıralanabilir.

Gary L. Kreps & Barbara C. Thornton, (1984), *Health Communication: Theory and Practice*, sağlık iletişimi alanında yazılmış ilk kitaplardan biri olarak kabul edilmektedir.

Kuram ve uygulamaları birlikte ele alan yayınlar olarak, Muhiuddin Haider, ed. (2005), *Global Public Health Communication Challenges, Perspectives and Strategies*; Renata Schiavo, (2007), *Health Communication from Theory and Practice* ve Kevin B. Wright, Lisa Sparks ve Dan O'Hair, (2008), *Health Communication in The 21st Century* sıralanabilir.

Sağlık iletişiminde ağırlıklı olarak *örnek olayları* ele alan yayınlara, Barbara C. Thornton ve Gary L. Kreps, (1993), *Perspectives on Health Communication*; Robert C. Hornik, ed. (2002), *Public Health Communication Evidence for Behavior Change;* Eileen Berlin Ray, ed. (2005), *Health Communication in Practice A Case Study Approach* örnek olarak verilebilir.

Bunlara ek olarak Sharf, (1984) *The Physician's Guide to Better Communication* ve Northouse & Northouse, (1985), *Health Communication: Handbook for Professional*'ı sağlık iletişimi alanına hazırlık niteliğindeki eserler olarak nitelemek mümkündür.

Yeni teknolojilerdeki gelişmelerle birlikte kaleme alınmış olan Ronald E. Rice ve James E. Katz'in derlediği, *The Internet and Health Communication Experiences and Expectations* (2001) adlı eserin bu gelişmelerle ilgili daha sonraki çalışmalara öncülük edeceği düşünülmektedir. Sağlık iletişimi alanında en çok hekim-hasta iletişimi konusunda çalışma bulunmaktadır.

Özetle 1984-1998 yılları arasındaki yayınları, alanın sınırlandırılmaya, kuram ve uygulamaların farklı perspektiflerle anlatılmaya çalışıldığı bir dönem olmasından ötürü, sağlık iletişiminin gelişme dönemi olarak yorumlamak mümkündür. 2000'li yıllar ise yeni teknolojilerin kullanıldığı, örnek olayların daha fazla yer aldığı, küresel çalışmaların yapıldığı, alanın yirmibirinci yüzyıldaki geleceği ile ilgili analizlerin ortaya konduğu dönem olması nedeni ile olgunluk dönemi olarak tanımlanabilir.

Sağlık iletişimi yayınlarındaki gelişmeler bilimsel dergilerde de kendini göstermiştir. *ICA Sağlık İletişimi Bölümü,* 1973 yılında *ICA Haber Bülteni*'ni yayımlamaya başlamış; sağlık iletişimi araştırmaları, eğitimi, iş ve sosyal hizmetler ile ilgili fırsatlar sunmuştur.

1977'de *ICA*, sağlık iletişimi alanında da önemli bölümlere sahip *İletişim Yıllığı*'nı *(Communication Yearbook)* yayımlamaya başlamıştır. *İletişim Yıllığı* dizisinin ilk dört cildinde, ilgi gruplarının her bir bölümüne (sağlık iletişimi bölümü dahil olmak üzere) örnek çalışmalar ve araştırma özetleri sunmak için kitabın bir kısmı ayrılmıştır. *İletişim Yıllığı*'nın takip eden sayıları, büyük gözden geçirme bölümlerini daha da ön plana çıkarıp; farklı *ICA* bölümlerini temsil eden kabul görmüş bilim adamlarının, bunlara eşlik eden tepkilerini veren yenilenmiş bir formata yönelmiştir. Bu büyük gözden geçiriş bölümleri, sağlık iletişimi araştırma alanını tanımlamada yararlı olmuş ve gelen tepkiler de daha geniş bir akademisyen grubu için bu alandaki büyük sorunları çerçevelemeye yardım etmiştir (Kreps vd., 1998, s. 8-9; Wright vd., 2008, s. 8).

1985'te sağlık iletişimi alanına ilgi gösteren iletişim bilim adamları, iletişim bilim dalının profesyonel örgütlerinin en büyüğü olan *Konuşma İletişim Derneği'nin (SCA–Speech Communication Association)* içinde, *Sağlık İletişimi Komisyonu (Health Communication Commission)* kurmuşlardır. *ICA* ve *SCA* arasındaki işbirliği ile iki grup, şimdi adı *Sağlık İletişimi Sorunları (Health Communication Issues)* olan *Sağlık İletişim Haber Bülteni*'nin *(Health Communication Newsletter)* yayımlanmasını paylaşma kararı almıştır. İzleyen birkaç yıl içerisinde *Sağlık İletişimi Komisyonu (Health Communication Commission)* çok hızlı büyümüş,

SCA Sağlık İletişimi Bölümü (Health Communication Division) olmuştur (Kreps vd., 1998, s. 9).

1989 yılında, sağlık iletişimi alanında ilk hakemli dergi olan ve yalnızca sağlık iletişimi araştırmalarına ayrılan *Health Communication* yayımlanmaya başlamıştır. Teresa Thompson'un kurucu editörlük yaptığı, yılda dört kez çıkacak bu derginin yayımlanmaya başlaması, yeni bir araştırma olan sağlık iletişimi alanında araştırmacıları bu konuda çalışma yapmaya teşvik etmiştir (Kreps vd., 1998, s. 10; Wright vd., 2008, s. 8).[45]

Alandaki bir diğer önemli gelişme, *Journal of Health Communication* adlı derginin 1996 yılında, yılda dört kez çıkmak üzere, hakemli sağlık iletişim dergisi olarak yayımlanmaya başlamasıdır. *Journal of Health Communication*, uluslararası bakış açısı ile *Health Communication* dergisinden farklı bir konumdadır. *Health Communication* bir araştırma dergisiyken, *Journal of Health Communication* araştırma ve uygulamayı birlikte inceleyen bir dergi olarak ifade edilebilir.

Kreps ve diğerlerinin belirttiğine göre, her iki dergi, bu alanda birbirini tamamlayarak, güncel sağlık iletişimi bilgisi sunmaktadır. Yine her iki dergi, bu çalışma alanının büyümesi ve olgunlaşmasını sağlayan önemli bilimsel çıkış noktaları olarak kabul edilmektedir (1998, s. 11). *Journal of Health Communication*, 2002 yılına kadar yılda dört sayı yayımlanırken, 2002 yılında beş sayı, 2003 ve 2004'de altı sayı, 2005 yılından itibaren ise yılda sekiz sayı yayımlanmaktadır.

Her geçen gün sayıları artan çalışmalarla alan daha da genişlemektedir. Bununla beraber, bazı sağlık iletişim konuları, sağlık iletişim literatüründe önemli konular olarak kalmaya devam etmektedir. Wright ve diğerlerinin çalışmasının sonuçlarına göre, *Health Communication* dergisinde 1989 ve 2003 yılları arasında işlenmiş konu başlıklarının analizinde, dergide yer alan makalelerin % 20'sinden fazlasının, doktor-has-

45. *Health Communication*'ın ilk sayısı, sağlık iletişim uzmanlarının sağlık iletişim alanının yazıldığı tarihteki durumunu değerlendiren ve bu alanın gelecekteki gelişimi için yönler tavsiye eden, davet edilmiş beş önemli makaleyi sunmuştur.
Barbara Korsch (1989) tarafından yazılan başmakale, doktor-hasta iletişimi hakkındaki bilgi birikimini gözden geçiren ve ilerideki araştırmalar için yön veren bir makale olarak kabul edilmektedir. Gary Kreps'in makalesi, sağlık iletişim araştırmasının, kuramsal çerçevede pragmatik sağlık hizmetleri dağıtım sistemi yararlarını incelemiştir. David Smith, makalesinde, sağlık iletişim araştırmasının, geleneksel doktor kontrolü ve hasta uyumluluğu tıbbi modelini incelemiştir. Paul Arnston, makalesinde, ilerideki sağlık iletişimi araştırmalarında halkın sağlık yetkinliğini geliştirmek için bir odak noktasından bahsederek, halka aktif ve bilinçli sağlık hizmetleri kararları vermeleri için önerilerde bulunmuştur.
Health Communication'ın bu sayısındaki son makalede, Jon Nussbaum, bilim adamlarına önemli, karmaşık ve etkili sağlık iletişimi araştırması yürütmeleri yükünü vermiştir. *Health Communication*'ın bu ilk sayısı, sağlık iletişimi araştırmasının akademik açıdan olgunlaşmasında önemli noktaları belirtmektedir. Aynı zamanda bu dergi, bu alanda saygı duyulan sağlık iletişim araştırmalarına çıkış noktası sağlamıştır (Kreps vd., 1998, s. 10).

ta etkileşimi konusu üzerine olduğu; bunu sağlık iletişimi kampanyaları (%13,4), risk iletişimi (%11.5), sağlık ve yaşlanma (%8.4), dil ve sağlık (%7), medya (%5.9), sosyal destek ve sağlık (%4.3) konularının izlemekte olduğu belirtilmektedir (2008, s. 8).

Wright ve diğerlerinin analizi aynı konu başlıklarıyla 2009 yılı sayısına kadar genişletilerek incelenmiştir. 2004'ten 2009'a[46] kadar *Health Communication*'da yayımlanan makalelerde sağlık ve medya (%26), sağlık iletişimi kampanyaları (%21.6), doktor-hasta etkileşimi (%18.5), dil ve sağlık (%13), risk iletişimi (%10.6), sosyal destek ve sağlık (%8.2), sağlık ve yaşlanma (%1) olarak yer almıştır.

Health Communication'ın son beş yıllık araştırmalarında sağlık iletişimi çalışmalarında medyanın, yeni teknolojilerin, sağlık iletişimi kampanyalarının ağırlık kazandığı, sağlık ve yaşlanma konusunun ağırlığının ise görünür şekilde azaldığı söylenebilir.

Health Communication için yapılan değerlendirme, alandaki diğer önemli dergi olan *Journal of Health Communication* için de yapılmıştır. *Journal of Health Communication*'ın 1996-2008[47] yılları arasında yayımlanmış makaleleri incelendiğinde ise, sağlık iletişimi alanının değişen yönelimleri ortaya çıkmaktadır. Dergide yayımlanan makaleler sağlık iletişimi kampanyaları (%33), medya (%33), yeni teknolojiler (%10), risk iletişimi (%10), tedarikçi-hasta iletişimi (%8), sağlık okuryazarlığı (%3) içeriklidir.

Kampanya ve medya konuları birbiriyle iç içe olup, tüm makaleler içinde ağırlıklı bir yere sahiptir. Medya konulu makalelerde, sağlık iletişiminde eğlence ve eğitimin (*edutaintment*) bir arada kullanıldığı etkinlikler ve bunlara yönelik analizlerin yapıldığı çalışmaların son yıllarda arttığı söylenebilir. Yine risk iletişimi ve yeni teknolojiler, onları izleyen sağlık okuryazarlığı konularında her geçen gün artan sayıda çalışma yapılması, sağlık iletişimi araştırmalarının gelecekteki yönelimlerini de ortaya koymaktadır.

Ayrıca *Avrupa İletişim ve Sağlık Hizmetleri Derneği (European Association for Communication and Healthcare), Hasta Eğitimi ve Danışmanlığı (Patient Education and Counseling)* dergisini yayımlamaktadır. Bu dergi, her iki yılda bir düzenlenen ve tüm dünyadan farklı bilim dallarından sağlık iletişimi araştırmacılarını bir araya getiren konferanslara sponsorluk yapmaktadır (Wright vd., 2008, s. 7).

Sağlık iletişimi alanı genişlemeye başladıkça, kitaplar ve dergiler gibi, düzenlenen konferanslar da artmaya ve ilgi çekmeye başlamıştır.

46. 2004 – 2009 vol.4 dahil, 246 makale değerlendirilmiştir.
47. 1996–2008 yılları arasında yayımlanmış 355 makale değerlendirilmiştir.

ICA ve *SCA*'daki sağlık iletişim konferans programları, bu alanda artan bir şekilde popüler hale gelmiş ve 1980'lerin ortalarında bu alandaki gelişen bilimsel ilgiyi karşılamak amacıyla birçok sağlık iletişim mini-konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansların ilki Virginia'da, James Medison Üniversitesi'nde, Anne Gabbard-Alley tarafından düzenlenen *Tıbbi İletişim Konferansı (Medical Communication Conference)* olmuştur (Kreps vd., 1998, s. 9).

Bu mini-konferansı 1985 yılında, Northwestern Üniversitesi'nde Paul Arnston ve Barbara Sharf tarafından yürütülen, *Sağlık İletişimi Üzerine Bir Yaz Konferansı (Summer Conference on Health Communication)* izlemiştir. 1986 yılında, Oxford Üniversitesi'nde David Pendleton ve Paul Arnston tarafından yürütülen, Oxford Üniversitesi/*ICA*'nın *Birincil Bakımda Sağlık Eğitimi Konferansı (Conference on Health Education in Primary Care)* ve Batı Ontario (Kanada)'da, Moira Stewart tarafından yürütülen, *Uluslararası Doktor-Hasta İletişimi Konferansı (International Conference on Doctor-Patient Communication)* gibi iki önemli uluslararası konferans düzenlenmiştir. Sağlık iletişimi konulu konferanslar, günümüzde sayıları her geçen gün artarak ulusal ve uluslararası nitelikte konferanslarla devam etmektedir (Kreps vd., 1998, s. 10).

5. Sağlık İletişimi Kampanya Süreci

Sağlık iletişimi kampanyaları, sağlığın geliştirilmesinin temel parçası, toplumu sağlık konularında bilinçlendirme ve hastalığı önleme çabalarıdır. Sağlık iletişimi kampanyaları, sağlık davranışlarını, sağlık hakkındaki tavırlar ve inançlar ve/veya sağlık davranışlarına vesile olan sosyal ve çevresel koşullar, bir sağlık problemi veya problemleri nedeniyle risk altında olan bireyleri bilinçlendirmeye, değiştirmeye çalışan sistematik bir çaba olarak tanımlanabilir. Buna karşın, sağlık kampanyaları hakkındaki literatür, yürütülen kampanyaların çoğunluğunun, hedeflenen sağlık davranışlarını değiştirmede yalnızca kısıtlı bir başarıya ulaştığını öne sürmektedir (Wright vd., 2008, s. 233). Kısıtlı bir başarıya ulaşmada, kampanyaların zayıf uygulama stratejilerinin yanı sıra, sağlık kampanyalarından gerçekçi olmayan beklentilerin varlığı da etkili olmuştur.

Sağlık iletişimi kampanyalarında gerçekçi beklentiler hedeflenmediği takdirde kampanyanın gerçekleştirebilecekleri sınırlıdır. Bir sağlık iletişimi kampanyası tek başına; politika, teknoloji veya yapı içerisindeki değişimler olmadan çok az şey başarabilmekte ya da hiçbir şey başaramamaktadır. Bazı durumlarda da etkili bir iletişim programının

destekleyeceği çözümler henüz ortaya çıkmamış olabilir. Bu nedenle özellikle geliştirilmiş bir sağlık politikası olmaksızın yapılacak büyük çaplı sağlık iletişimi kampanyalarından, gerçekleştirebileceğinden daha fazlasını beklemenin boş bir beklentiden öteye geçmediği söylenebilir.

Sağlık konulu kampanyaların geçmişi üç gelişme dönemi içinde açıklanabilir (Wright vd.; 2008, s. 235): 1940-1950'lere kadar *minimal etki dönemi*, sağlık kampanyalarının büyük başarısızlıklarla sonuçlanması, medyanın dolaylı ve sınırlı etkilerinin fark edilmesi ilk dönem olarak ifade edilebilir. Bununla beraber, bu dönemde kampanyaların etkileri, bu etkilere stratejiler ve taktiklerle ulaşma yolları daha iyi anlaşılmıştır.

1960-1970'ler *kampanyalar başarılı olabilir dönemi* olarak anılmaktadır. Bir önceki dönemden alınan dersler, özellikle kampanya oluşturma aşamaları başarı ile uygulanmıştır. Özellikle, *Stanford-3 Şehir Projesi* ve *Finlandiya North Karelia Projeleri*'ndeki geniş zamana yayılan ve çoklu müdahale stratejileri, kampanyaların geleceğinin parlak olduğu düşüncesini vermiştir.

1980'ler *hafifleyen etkiler dönemi*, sağlık kampanyalarının geliştiği ve arttığı dönemdir. Teorilerin uygulanması, çerçevenin planlanması, çoklu stratejilerin kullanılması ve topluma dayanan kampanyaların yapılması, kampanyaları gittikçe daha gelişkin ve olgun hale getirmiştir. Dönem, kampanyaların halkın davranışlarını değiştirme etkisi üzerine derin düşünme ile karakterize edilmektedir. Bu dönem, geleneksel kampanya modellerinin tekrar gözden geçirilmesi ve tekrar değerlendirilmesi dönemi olarak; seküler trendler, eğilimler ve bununla ilgili toplum değişkenleri, özellikle 1980'lerden itibaren görülen iletişim sistemlerinin genişlemesi ve yaygınlaşması; sağlık kampanyaları planlayıcılarının ulaşılabilir toplumsal davranış değişimi beklentileri; geleneksel kampanya değerlendirme modellerinin etki farklılıklarını bulma ve ölçme konusundaki kısıtlılıkları; düşük gelir gruplarının yüksek gelir gruplarına oranla kalp hastalıkları ile ilgili olanaklardan eşit olarak yararlanamaması; çıktıların sadece bireysel davranış değişiminden ibaret olmayıp toplumun davranışlarını etkilemeye uygun politika geliştirmek için gösterilen kamu sağlığı çabaları ve etkili davranış değişikliği strateji ve programlarının yayılması gibi bazı faktörleri ele almaktadır.

Sağlık iletişimi kampanyalarının planlanan, gerçekleştirilen diğer iletişim kampanyalarından süreç olarak bir farkı bulunmamaktadır. Sağlık iletişimi kampanyaları diğer iletişim kampanyalarında olduğu gibi, daha önceden belirlenmiş bir zaman aralığında yürütülür; organize ve planlanmış iletişim aktivitelerini içerir. Kampanyaların, birey-

lerin her gün maruz kaldığı sağlıkla ilgili içeriğin küçük bir parçası olduğu açıktır.

Medyada bireylere sunulan sağlık konulu mesajlar karışık ve yanıltıcı olabilmektedir. Bazı film, dizi, programlarda özellikle de reklamlarda sağlığa ilişkin verilen mesajlar sağlık iletişimi kampanyalarıyla farklılık göstermektedir. Sağlık iletişimi kampanyalarını medyadaki sağlık bilgilerinden ayıran özellik, sağlık iletişimi kampanyalarının doğru sağlık tutum ve davranışlarını planlı bir dizi iletişim süreciyle gerçekleştirmeye çalışmasıdır.

Gerçekleştirilen sağlık iletişimi kampanyalarına hükümetler, ulusal ve yerel yönetimler, kâr amacı gütmeyen büyük çaplı organizasyonlar destek vermediği ve gerçekleştirilen kampanya sağlığa ilişkin bir politikaya dayanmadığı takdirde; kampanyanın gerçekleştirilmiş ve yüksek verim alınamamış kampanyalar listesinde yerini almaya mahkûm olduğu söylenebilir.

B. Sağlık İletişimi Kuram ve Model Yaklaşımları

Sağlık iletişimi çalışmaları genel olarak iletişim araştırmalarından yararlanırken, bir yandan da iletişim çalışmalarına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle de daha geniş bir alan içindeki akımları yansıtmaktadır. Sağlık iletişimi kuramları olarak ifade edilen kuramlar, çoğunlukla kişilerarası ve kitle iletişim araştırmalarının içinde sınıflandırılabilecek niteliktedir. Farklı alanlardan beslenmesine karşın üzerinde durulması gereken önemli bir konu, sağlık iletişiminin kuramsal gelişimi için farklı içerik alanı ya da bağlamı oluşturup oluşturmadığıdır.

Babrow ve Mattson, bazı araştırmacıların sağlık iletişimini gereğinden fazla kuramlaştırmaya çalıştıklarını ifade ederken, sağlık iletişimi çalışmalarının yapılmasını önemli bulmakta; sağlık ve hastalıktaki iletişimin, insan deneyimleri içerisinde en önemli olanı oluşturduğunu düşünmektedir (Aktaran Thayer, 2003, s. 38):

> Hiçbir insan olgusu, sağlık ve hastalıktan daha temel değildir, hiçbiri arzularımızla bizi duygusal olarak bağlamaz ya da kısıtlamalarımızla daha açıkça yüzleştirmez. Hatta bu temel deneyimlerin dinamikleri belirtildiğinde ve özellikle beden, zihin ve toplumun birbiri içine geçen iletişiminde oluştuğu ifade edildiğinde; sağlık iletişimi, bilimsel araştırma için en karmaşık, en zorlu ve potansiyel olarak faydalı alanları betimlemektedir.

Craig'in (1999) iletişim kuramı içinde ele aldığı gelenekler olan *retorik, göstergebilimsel, fenomenolojik, sibernetik, sosyopsikolojik,*

sosyokültürel ve eleştirel geleneği. Babrow ve Mattson sağlık iletişimi açısından ele almaktadır ve sağlık iletişimine özgü zorluklara ve gerilim konularına çözüm getirme açısından bu geleneklerin ortaya koyabileceği yararlar üzerinde durmaktadırlar (2003, s. 47-53). Babrow ve Mattson'ın sağlık iletişimini kuramsal değerlendirmeleri literatürde nadir rastlanan bir değerlendirmedir.

Sağlık iletişiminde kullanılan kuram ve modeller hakkında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar sağlık iletişimini, diğer iletişim araştırmalarından ayırt edici özellikleri ile açıklamaya çalışırken; bazı çalışmalar, sağlık iletişiminde kullanılan davranış kuram ve modellerini, kitle iletişim kuramlarıyla birlikte ele almakta; bazı çalışmalar da sosyal bilim kuramları, davranış kuramları, kitle iletişim kuramları ve pazarlama bazlı modellerle kuramsal arka plan oluşturmaktadır.

Sağlık iletişimi literatüründe çok sayıda kuram ve modele yer verilmesi dikkat çekicidir. Sağlık ile ilgili tutum ve davranışlara ilişkin durumların tanımlanmasına, genel resmin görülmesine hizmet eden modeller ile sağlık tutum ve davranışlarını açıklamaya çalışan kuramlardan oluşan bir yapı oluşturulduğu söylenebilir. Alanda, kuram ve modellerin birlikte ele alınmasının ardında iki neden olduğu iddia edilebilir: Birincisi disiplinlerarası bir yaklaşım olmasından ötürü farklı alanların çalışmalarından bir karma oluşturulduğu; ikincisi, sağlığa ilişkin tutum ve davranışları belirleyen sosyal ve kültürel özelliklerin gözden kaçmasının engellenmeye çalışıldığıdır.

Sağlık iletişimi literatüründe, araştırma ve uygulamalarda büyük bir çoğunluğuna referans verildiği ve yararlanıldığı gözlemlenen çok sayıda kuram ve model yer almaktadır. Bu kitapta sağlık iletişiminde kullanılan tutum ve davranış değişimlerini inceleyen kuramlar, modeller mikro ve makro-düzeyde sınıflandırılmıştır.

Tutum ve davranış değişikliği ile ilgili kuram ve modellerin, sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarında, bireyin algısı, toplumsal ve sosyal çevresi, sosyal normlar ve tavırların belirleyici olduğu bilgisi üzerine kurulu olduğu söylenebilir. Davranış değişikliklerini hangi durum ve kriterlere göre değiştirdikleri, sağlıklı davranışları nasıl öğrendikleri, öğrenmek ve uygulamak için hangi yol aracılığıyla ikna oldukları da tutum ve davranış değişikliği kuram ve modellerinin ortak noktasıdır. Mikro ve makro-düzey kuram ve yaklaşımlarda yer alan, risk iletişimi ve sosyal pazarlama, diğer kuram ve modellerden bağımsız olarak ele alınabilmeleri, yaklaşımları ve uygulamaları açısından farklılık göstermese de bireylerin davranış ve tutumları üzerindeki etkileri nedeniyle aynı çatı altında ele alınmıştır.

1. Tutum ve Davranış Değişikliği Mikro-Düzey Kuramları

a. Sağlık İnancı Modeli

Sağlık İnancı Modeli (Health Belief Model) (Becker, Haefner ve Maiman, 1977; Janz ve Becker, 1984; Strecher ve Rosenstock,1997), en çok kullanılan sağlık tutum değişimi modellerinden biridir. 1950'lerin başında, tedbirsel tutumları teşvik etmek için toparlayıcı bir ağ yapısı olarak, bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir. *Sağlık İnancı Modeli*, sağlık davranışıyla değişim sürecinin arasındaki bağlantıyı açıklamaya çalışan ilk kuramlardan biridir.

Model belirli bazı inançların tedbirsel sağlık hareketlerini canlandırmadaki rolünü vurgular. Varsayımı, sağlıklı davranışlar gösterebilmek için; hedef kitlelerin, ciddi ya da ölümcül hastalıklara karşı var olan risklerin farkında olmaları ve davranış değişiminin sağlayacağı kazançlardan haberdar olmalarıdır (Schiavo, 2007, s. 37; Lapinski ve Witte, 1998, s. 142; Haider, 2005, s. 41).

Model, tedbirsel sağlık tutumunun; bir sağlık tehdidine karşı *algılanan duyarlılık*; bir sağlık tehdidine karşı *algılanan ciddiyet*; tavsiye edilen tepkiyi yerine getirirken *algılanan bariyerler*; tavsiye edilen tepkiyi yerine getirirken *algılanan yararlar* ve *hareket için başlama işaretleri* olarak ifade edilen beş faktör tarafından etkilendiğini öne sürer (Lapinski ve Witte, 1998, s. 142; Thomas, 2006, s. 66):

Algılanan duyarlılık, bir bireyin sağlık tehdidi deneyimleyeceği olasılığını öznel olarak değerlendirmesi anlamına gelir. Bireyler sık sık bir hareketin zararlı olacak bir sonucunu deneyimleme olasılıklarını, o hareketi yapmadan önce değerlendirir. Örneğin bir bisiklet kaskı takmadan önce bireyler, sık sık bisikletten düşüp kafalarını çarpıp çarpmayacakları ihtimalini değerlendirir. Eğer bu olayın gerçekleşmesi ihtimali olduğunu hissederlerse o zaman bisiklet kaskı takmaya yatkın olacaklardır.

Algılanan ciddiyet, bir kişinin sağlık tehdidinin büyüklüğü hakkındaki inançları anlamına gelir. Bir tehdidin ciddiyetine karar vermek için, kişinin ilgili konudaki görüşleri; örneğin cilt kanserini, araba kazalarını ya da kızamığı ciddi olarak algılayıp algılamadığı sorulabilir. Bir sağlık tehdidinin ciddiyeti, sosyal zarar kadar (örneğin küçük düşmek) fiziksel/tıbbi zarar şeklinde de (örneğin hastalık, rahatsızlık) değerlendirilebilir. Örneğin 45-60 yaş aralığındaki erkekler için prostat kanseri önleyici muayeneleri teşvik etmek için bir kampanya tasarlandığında, birkaç sorun göz önünde bulundurulmak zorundadır. Algılanan risk açısından, hedef kitle, prostat kanserine yakalanma ihtimalini değer-

lendirecektir. Daha genç hedef kitle, prostat kanserini "yaşlı hastalığı" olarak algılayabilir ve risk faktörlerinin erken teşhisinin prostat kanserini önleyebileceği gerçeğine rağmen bu hastalığı özellikle tehdit edici olarak görmeyebilir. Ya da cilt kanserinden ölen birini tanıyan bir kişi ile yalnızca kansere yol açabilecek bir beni aldırmış olan birini tanıyan bir diğer kişi arasından ilki, diğeri ile karşılaştırıldığında, cilt kanserine karşı daha büyük ciddiyet algısına sahip olacaktır.

Algılanan bariyerler, tavsiye edilmiş bir tepkiyi yerine getirmenin muhtemel "maliyetlerini" belirtirken, *algılanan yararlar*, sağlık tehdidini azaltmada tavsiye edilen tepkinin uygulanabilirlik ve etkili olma derecesini belirtmektedir. *Sağlık İnancı Modeli*, bir bireyin, tavsiye edilen tepkinin muhtemel yararlarına hareketin psikolojik, fiziksel ve finansal maliyetlerine göre daha fazla önem verdiğini öne sürer. Örneğin bir anne, çocuğuna, çocuk hastalıklarına karşı bağışıklık kazandırmanın yararının farkına varabilir; fakat bu annenin söz konusu yararları gerçekleştirmek için ulaşım, erişim ya da finansal imkânı olmayabilir. Bu durumda bariyerler herhangi bir yarara baskın gelebilir ve çocuk aşı olamayabilir.

Hareket için başlama işaretleri, Sağlık İnancı Modeli içerisinde en az araştırılmış değişkendir. Modele göre harekete geçme işaretleri, karar verme sürecini tetiklemek için gereklidir. İşaretler harici (örneğin sigaranın zararları hakkında broşürler) ya da dahili (örneğin kanama ya da alışılmışın dışında görünen bir ben gibi bir hastalığın semptomları) olabilir.

Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yararların inancının, algılanan bariyerlerin üstesinden ne kadar güçlü gelebileceğinin iyi bir örneği, Kenya'daki Masai kadınları tarafından gerçekleştirilen bebek aşılaması olayıdır (Lapinski ve Witte, 1998, s. 143). Bu kadınlar çocuk hastalıkları yüzünden çocukların öldüklerini görmüş (ciddiyet), herhangi birinin çocuğunun hastalığa yakalanabileceğini bilmekte (algılama) ve aşının çocuk hastalıklarını önlediğine inanmaktadırlar (yararlar). Bu nedenle, gönüllü olarak çocuklarını aşılatmak için çocuklarının hayatlarının ilk yılı esnasında sıcak tozlu havada çok uzaktaki köy sağlık kliniklerine yürümüşlerdir (bariyerler).

Bu model, medya kampanyaları gibi harici işaretlerin, bireylerin tehdit hakkındaki algılamalarını artırdığını ve böylece bireyin tavsiye edilen tepkiyi vermesine yol açtığını iddia etmektedir (Lapinski ve Witte, 1998, s. 143; Wright vd., 2008, s. 238).

Sağlık iletişimi faaliyetlerine başlamadan önce bireylerin sağlıkla ilgili algılamalarının ön kabullerden uzak bir şekilde araştırılması, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyetin üzerinde çalışılan sağlık konu-

sunun gerektirdiği kadar yükseltilmesine yönelik mesajların verilmesi, çabaların etkinliği açısından önemlidir.

Örneğin Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili olarak gerçekleştirilen tüm yasal düzenleme ve sağlık iletişimi faaliyetlerine rağmen, modelde belirtilen, *algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet* konusunda istenilen düzeye gelinmediği söylenebilir. Sigaranın etkilerinin uzun dönemde ortaya çıkıyor olması, bireylerin sigaranın zararlarını algılamalarını zorlaştıran nedenlerden biri olarak gösterilebilir. Ayrıca Türkiye'de sigara paketlerinin üzerinde yer alan uyarı yazılarına karşı bireylerin verdiği tepkilerin, *algılanan ciddiyetin* düşüklüğü açısından dikkat çekici olduğu söylenebilir.

b. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal Öğrenme Kuramı (Social Cognitive Theory) (Badura, 1977, 1986, 1997), sağlıkla ilgili kampanyalarda sıklıkla kullanılmıştır. *Sosyal Öğrenme Kuramına* göre, beklentiler, kendi kendine yeterlilik, tavırlar, inançlar ve değerler gibi bilişsel süreçler, sağlıkla ilgili birçok davranışı etkilemektedir. Örneğin medyada görülen ve okunan bilgilerin yanı sıra, sosyal çevreden de sağlık hakkında birçok davranış öğrenilmektedir. Bir bireyin inançları ve beklentileri, onun davranışlarında önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Ancak, inançlar doğru ya da yanlış olabildiği gibi, beklentiler de gerçekçi ya da gerçekçi olmayabilir.

Bu kuramın odak noktası *algılanan kendi kendine yeterliliktir*. Kendi kendine yeterlilik bireylerin kendi motivasyonları, davranışları ve sosyal çevreleri üzerinde kontrol sahibi olmaları, inançları olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle algılanan kendi kendine yeterlilik, bireyin, belirli bir hareketi yapma kabiliyeti hakkındaki inancıdır (bireyin algıladığı, kendine yeterliliği). Yeterlilik beklentileri, bireyin –ne kadar efor sarf edeceği; stresli durumlarda ne kadar uzun süre dayanabileceği gibi– aktivite seçimlerinde büyük bir etkendir.

Kuramın önemli diğer bir yapıtaşı, *sonuç beklentileri*dir. Sonuç beklentileri, bir bireyin, belirli bir davranışın belirli bir sonuca yol açacağı inancı anlamına gelmektedir. Örneğin, "Eğer grip aşısı yaptırırsam, gribe yakalanmam" bir sonuç beklentisidir. Belirli bir hareket yapıldığında sonucunun ne olacağının düşünülmesidir.

Bir diğer deyişle, sağlıkla ilgili davranışlar, bireyin kendi sosyal çevresi ya da yaşam tarzından kaynaklanan düşüncelerinin ve etkilerinin nihai bir sonucudur. Tavırlar ve değerler de aynı zamanda sağlık davranışlarını etkileyebilmektedir. Örneğin bireyler sağlıkla ilgili davranışları değiştirmek için tasarlanmış mesajlara maruz kaldıklarında,

önerilen davranışsal değişikliklerle ilgili sonuçlar hakkında değer yargılarına varırlar. İyi sağlık, genellikle birçok insan için uzun dönemli bir değerdir. Fakat uzun dönemli sağlık değerleri sık sık zevk, heyecan ve diğerleri ile "aykırı düşmemek" isteği gibi, birçok kısa dönemli değerle çakışabilir. Bu kısa dönemli değerler, bireylerin uzun dönemli sağlık değerlerini gözden kaçırmalarına sebep olabilir. Örneğin birçok insan obezite, şeker veya kalp hastalığı gibi kilo ile ilgili sorunlardan mustarip olmak istemez; buna rağmen zengin yemekler yemekten gelen zevk ya da sağlıksız fast-food'un rahatlığı gibi, kısa dönemli değerler sağlıklı olmanın uzun dönemli değerine baskın gelebilir.

Bireyler genellikle aile bireylerini, arkadaşlarını ve medyada yer alanları gözlemleyerek, model alarak nasıl davranacaklarını öğrenirler. Davranışlar aynı zamanda sosyal normlar ya da davranış için gerekli kurallarla ilişkilendirilmiştir. Bireyler, sosyal durumlarda bu kurallara uymak (ya da görmezden gelmek) için, sosyal olarak ödüllendirilmeye veya cezalandırılmaya yatkındırlar. Sosyal ödüller, takdir ve kabullenme şeklinde; cezalandırma ise sinir, tasvip etmeme ve sosyal çevrelerden dışlanma şeklini alabilir (Wright vd., 2008, s. 235-237; Lapinski ve Witte, 1998, s. 148; Maibach ve Cotton, 1995, s. 44; Haider, 2005, s. 129).

Sosyal Öğrenme Kuramı, program araştırması ve planlamasına çeşitli sorularla yaklaşarak bir taslak oluşmasına yardımcı olur; fakat sağlık iletişimine yaptığı en büyük katkı, belirli bir davranış üzerindeki akılda tutma, taklit ve motivasyonu etkileyen faktörlerin ve mekanizmaların anlaşılmasıdır (Schiavo, 2007, s. 39).

Son yıllarda medyanın "sağlıklı olma" konusundaki öğrenme sürecini negatif yönde etkilediği söylenebilir. Medyada sağlıklı olmak, "zayıf", "formda", "genç ve güzel/yakışıklı olmak" şeklinde biçimlendirilmektedir. Bu özelliklere sahip olmanın sağlıklı olmakla özdeşleştirilerek veriliyor olması doğru sağlık davranışlarının benimsenmesini zorlaştırabilir. Medyanın sosyal öğrenme açısından taşıdığı öneme uygun bilgiler sunması, doğru davranışların öğrenilmesini sağlayacaktır.

c. Akla Dayalı Eylem Kuramı

Akla Dayalı Eylem Kuramı (Theory of Reasoned Action) (Ajzen & Fishbein, 1981), bir davranışın ana belirleyicisinin, o davranışı yerine getirmekteki niyet olduğunu belirtmektedir. Kuram, bir kişinin tutumunun amaçları yoluyla tahmin edildiğini ve bununla beraber bu tutumların, o tutuma yönelik tavırlar ve öznel normlar tarafından tahmin edildiğini öne sürmektedir. Tavırlar, davranışsal inançlar ve o inançla-

nın değerlendirilmesi ile tahmin edilir. Fishbein ve Ajzen (1981) tutum değişiminden önce, iki tür inancın değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bunlardan ilki, belirli bir davranışı yapmanın sonuçları hakkındaki inançlar ve o sonuçların değerlendirilmesi; ikincisi, diğer bireyler ya da karşılaştırma öğelerinin yapılacak olan davranış hakkında ne düşündüğü ve o karşılaştırma öğeleri ile uyumlu motivasyonları hakkındaki inançlarıdır (Lapinski ve Witte, 1998, s. 147; Haider, 2005, s. 42).

Bir bireyin bir davranış hakkındaki tavırları (örneğin davranışı pozitif, negatif ya da nötr olarak değerlendirmesi) onun davranış hakkındaki inançları tarafından etkilenir. Örneğin kişi düşük karbonhidratlı beslenme tarzının kilo vermek için etkili bir yol olduğuna inanıyorsa, o zaman mönüde "düşük karbonhidratlı" bir yemeğe, bu tür bir beslenme tarzının etkili olmadığına inanan birinden daha fazla pozitif tavır gösterecektir.

Buna ek olarak, *Akla Dayalı Eylem Kuramı*, sağlık davranışı ile ilgili sosyal çevrenin takdiri gibi sosyal normları da hesaba katmaktadır. Örneğin evli bir çiftten, kadın kilo verme çabası içerisinde diyet ve egzersiz yapma fikrine sahip olabilir; erkeğin yemek yeme ve egzersiz alışkanlıklarına bir müdahalede bulunulmadığı takdirde, kadın desteklenebilir; aksi durumda kadının bu davranışlarına eşi tarafından karşı çıkılabilir.

Akla Dayalı Eylem Kuramı, bireyin kaynaklarını, becerilerini, kendi kendine yetebilmesini, fırsatlarını ve önerilen davranışı yerine getirme kabiliyetini de hesaba katmaktadır. Bu kuramın bildirdiği, bireyin sağlıkla ilgili bir davranışı yerine getirme niyetini tahmin ederken bütün bu faktörlerin göz önünde bulundurulmasının gerekli olduğudur. Sağlık iletişimi kampanyası tasarlayıcıları bu analizleri, bir hedef kitleyi analiz ederken, sık sık bireyi sağlıkla ilgili bir davranışa nelerin götürebileceği hakkında daha iyi bir fikir edinebilmek için kullanırlar. Fakat davranış ile ilgili niyetler, sık sık gerçek davranışların belirleyicileri olsa da niyetin sonunda davranış değişimine götüreceğinin garantisi yoktur (Wright vd., 2008, s. 238).

Schiavo'nun belirttiğine göre, *Akla Dayalı Eylem Kuramı*, son zamanlarda sağlık iletişiminde kullanılan en etkili kuramlardan biridir. Ayrıca bireylerin tutumlarını değiştirecek önlem ve mesajlar için gereken sebeplerin incelenmesi ve tanımlanmasında faydalıdır. Birincil hedef kitle (programın, doğrudan etkilemek istediği ve değişimden öncelikle yararlanmalarını istediği kişiler) ve ikincil hedef kitlenin (öncelikli hedef kitleyi etkileyen bireyler ve gruplar) ayrılması için de iyi bir araç olarak kabul edilmektedir (Schiavo, 2007, s. 40-41).

Genel olarak, *Akla Dayalı Eylem Kuramı*, bir sağlık iletişimi kampanyası mesajının içeriğini oluşturmaya sistematik bir yaklaşım öneren az sayıdaki kuramdan biridir. Kuram, musluk suyu hakkındaki sağlık risk mesajlarının etkisi; AIDS'le ilgili davranışlar ve cinsel uygulamalar; okul çocuklarındaki uygulamalar; alkol bağımlılığı, sigara içme ve daha birçok sağlıkla ilgili davranışlara uygulanmıştır (Lapinski ve Witte, 1998, s. 147).

d. Risk İletişimi

Küresel ve büyük ölçekli sağlık tehditleri her geçen gün dünyayı sarmaktadır. Çevre kaynaklı hastalıklar her yıl milyonlarca –önlenebilir– ölüme yol açmaktadır. Tehlikeli atık boşaltımı, hızlı nüfus artışı, hava kirliliği ve kirlilik, sağlık problemlerine bağlanmış kötü etkili çevresel faktörlerden yalnızca birkaçıdır. Dünyada çok sayıda insan açlık veya yetersiz beslenmeden muzdariptir. Dünya çapında milyonlarca çocuğun yaşadığı açlık, boy gelişimi eksikliği, hastalığa karşı dirençsizlik, zihinsel gerilik ve erken ölüm oranları gibi yetersiz beslenme ile ilişkilendirilmiş gelişimsel problemleri beraberinde getirmektedir.

Son yıllarda, HIV/AIDS, SARS (Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu), kuş gribi, domuz gribi gibi virüsler, çevresel tehditler (örneğin kirlilik ve zehirli atıklar), şarbon virüsü postalamaları ve biyoterörizm gibi politik kaynaklı tehditler gibi küresel ve büyük ölçekli sağlık konuları, dünyanın, sağlık tehditlerine karşı savunmasız oluşunun önemli bir kanıtıdır.

Günümüzde dünya, artan seyahat ve göç nedeniyle büyük salgın hastalıklara açık durumdadır. Örneğin Şubat 2003'te, kontrol altına alınmadan önce Asya'dan Kuzey ve Güney Amerika ile Avrupa'da 24 ülkeye hızla sıçramış, viral solunum yolu hastalığı olan, SARS'ın olumsuz etkilerini birçok ülke yaşamasa bile, medya aracılığı ile tanık olmuştur.[48] SARS'ın korkutucu yönlerinden biri insandan insana temas ile bulaştırılabilir olmasıdır. Farklı ülkelere seyahat eden kişiler hastalığı farklı kıtalara daha çabuk bulaştırmıştır.

Yakın zamanda dünya çapında kuş gribi üzerine artan bir endişe oluşmuştur. Kuş gribi,[49] kümes hayvanları ya da diğer tür kuşlar ile ya-

48. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, 2003 yılındaki salgında dünya çapında toplam 8098 kişi hastalanmış ve 774 kişi bu hastalıktan hayatını kaybetmiştir (WHO, 2004).

49. İletişim, SARS salgını ve kuş gribini kontrol altına almaya yardımcı olmada hayati bir rol oynamıştır. *Hastalık Kontrol Merkezleri* (*CDC-Centers for Disease Control and Prevention*) ve WHO, SARS salgını ve kuş gribinin farkına varılmasından kısa bir süre sonra bir acil durum harekât merkezi kurmuştur. Buna ek olarak bu organizasyonlar dünya çapında olay yerindeki soruşturmalara yardımcı olmaları amacıyla tıbbi memurlar, salgın hastalık uzmanları ve diğer uzmanları görevlendirmiştir. Hastalık hakkındaki bilgi, hastalığın sebeplerini belir-

kın temasta bulunan kişiler arasında birçok ölüme sebep olmuştur.

Günümüzde domuz gribi (H1N1 Pandemi) adıyla bilinen virüsün ölümcül etkisi ise daha fazladır. En korkutucu yanı ise, ölümcül domuz gribi virüsü ile yayılma hızı yüksek kuş gribinin küresel bir salgına dönüşmesidir. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü kırk yıldan bu yana ilk kez en yüksek düzeyde risk alarmı vermiştir. Risk iletişiminde, riski algılama düzeyi konunun sunuluş biçimine göre değişmektedir. Türkiye'de 2010 yılında domuz gribi salgını nedeniyle yapılan açıklamalar ülkeyi bir süre sonra "panik" durumuna getirmiştir. Panik havasından faydalanmak isteyen ticari kuruluşların da etkisiyle, "antibakteriyel sabunlar", "dezenfektan sıvılar" ve benzerlerinin satış patlaması yaşadığı söylenebilir. Ayrıca risk ve kriz iletişimleri açısından önemli olan, "tek bir ağızdan, tek bir mesaj" verilmesi anlayışı, hükümet yetkililerinin birbirinden farklı açıklamalar yapması nedeniyle bir çıkmaza girmiş, yapılan risk iletişimi faaliyetlerine olan inancı da azaltmıştır.

Bahsi geçen ve benzeri hastalık ve sorunlar, sağlık iletişimi alanında çalışanları harekete geçirmiştir. Sağlık iletişimi alanında çalışanlar, salgın hastalıklar, doğal afetler ve diğer bilinmeyen felaketler ile ilgili iletişim süreçlerini geliştirmek ve yapılabilecekler hakkında kamu farkındalığını artırmaya çalışmaktadır. Sağlık iletişimi, doğrudan etkilenen ya da etkilenme ihtimali olan bireylerin, hastalık yükü üzerine odaklanırken; risk iletişimi araştırması, olasılık ve toplumun güvenliğini araştırma ve kontrol için olumsuz olaylara odaklanmaktadır (Parrott, 2004, s. 753).

Risk iletişimi ya da fiziksel tehlikeler hakkında çalışmaların, Hindistan'daki Bhopal'de 2000'den fazla insanın ölümüyle sonuçlanan ve kimyasal bir kaza olan, 1984 Bhopal felaketi zamanından beri, akademik araştırma alanı olduğu söylenebilir (Wright vd., 2008, s. 207). Bununla beraber, bireylerin sağlığını tehdit eden konularda, en fazla risk altında olanları tanımlamaya, bu riskleri önlemeye veya azaltmaya yardımcı olmak için onlara uygun mesajlar tasarlamaya, giderek artan bir şekilde önem verilmektedir.

Wright ve diğerleri, risk iletişim müdahalelerinin önceleri istatistik

---

lemek için yoğun laboratuvar testleri yürüten klinik çalışanlarına iletilmiştir. Bugün CDC, kamu sağlığı ve sağlık bakım memurlarının SARS ve kuş gribinin yeniden ortaya çıkmasına çabucak tepki verebilmeleri için tavsiyeler ve rehberler hazırlamıştır. Bu rehberler, bir sağlık krizi ile alakalı önceden planlama ve provayı içeren bir kriz yönetim planının örneğidir. CDC ve WHO, diğer hastalıklar ve sağlık riskleri için hazırlanmaya yardımcı olması için bu planlardan birkaç tane bulundurmaktadır. Örneğin WHO, ulusal önem taşıyan salgınların hızlı bir şekilde tanımlanması, onaylanması ve tepki verilmesi için insan ve teknik kaynakları bir araya toplayan sağlıkla alakalı enstitüler ve ağların bir işbirliği olan Küresel Salgın Alarm ve Tepki Ağı'nı (GOARN) geliştirmiştir (WHO, 2004).

veya diğer bilimsel verinin sağlanmasına dayandığını ve araştırmacıların başlangıçta bu bilginin davranış değişimini teşvik için yeterli derecede ikna edici olduğunu düşündüklerini belirtmiş, buna rağmen bu bilgilerin birçok kişi tarafından anlaşılmadığını eklemiştir. Bireylerin, sağlık riskleri hakkında bilgiye maruz kaldıklarında hızla davranışlarını değiştirecekleri düşünülmüştür. Ancak yoğun bilimsel bilgi içeren mesajlar verilmiş bireylerin, bu bilgilere rağmen sigara içmeye; yüksek yağa sahip besinler tüketmeye; güvenli olmayan cinsel ilişkiye ve diğer birçok sağlıksız davranışa devam ettikleri görülmüştür (2008, s. 208).

Örneğin sigara paketlerinin üzerine, riski vurgulayan, uyarıcı nitelikteki "sigara öldürür" vb mesajlar konulması sigara kullanımını azaltmamıştır. Sağlık davranış değişimi, kültürel, sosyal ve davranışsal etkiler dahil olmak üzere, sağlık ve sağlık risklerini bireysel algılamalar etkilemektedir.

Bazı araştırmacılar risk iletişim çabalarının, basit bilgi yayımının ötesine geçmesi gerektiğini söylemekte; risk iletişim kampanyalarının bir toplum içerisindeki bireyleri yetkilendirdiğinde ve değişim teşviki doğrultusunda toplumun çabasını (örneğin toplum liderleri ve endişeli vatandaşların katılımı gibi) dahil ettiklerinde en iyi şekilde işlediklerini ileri sürmektedirler (Wright vd., 2008, s. 224-226).

Risk iletişimi ile ilgili bahsedilmesi gereken bir konu da risk iletişimi ve kriz iletişimi kavramlarının birlikte kullanımlarının sık olmasına rağmen, birbirinden farklı iki kavram olduğudur. Risk iletişiminde salgın hastalıklar, doğal afetler, zehirli kimyasallar, güneş ışınlarının zararları gibi fiziksel tehlikeler hakkındaki iletişim, çalışmaların konusunu oluştururken; kriz iletişiminde fiziksel tehlikeler çalışma konusu olabildiği gibi, işletmelerin içinde bulundukları durum, beklenmedik olaylar da konu olabilir (Haider, 2005, s. 323).

Bunlara ek olarak, sağlık ile ilgili risk altında olan endişeli kişilerin uzmanlar ve yetkilendirilmiş kişiler tarafından bilgilendirilmesi anlayış ve güven oluşmasına yardımcı olmaktadır. Risk içeren bir sorun olması durumunda halka uygun mesajların yayılmasına yardımcı olmak; haberlerde yer alan konuların herhangi bir kötü sonucu olmasının önüne geçmek ve topluma kriz esnasında yardımcı olacak mesajlar sağlamak için iletişim merkezinin oluşturulması yerinde olacaktır (Wright vd., 2008, s. 223-225; Haider, 2005, s. 297). İletişim merkezinin aynı zamanda medya ile iyi bir ilişki kurması, bunu devam ettirmesi, medya aracılığıyla halka riskler ve kaynaklar hakkında önemli mesajları ulaştırmak için planlar geliştirmesi ve mesajları ulaştıracak güvenilir ve saygın bir konuşmacı seçmesi gereklidir. Risk ve kriz dönemlerin-

de medya önemli bir kaynak olarak görülmektedir. Aynı zamanda haberlerin yayılımı, sonuçlar ve bunların içerikleri hakkında tartışmaya girebilecekleri kamusal alanlar sağlamaktadır. Bireyler, birçok sağlık riskine karşı savunmasız durumdadır. Sağlık risk iletişimcileri, en çok risk altında bulunan bireylere, bu tehditlerin etkisinden korunmak ya da etkiyi azaltmak için bilgi veya kaynak sunmanın yanı sıra, bu tehditler hakkındaki bilinci artırmak için girişimlerde bulunmaktadır.

2. Tutum ve Davranış Değişikliği Makro-Düzey Kuramları

a. Sosyal Pazarlama

Sosyal pazarlama (Social Marketing) (Kotler, 1984; Kotler ve Roberta, 1989), belirli hedef grup ya da grupların sosyal fikirler ya da davranışları kabullenme seviyesini değiştirmeye yönelik kampanyaların tasarım, uygulama ve kontrolünü içerir. Lapinski ve Witte, bu yaklaşımın anahtarlarından birinin, kampanyanın hedefi ile davranış arasındaki psikolojik, sosyal, ekonomik ve pratik mesafenin azaltılması olduğunu ileri sürmektedir (1998, s. 156). *Sosyal pazarlama*, ticari pazarlama teknik ve uygulamalarının, hedef kitlenin kişisel ve toplumsal refahını sağlamak için, gönüllü olarak göstereceği davranışları etkilemek amacıyla tasarlanan programlara uygulanmasıdır.

Bir başka deyişle, sağlık ile ilişkilendirerek ifade edilecek olursa, reklamcılık ve pazarlama prensiplerini, olumlu sağlık davranışlarını "satmak" için kullanmaya çalışan popüler bir yaklaşımdır. *Sosyal pazarlama* daha önceden gerçekleştirilmiş kamu iletişim kampanyalarının yetersiz kaldığı noktaların bazılarını ele almak için basit bir strateji haline gelmiştir. Genel olarak sosyal pazarlama, pazarlama kavramlarının sosyal etkili teorileri ile birleştirilerek; davranış değişimi hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla oluşturulmuş bir ağ yapısı sunmaktadır. *Sosyal pazarlama*da amaç, ticari pazarlamadaki gibi davranış değişimidir (Schiavo, 2007, s. 47). Ticari pazarlama uygulamaları ticari kuruluş merkezliyken; sosyal pazarlama uygulamaları tüketici merkezlidir.

Sosyal pazarlamanın ilk uygulamaları 1970'lerin başlarında, Üçüncü Dünya ülkelerinde uygulanan aile planlaması programlarıdır. Daha sonra sosyal pazarlama uygulamaları diğer Üçüncü Dünya ülkeleri ve ABD'deki sağlık programlarına yayılmıştır (Rogers, 1994, s. 213). Kavram, 1970'li yıllarda bir disiplin olarak Philip Kotler ve Gerald Zaltman'ın pazarlamayla ilgili çalışmaları ile doğmuş; ilk olarak kullanılmaya başladığı zamanlarda, pazarlama alanında çalışan akademisyenler tarafından kabul edilmemiştir. *Sosyal pazarlama* yaklaşımı, ar-

tan bir şekilde kabul edilmesine karşın; sosyal pazarlamanın ne olduğu, neyi yapmak istediği ve nasıl uygulanması gerektiği konusunda zaman zaman kafa karışıklıklarına neden olabilmektedir. Ayrıca sosyal pazarlama, bireylerin destekçisi olarak değil, tüketici olarak görünmesinden ötürü, bireylerin katılımına olanak vermeyen, ticari bir strateji olarak görülmektedir (Schiavo, 2007, s. 48; Lapinski ve Witte, 1998, s. 157; Haider, 2005, s. 45; Kreps ve Thornton, 1992, s. 200; Wallack, 1990b, s. 155).

Sağlık iletişimi içinde sosyal pazarlama, toplumun sağlığı ile ilgili konularda sorunların çözümlenmesi, davranış değişikliği yaratılması gibi konularda çalışmalar yapılmasıdır. Aile planlaması, yeni doğan sağlığı ve HIV bulaşmasını engellemek için prezervatif kullanımını teşvik gibi sosyal pazarlama programları özellikle gelişmekte olan ülkelerde yürütülmektedir.

Sosyal pazarlamada kampanyaya yönelik hedef kitlenin analizler sonucu belirlenerek bölümlere ayrılması, hedef ve stratejinin belirlenmesi önemlidir. Her kampanyada 4P *(product, price, place, promotion)* olarak adlandırılan ürün, fiyat, yer ve tutundurmadan oluşan pazarlama karmasının planlanması gerekmektedir (Lapinski ve Witte, 1998, s. 157; Kreps ve Thornton, 1992, s. 200; Wallack, 1990b, s. 155). Ürün, değiştirilecek davranış ya da hedef kitlenin benimsemesinin teşvik edildiği üründür. Sosyal pazarlama ürünleri, fiziksel ürünler (doğum kontrol hapı), hizmetler (sağlık muayenesi), uygulamalar (sağlıklı beslenme) ve fikirlere (çevre koruma) kadar geniş bir yelpazede kendini göstermektedir. Örneğin *Stanford Kalp Hastalıklarını Önleme Programı*'nda *(SHDPP)*, kalp hastalıklarını önlemek için teşvik edilen "ürünler"; düzenli egzersiz, sigarayı bırakma, yeme alışkanlıklarında değişim ve stresi azaltmak olarak belirlenmiştir (Schiavo, 2007, s. 47).

Sosyal pazarlamada ürün, gerçekleşmesi beklenen davranış (organ bağışında bulunma) veya bu davranış sonucu sağlanacak faydadır. Pazarlama karmasındaki fiyat kampanya ile ilgili fiziksel, sosyal ya da psikolojik fiyatı içermektedir. Örneğin bir grup içerisinde içki içmeme davranışı, endişeli olma psikolojik maliyetini ve statü kaybı sosyal maliyetini getirebilmekte ya da *SHDPP*'nin *Sigara İçenlerle Mücadele (SHSPP's Smokers' Challenge)* kampanyasında, mücadeleye katılmanın maliyeti, sigarayı bırakmanın psikolojik maliyeti kadar, mücadeleyi kabullenme de harcanılan para ve enerjiyi kapsamaktadır. Dağıtım kanalları (örneğin servis noktaları, toptan dağıtımcılar), hedef kitlenin, yeni davranışın benimsenmesini sağlayacak iletişim mesajlarını ve araçlarını alabileceği ya da görebileceği en uygun yer olarak ifade

edilebilir. Böylelikle hedef kitlenin nasıl motive edileceğini ve tavsiye edilen davranışı denemeye ya da yeni bir kuralı veya uygulamayı gerçekleştirmeye nasıl yönlendirileceklerini anlatmaktadır (Schiavo, 2007, s. 47).

Pazarlama karmasının üçüncü bileşeni olan yer, tavsiye edilen tepkinin temin edilebilirliğini içermektedir. *Sigara İçenlerle Mücadele*'nin (*Smokers' Challenge*) tasarlayıcıları, program hakkında bilgiye ulaşımı mümkün olduğunca basit hale getirmeye çalışmışlardır. Örneğin çalışmaya katılanların, evde nasıl sigarayı bırakacağına dair bilgiyi, posta ile yollamışlardır (Lapinski ve Witte, 1998, s. 157).

Dördüncü bileşen tutundurma, önerilen davranışın benimsenmesi için ürünün sunum biçimi, reklam, promosyon, tanıtım gibi faaliyetlerin gerçekleştirilmesidir. Örneğin sigara bırakmayı özendiren bir kampanyada para ödülü konarak, sağlıklı davranış teşvik edilmiştir. Hedefleri, stratejisi belirlendikten sonra, sosyal pazarlama programının planlanması, organize edilmesi, uygulaması, kontrolü ve değerlendirilmesi süreci bulunmaktadır.

Sosyal pazarlamada müdahale katı temelli bir iletişim ve sosyal, psikolojik teoriler birleşiminden geliştirilmiştir; pazarlama teknikleri mesaj geliştirme ve program uygulamayı desteklemek için kullanılmaktadır. İdeal olarak sosyal pazarlama, yerel organizasyonlar ve kişilerarası ağların davranış değişim süreci içerisindeki önemli kuvvetler olarak hareketlendirilmesini de içermektedir. Sosyal pazarlamanın önemli bir prensibi, tüketici ile davranış arasındaki psikolojik, soysal, ekonomik ve pratik mesafenin azaltılmasıdır (Wallack, 1990b, s. 156).

Sosyal pazarlamanın sağlık iletişimi alanına olan en büyük katkısı, program araştırmasındaki, hedef kitle merkezli ve piyasanın yönlendirdiği sistemli yaklaşımıdır. Sosyal pazarlama teknikleri ve araçları, hedef kitlenin profilini oluşturmada, durumunu incelemede, pazarlama analizinde ve sağlık problemini ve potansiyel çözümlerini tanımlamada faydalıdır. Bu analizler, içinde hedef kitle üyelerinin olduğu ve hep cesaretlendirilmesi gereken katılımcı bir ortamda ortaya çıksa bile, araçların ve tekniklerin çoğu sosyal pazarlamadan ve pazarlama uygulamalarından alınmaktadır (Schiavo, 2007, s. 48). Sosyal pazarlama yaklaşımının rekabete olan etkisi, tüm alternatiflerin –örneğin alternatif davranışlar, programlar ya da ürünler– ve analizlerinin anlaşılmasını sağlamasıdır. Bu da bireylerin yaşam biçimlerine, inançlarına ve ihtiyaçlarına uygun düşecek, istenen bir "ürünün" geliştirilmesine yardımcı olur. Fakat sağlık iletişiminde "ürünler" her zaman soyuttur ve davranış sonuçları ya da sosyal sonuçlarla örtüşmelidir (örneğin aşılamadaki değişimler ya

da AIDS'i önlemek için alınan önlemler ya da yapılan uygulamalar).

Sosyal pazarlama yaklaşımı, toplum sağlığı konularına, bireylerin müşteri, ürün ve hizmetlerin ticari kaygılarla sunulması gerekçesiyle eleştirilebilir. Sosyal pazarlama, ciddi sağlık problemlerini bireysel risk faktörlerine indirgemeye ve sağlığın önemli göstergeleri olan sosyal ve ekonomik ortamların önemlerini görmezden gelme eğilimindedir. Uzun vadede sosyal pazarlamanın, toplum sağlığını ilgilendiren konularda farkındalık ve bilinç yaratmaktan çok, ticari kaygılar ve uzun vadeli kâr amaçlı faaliyetler olması sonucunu getirebilir. Bu da sosyal pazarlama ve sağlık iletişimi faaliyetleri arasındaki önemli farkı ortaya koymaktadır.

b. Yeniliklerin Yayılımı Kuramı

Yeniliklerin Yayılımı Kuramı (Diffusion of Innovation Theory) (Everett Rogers, 1962, 1983, 1995), yeni fikirlerin, kavramların ya da uygulamaların, bir toplum içinde ya da toplumlar arasında nasıl yayıldığını göstermektedir. Bu yaklaşım yeni bir fikir, ürün, uygulama, teknoloji ve ayrıca iletişim kanalları ile sosyal sistemlere (üyeleri olan ağlar, normlar ve sosyal yapılar) yönelik dikkat gerektirmektedir. Davranışın benimsenmesi, hedef kitlenin yeniliği kendisi için yararlı, ihtiyaç ve değerleriyle uyumlu, anlaşılabilir ve benimsenebilir olarak görmesine bağlıdır.

Bu kuramın öne sürdüğü genel fikir, zaman içinde değişikliklerin olduğu ve bilgilenme/bilinçlenme, öğrenme/ilgi duyma, karar verme, deneme/uygulama, davranışın onaylanması/reddedilmesi ile davranışların yerleştiğidir. Yeniliklerin karakteristiklerine odaklanmak, bunların kabul edilme şansını artırabilmekte ve yayılmasını sağlayabilmektedir. Thomas'ın belirttiği üzere, yeniliklerin, yeniliğin bağlantılı avantaj sunuyor olması; yeniliği kabul edenlerin mevcut değerleri ve deneyimleriyle uyumlu olması; yeniliğin karmaşık olmaması, denenebilir olması ve sonuçlarının görülebilir olması gibi bazı önemli karakteristik özellikleri bulunmaktadır (Thomas, 2006, s. 70; Schiavo, 2007, s. 33; Haider, 2005, s. 44; Hornik, 2002:14; Kreps ve Thornton, 1992:202).

Schiavo'nun belirttiğine göre, Rogers, *Yeniliklerin Yayılımı Kuramı*'nın odak noktasını, bireyler ya da gruplar arasındaki iletişimi hedefleyen ikna yaklaşımından katılımcıların birbirleriyle bilgi paylaşımında bulunarak ortak bir anlaşmaya vardıkları bir süreç olarak değiştirmiştir (2007, s. 34). *Yeniliklerin Yayılımı Kuramı,* sağlık iletişiminde önemli bir rol oynamakta ve sıklıkla kullanılmaktadır.

Yeniliklerin Yayılımı Modeli'ne kapsamlı bir örnek verilebilir:

19 yaşında, üniversite öğrencisi Luciana, yaz tatili boyunca her gün 4-6 saatini güneşin altında sohbet ederek ve eğlenerek geçirir. Düşük koruma faktörlü bir güneş kremini sadece sezon başlarındaki güneş yanığını önlemek için kullanır. Arkadaşlarının çoğu da nadiren güneş kremi kullanır. Yazın hoş bir *tintarella* (İtalyanca'da bronzluk), İtalyanların hoşlandığı bir şeydir ve çekici bulunur. Luciana ve arkadaşları uzun süreli ve devamlı güneşin altında kalmanın cilt kanserine yol açabileceğini bilseler de, bunun sosyal çevreleri tarafından estetik olarak kabul görmesi, bu gerçeği göz ardı etmelerine sebep olur. Aynı zamanda hastalığa yakalanmak için çok genç olduğunu düşünür, dolayısıyla daha güçlü bir koruma kullanma gereği duymaz. Yeniliklerin yayılımı kuramına göre, eğer Luciana daha yüksek koruma faktörlü bir güneş kremi kullanmaya başlar ve maruz kaldığı ultraviyole ışınlarını azaltırsa, kendi grubunda bir yenilikçi ya da ilk uyum sağlayan olarak görülebilir, çevresindekilere örnek teşkil edebilir. Cilt kanserinin gençlerde de görülebileceği ve güneşin genç yaşlardan itibaren bireyleri etkilemeye başladığı anlatılarak, Luciana'nın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Yine de bronz bir tenin, bronz olmayandan daha çekici olduğunu düşünmesi, onun bir önlem almasını önleyebilir; bu da müdahalede erken olarak nitelendirilebilir. Luciana'nın davranış değişiminin ona sağlayacağı kazançları anlaması, bunu yaşam biçimine uygulaması ve devam ettirmesi gerekmektedir. Program aynı zamanda diğer endişelerine de yönelmelidir: Yanmamış ya da az yanmış bir tenin de çekici olabileceği, ünlülerden, tanınan kimselerden, aile üyelerinden veya örnek oluşturabilecek kimselerden verilecek örneklerle anlatılabilir (Schiavo, 2007, s. 35-37).

Avustralya'da bronzlaşmaya yönelik bilinç yaratma çabalarının ardında, ülkenin güneşten etkilenme düzeyi etkili olabilir. Türkiye de yoğun güneş ışınlarına maruz kalan bir ülke olmasına ve cilt kanserlerinin güneşle bağlantısı olduğu, doktorlar tarafından duyurulmaya çalışılmasına rağmen; medyada "sağlıklı bronzlaşmak" veya "nasıl bronzlaşmalı" haberleri özellikle yaz aylarında artmaktadır. Bronzlaşma ve güneş ışınlarından korunma konusunda *Yeniliklerin Yayılımı Modeli*'nin Türkiye'de "solaryum" veya "bronzlaştırıcı kozmetik yenilikler"in duyurulması yönünde kullanıldığı söylenebilir.

3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Modeller

a. COMBI Modeli

COMBI, (Davranış Etkisi İçin İletişim–Communication for Behavioral Impact), Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılında, dünyanın dört bir yanından ortaklarla çalışarak geliştirdiği ve uyguladığı bir iletişim yaklaşımıdır. *COMBI,* daha önce sağlık alanına uygulanmış olmasına rağmen, temel özellikleri ve metodolojisi diğer alanlarla ilgili olabilir. Davranış üzerindeki etkiye verdiği önemle, davranışsal iletişim için bir örnektir. Sağlık sonuçlarını etkileyebilecek davranış konularını belirleyen, araştırmaya dayalı ve katılımcı bir yaklaşımdır.

COMBI birincisi, belirli bir davranış amacı oluşturmadan hiçbir şey yapılmaması (poster, ilan, video); ikincisi, belirlenen ilk davranış amacı doğrultusunda durum belirleyici ve başarılı bir pazar analizi yapmadan hiçbir şey yapılmaması olmak üzere iki temel kurala dayanmaktadır. Model, sağlık davranışlarıyla ilgili belirli hastalıkların tespit edilmesine odaklanır; ama sosyal değişim üzerinde de etkisi vardır. Örneğin öncelikle gelişmekte olan ülkelerde, toplumların sosyoekonomik gelişimini tehlikeye atan bulaşıcı hastalıklara odaklanır.

Bu düşünceyle hareket eden *COMBI*'nın gelişime ve sosyal değişime olan katkısı, bireylerin yoksullaşmalarına neden olan, toplumları etkileyen hastalıkların sebep olduğu ölüm yüzdelerini düşürme amacında oluşudur. Aynı zamanda, bireylerin sağlık bilgilerini artırma ve hastalıklarla ilgili olarak kendilerine güvenmelerini sağlama amacı da vardır.

Diğer müdahale tipleri ve modeller gibi bu model de tek başına, gelişim ya da toplumdaki sağlık eksikliklerini gidermek için yeterli değildir. Sağlık dengesizlikleri, yoksulluk, adaletsizlik ve sağlığın kötüleşmesine neden olan tüm unsurlar gibi daha kapsamlı sağlık konularının çözümü için; uzun vadeli bir bağlılık, adım adım yürütülen bir yaklaşım, bireylerin katılımı ve siyasetçiler, paydaşlar, finansal destek sağlayan kuruluşlar, bireyler, toplumlar ve bireyleri kapsayan seri halde bir davranış değişimi gerekmektedir. *COMBI* bu bağlamda hastalığın verdiği sıkıntıyı en aza indirgeyip, sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi hedefleyen bir yaklaşım olarak görev yapar. Bunu yaparken halk sağlığının esas amaçlarından birini destekler. Pazarlama, kitle iletişimi, bilgilendirme ve eğitim iletişimi, sosyal seferberlik, antropoloji ve sosyolojiyi de içine alan birçok bilim dalının metodoloji ve kurallarının birleşiminden faydalanır (Schiavo, 2007, s. 51-53; Haider, 2005, s. 306).

b. PRECEDE-PROCEED Modeli

PRECEDE Modeli (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Enviromental Diagnosis and Evolution – Eğitimsel/Çevresel Teşhis ve Gelişmede Hazırlayıcı, Güçlendirici ve İmkân Yaratıcı Yapılar) (Green ve Kreuter, 1991). Modele göre, sağlık davranışları bireysel ve çevresel etkilerle biçimlenir ve iki bölümden oluşur: *PRECEDE*, "eğitsel tanı"; *PROCEED*, "çevresel tanı" kapsamında ele alınır. 1970'lerde altı basamak olarak geliştirilmiş model, 1991'de *PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Enviromental Development – Eğitimsel ve Çevresel Gelişmede Politik, Düzenleyici ve Örgütleyici Yapılar)*, üç basamak daha eklenerek, çevresel faktörlerin sağlık üzerine etkileriyle genişletilmiştir.

Söz konusu model, davranış değişimine katkıda bulunan faktörleri *predispozan faktörler* (hazırlayan, uygun hale getiren faktörler), *olanak veren faktörler* ve *pekiştiren faktörler* olarak inceleyen bir planlama yaklaşımıdır.

Predispozan faktörler, bireyin önceden sahip olduğu ve onun değişime duyduğu arzuyu etkileyebilecek bilgiler, tutumlar, inançlar ve bilgilerdir. *Olanak veren faktörler*, bireyin çevresinde mevcut bulunan ve onun değişimini kolaylaştıran veya zorlaştıran faktörlerdir. *Pekiştiren faktörler* ise bireyin değiştirdiği davranışta tutarlı olarak devam etmesini etkileyen, davranış değişikliği ile ilgili olumlu ve olumsuz faktörlerdir. Bu faktörler, değişim yaratmayı amaçlayan tarafların, iletişim veya sağlık eğitimi stratejilerini planlarken; hedef bireyleri tek başına değil, ait olduğu topluluğun ve sosyal yapının bağlamında değerlendirmek gerektiğini göstermektedir.

Bu model, uzun süreli bir değişimin ancak gönüllü olarak yapılabileceği ve değişim sürecine katılmakla ilgili, duyulan bireysel istekle belirlenebileceği kuralına dayanır. Bireylerin yaşam kalitelerini değiştirmek için istekli olmaları ve bunun için de toplumdan ve sosyal yapıdan etkilenmeleri gerekir (Haider, 2005, s. 45; Schiavo, 2007, s. 54).

Sağlık iletişimi kampanyasının ileri aşamalarına geçmekte bazı uygulayıcıların kullandığı, *PRECEDE-PROCEED Modeli* gibi planlama sistemlerinin kullanılması, sağlık ve tutumun birden fazla seviyede incelenmesi ile programın başarı şansını artırmaktadır. Planlama sistemleri bireyleri, çevrelerini ya da her ikisini birden değiştirmeyi vurgulayabilir. Thomas'ın belirttiğine göre bu sistem, bireyin değişime olan isteğini etkileyecek müdahaleden önceki bilgi birikimi, bakış açısı, tutumu, inanışları ve değerlerini içeren zemin hazırlayan faktörlerden, bireyin çevresindeki veya toplumdaki değişime karşı engeller oluşturan

veya sunan altyapı oluşturan faktörlerden, tutumun devamını etkileyen tutumu benimsemedeki (sosyal destek dahil) pozitif veya negatif etkiler belirten güçlendiren faktörler üzerinde durmaktadır (2006, s. 105).

PRECEDE-PROCEED Modeli, hem bireyi hem de bireyin yaşadığı toplumun yapılarını ele aldığı ve bu yapıların davranışlar üzerindeki etkilerinden söz etmesi nedeniyle diğer bireyi merkeze alan modellerden ayrı değerlendirilebilir.

c. Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli

Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli (Extended Paralel Process Model) (Leventhal, 1970; Witte, 1992), korku cazibelerini sağlık davranışı değişimi için bir motivasyon olarak incelemektedir. *Genişletilmiş Paralel Süreç Modeline* göre, bir korku mesajı ile karşı karşıya gelen birey, iki paralel algılama sürecine girer. Birincisi *tehlike kontrolü*, tehdidin değerlendirilmesine ve onunla nasıl başa çıkılması gerektiği anlamına gelir. İkincisi *korku kontrolü*, bir tehdide karşı olan duygusal tepki ile nasıl başa çıkılması gerektiğinin değerlendirmesini içerir.

Diğer kuramlara benzer şekilde, bireylerin kendi kendilerine yeterlilikleri ve kaynakları ile çevrelerinin değerlendirmeleri, tehdit edici bir durumla nasıl başa çıkılabileceği hakkındaki düşünme sürecinde önemli bir rol oynar. Korkuya verilen duygusal tepkiler, sık sık hızlanmış kalp atışı ve terleme gibi artan endişe ve fizyolojik tepkileri içerir (Wright vd., 2008, s. 240; Haider, 2005, s. 44; Witte, 2005, s. 347).

Her geçen gün sayısı artan risk iletişimi mesajlarıyla sıklıkla karşılaşmaya başlayan kişilerin tutumları da *Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli* çalışmalarına konu olmaktadır. Bu çalışmalardan biri, Lapinski ve Witte'nin yaptığı; risk iletişimi literatürünün, bireyler ve uzmanların, riski algılamada birbirlerinden nasıl farklı oldukları üzerine odaklandığı çalışmadır. Lapinski ve Witte, nitel tehdit boyutlarının iki ana kategoriye ayrıldığını söylemektedir:

Birincisi korkutucu-sık rastlanan, ikincisi bilinmeyen-bilinen olarak ifade edilmiştir. Korkutucu tehditlerin "kontrol edilemezlik, korku, felaket potansiyeli, ölümcül sonuçlar ve tehditler ile yararların eşitlenemeyen dağılımı algısıyla" karakterize edildiğini; bilinmeyen tehditlerin ise "gözlenemeyen, bilinmeyen, yeni ve zararın belli olmasındaki gecikmeleri" ile karakterize edildiğini belirtir (1998, s. 150). Mesajdaki fayda, algılanan tehditten büyük ise, bireyler davranış değişikliğine gitmektedir (Örneğin: "Cilt kanseri riski altında olduğumu biliyorum; ama yıllık kontrollerimi yaptırırsam, hastalığa yakalanmamı önleyebilirim"). Genellikle birey tehlikeyi kontrol edebileceğini düşündüğü

zaman, kendini koruma yollarını aramaya başlamaktadır. Bu yollardan biri, bireyin kendinin yüksek risk altında olduğunun farkına varması ve kendini korumaya çalışmasıdır. Diğer yol, riski uzaklaştırabileceğine inanmasıdır (kontrol, korunma vb yollarla). Bir diğer yol, kasıtlı ve bilinçli şekilde riskle yüz yüze gelmesidir (Örneğin: "Hemen doktora gidiyorum ve tetkik yapmasını istiyorum!"). Bireyler kendilerini ciddi bir tehdide karşı savunmasız olarak algıladıklarında ve tehdidi uzaklaştırmak için bir şeyler yapabileceklerine inandıklarında kendilerini sağlık tehdidine karşı korurlar. Medyadaki sağlık söyleminin, bireyin risk altında olduğunun farkına varması ve bu riske karşı bireysel tedbir almasını sağlayıcı nitelikte olduğu söylenebilir.

Türkiye'de medyanın da etkisiyle sağlık tehdidi ile karşı karşıya bulunduğunu düşünen bireylerin bir kısmı sunulan önerileri tüketme eğilimi gösterirken, bir kısmının modelde belirtilen "tehlike hakkında korkularını kontrol etme" davranışlarının daha "vurdumduymaz" ya da "umursamaz" olduğu söylenebilir. Ayrıca hastalık tehlikelerine karşı doktora başvurmaları önerilen bireylerin "şimdi doktora gidersem, mutlaka bir şeyler bulur, hastalık çıkarır başıma" düşüncesiyle, korkularını yönetme davranışı geliştirdikleri söylenebilir.

Bir başka durum ise, tepkinin yetersiz olacağına inandıklarında ya da tavsiye edilen tepkiyi yerine getirmekte yetersiz olduklarına inandıkları için (Örneğin: "Babam, dedem kalp krizinden ölmüştü; muhtemelen ben de kalp krizi geçireceğim, yapabileceğim bir şey yok!") bireylerin ciddi bir tehdidin olmasını engelleyemeyeceklerini düşündüklerinde, korkularının tehditten korunma süreçlerine engel olmaya başlamasıdır. Eğer birey, risklerden korunmak için geç kaldığını düşünüyorsa, o tarihten sonra yapılacakların riski azaltmayacağına dair bilgi alıyorsa mesajları da reddetmeye başlar ("Bugüne kadar sigara içmişim, damarlarım tıkandıysa çoktan tıkanmıştır, bundan sonra sigarayı bırakmam bir işe yaramaz"). Bireyler kendilerini büyük bir riske karşı savunmasız hissettiklerinde, riskin kontrol edilemeyecek veya kaçınılamayacak olduğuna inandıklarında risk altında olduklarını inkâr ederek sorundan kaçınır ya da tepkili hareket ederler.

Kısacası Lapinski ve Witte'e göre bireyler, bir sağlık tehdidi ile karşı karşıya olduklarında, ya tehlikeyi kontrol ederler (örneğin gerçek sağlık tehdidi) ya da tehlike hakkındaki korkularını kontrol ederler. Bu nedenle, bir sağlık iletişimi kampanyası bakımından hedef kitle ilk olarak sağlık riskinin onlarla ilgili olduğuna ve bunun büyük ve ciddi bir tehdit olduğuna inanmak zorundadır.

Riski algılama güçlü olduğunda harekete geçme motivasyonu artar. Kişinin bir sağlık riskine karşı yüksek düzeyde ciddiyet algılaması fakat düşük düzeyde duyarlılık algısı olabileceğini belirtmek önemlidir. Alternatif şekilde kişi bir tehditten gelecek zarara duyarlı olduğuna (örneğin cilt kanserine yakalanmak) fakat riskin en az seviyede olduğuna inanabilir ("Dermatoloğun benleri yakması bana yeter", "Biz Müslümanız, domuz yemiyoruz, domuz gribi ile bizim ilgimiz yok, bize bir şey olmaz!") (Lapinski ve Witte, 1998, s. 153; Hale ve Dillard, 1995, s. 68).

C. Sağlık İletişiminde Diğer Yaklaşımlar

1. Medyada Savunuculuk

Kamu savunuculuğu (public advocacy), Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association) tarafından, "karar vericileri etkileme ya da belirli bir organizasyon ya da grubun misyonunu geliştirmek için kanunlar ya da diğer devlet politikalarında değişimleri teşvik etme hareketi" olarak tanımlanmaktadır. Benzer şekilde, diğer birçok kuruluş, gündemlerini geliştirmek ya da hedef kitleleri ya da seçmenlerinin çıkarlarını korumak için kamu savunuculuğu stratejilerini (bunlar da aynı zamanda medyanın kullanımına dayanmaktadır) kullanmaktadır. Bunların birçoğu, aynı alandaki diğer organizasyonlar da olmak üzere, hedef kitlelerinin kamu savunuculuğu becerilerini geliştirmek için rehberler ya da özel eğitim oturumları geliştirmiştir. Kamu savunuculuğu stratejileri; ticari kuruluşlara karşı, politikalarını ya da üretim uygulamalarını etkilemek için de kullanılmaktadır.

Ticari kuruluşlara yönelik kamu savunuculuğu faaliyetlerinin bir örneği, *Doctors Without Borders (MSF)*[50] ve diğer birçok uluslararası organizasyon tarafından desteklenen, temel HIV ilaçlarının fiyatında bir düşüşü savunan, HIV tedavi erişimi kampanyasıdır. Kampanya, tedavi erişiminin fiyata ek olarak birçok faktöre bağlı olmasına rağmen, bu kurumların çabaları ile birçok ilaç firmasını harekete geçirme konusunda başarılı olmuştur.

50. *Doctors Without Borders/Médecins Sans Frontières (MSF)*, 1971 yılında Fransa'da doktorlar ve gazeteciler tarafından kurulan bir uluslararası tıbbi insani yardım organizasyonudur. Kuruluş halkının hayatı şiddet, ihmal ve başta silahlı çatışmalar olmak üzere; salgınlar, beslenme yetersizliği, sağlık hizmeti sisteminden yararlanamama veya doğal olaylar, afetler yüzünden tehdit altında olan 60 ülkede yardım hizmeti sunmaktadır. *MSF*, yardıma ihtiyacı en fazla olanlara bağımsız, tarafsız yardım sunmaktadır. *MSF*, görmezden gelinen krizlere dikkat çekmek için savunuculuk yapmak, yardım sistemlerindeki yetersizlik ve suiistimallerle mücadele etmek ve daha gelişmiş tıbbi müdahale ve uygulamaların yapılması için savunuculuk yapmayı kendine görev edinmiştir (www.doctorswithoutborders.org).

Başarılı olmuş bir başka kamu savunuculuğu kampanyası ise, trans yağ asitlerinin muhtemel negatif sağlık etkileri hakkında, yakın zamanda oluşan tüketici bilinçliliği ile, besin endüstrisindeki birçok firmanın trans yağ içermeyen ürünler geliştirmesinde etkili olmuştur.

Kamu savunuculuğu, politika yapıcı ve karar vericiler ile bireylerle yapılan birebir görüşmeler dahil, birden fazla araç ve aktiviteye dayanmaktadır. Bununla birlikte, kamu savunuculuğu çabalarının temel bir bileşeni medyanın kullanımıdır. Medyanın stratejik bir şekilde kullanılmasına dayanan kamu savunuculuğu *medyada savunuculuk (media advocacy)* olarak ifade edilmektedir (Schiavo, 2007, s. 143).

Medyada savunuculuk,[51] yaklaşımın ortaya çıkmasında büyük katkıları olan Michael Pertschuk'a göre, "medyanın, bir sosyal ya da kamu politikası girişimini ilerletmek için kullanılmasıdır". Medyada savunuculuk, kamu sağlığı politikaları ve bu politikaları geliştirmeye desteği artırmak için, kamu tartışmasını yeniden çerçevelendirmek ve şekillendirmek amacıyla bir sağlık veya sosyal sorunun geniş çaplı kapsamının belirlenmesini veya harekete geçirilmesini sağlamak amaçlı medya ve savunma stratejilerini kullanmaktadır. Bireysel risk faktörlerini, dolayısıyla bireysel davranışları değiştirmeyi değil; dikkati kamu sağlık sorunlarına çekmeyi amaçlayan, kamu sağlığına ilişkin amaçları agresif bir şekilde teşvik eden bir yaklaşımdır (Atkin ve Arkin, 1990, s. 25; Wallack, 1993, s. 73).

Oldukça yeni bir kavram olan medyada savunuculuk, İngiltere, Avustralya, Kanada ve ABD'de, sigara içmenin kontrol edilmesi çabaları ile yakın bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Medyada savunuculuk, politika yaratma sürecinde halkı da işin içine katmayı hedeflemektedir. Örneğin beslenme konusunda yapılacak medyada savunucululukla, beslenme problemini zayıf bireysel yeme alışkanlıklarından (bir farkındalık ve bilgi birikimi problemi) kamu politikasına (yiyeceklerdeki doymuş yağ oranının düzenlenmesi, besin etiketlemelerinin daha açık ve anlaşılır olmasının teşviki) çevirme çabalarının gerçekleştirilmesi amaçlanır (Wallack, 1990b, s. 159; www.who.int/policy). Medyada savunuculuk sorun odaklı bir yaklaşım olarak, problemlerin bireysel odaklı ve basite indirgenmiş açıklama ve uygulamaları yerine, problemin sosyal ve/veya politik, aynı zamanda karmaşık olduğu gerçeğine dikkat çekmeye çalışmaktadır

51. Medyada savunuculuk, *media advocacy* karşılığı olarak kullanılmıştır. Medya savunuculuğu olarak çevrildiğinde kavramı tam anlatmadığı görülerek Türkçe kaynaklarda medyada savunuculuk olarak alınmıştır. Farklı bir ifadenin karışıklık yaratabileceği ve kavramı açıkladığı düşüncesi ile medyada savunuculuk aynı şekilde kullanılmıştır.

Medyada savunuculuk, sağlığın geliştirilmesinde çevrenin önemini açıkça tanıyan ve sağlık problemlerini yalnızca bireysel problemler değil, kamu politikası ile ilgili olaylar olarak tanımlayan kademeli bir yaklaşımı yansıtmaktadır. Bu sayede bireylere, yalnızca bireysel sağlık davranışlarına değil; toplumun genel sağlık durumuna katkıda bulunan, sosyal ve politik faktörleri değiştirme çabalarına katılmalarına daha iyi olanak verecek bilgi birikimi ve becerileri sağlayarak, bireyleri yetkilendirmeye çalışmaktadır. Wallack (1990a, s. 42), toplumun sağlığının birincil odak olduğunu, politik sürece aktif katılımın sağlanmasının, sağlığın geliştirilmesi için bir araç olarak kullanılmakta olduğunu ifade etmektedir. Medyada savunuculuk engelleri azaltmak için, sosyal koşulları değiştirmenin önemini vurgulamaya yardımcı olmasına rağmen, genellikle çok az değişim sağlayabilmektedir.

Medyaya artan erişim, medyada savunuculuk için oldukça önemlidir. Medyanın görevlerinden biri, ilgi için belirli insanları veya olayları seçmesi ve böylece kamu gündemini oluşturmaya katkıda bulunmasıdır. Bir diğeri ise, haber hakkında neyin bilinmesinin önemli olduğunu halka söyleyerek sorunu çerçevelendirmesidir.

Medya, *gündem belirleme (agenda setting)* ile bireylerin ne düşüneceğine, nasıl karar vereceğine büyük ölçüde karar vermektedir. Yansızlık idealine rağmen, uygulamada haberlerin şekillendirilmesi ve sunumu özneldir. Medyada verilecek herhangi bir haberde, nelerin habere dahil edileceği, nelerin dışarıda bırakılacağı seçim sürecine *çerçevelendirme* adı verilmektedir. Çerçevelendirme, bir kişinin bir durumu ifade etmek için bazı gerçekleri yeniden biçimleme sürecidir; gerçeklerin anlamları, sunuldukları kapsam ile şekillenmektedir. Iyengar, çerçevelendirmenin kamu sorunlarını ele almak için çok önemli olduğunu, aynı zamanda sorunu çözmek için halkın kimi sorumlu gördüğünün haberin nasıl çerçevelendirildiğine bağlı olduğunu söylemektedir (Iyengar, 1991, s. 13; http://www.who.int; Wallack, 1990b, s. 163).

Çerçevelendirme sürecinin görülebileceği birçok geleneksel gazetecilik uygulaması bulunmaktadır; bunlara imgeler ve sembollerin sunumu; seçilmiş konuşmacıların kullanımı; seçilmiş kelimelerin kullanımı ve problem tanımının bireysel seviyedeki vurgulanması da dahildir. Örneğin televizyondaki haber hikâyelerinde, beyaz önlüklü insanlar, bilimi sembolize etmek için kullanılmakta veya tıbbi konularla ilgili olması için test tüpleri görüntüleri gösterilmektedir. Reklamlarda, sağlıkla ilişkili bir ürün olmasa bile, beyaz önlük ya da steteskopla birlikte "sağlıklı" olduğu vurgulanmaktadır. Son yıllarda sağlık programlarında, doktorla-

rın ve sunucuların, beyaz önlük ve ameliyathane önlüklerini giymeleri de çerçevelendirmenin bir parçası olarak görülebilir.

Medyada sağlık problemlerinin çerçevelendirilmesi ise, bireyselleştirilmiş şekilde gerçekleşmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hedef kitle problemleri, bireysel ve daha geniş, sosyal ve politik faktörlerden ayrı bir şekilde görülür hale getirilmektedir. Yaşam tarzına odaklanan sağlık hikâyelerinde haber kapsamı genellikle, egzersiz yapmanın, besleyici bir beslenme alışkanlığının, sigarayı bırakmanın ve alkolü ölçülü olarak tüketmenin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu hikâyeler sağlığı kişisel davranışa bağlayan uyarılar ve ipuçları haline gelmektedir.

Hastalık hikâyeleri, yeni, belirsiz (nadir rastlanan salgınlar), alışılmadık veya neredeyse umutsuz (belirli tür kanserler) türdeki hastalıklara dönüşmektedir. Bu hikâyeler alışıldık bir biçimde hastalığa karşı "mücadele" ya da "savaşa" odaklanarak kişiselleştirilmektedir. Çoğu zaman gelişmiş teknolojiye de odaklanılmaktadır. Birçok haber hastalığın ölümcül oluşuna ve umut olmadığına odaklanmasına rağmen, yeni umut vaat eden bir dizi hikâyeye de sık sık rastlanmaktadır. Bunlar yeni tedaviler ve yeni teknolojiler hakkında bilgi veren tıbbi buluş hikâyeleridir. Örneğin ilacın erken test aşamasında olmasına ve piyasaya sürülmesine daha 10 yıl olmasına rağmen, Alzheimer hastalığını tedavide etkili olabilecek yeni ilaçlar hakkındaki bilgilendirmeleri görmek sık rastlanan bir olaydır.

Sağlık problemlerinin bireysel problemler olduğu bakış açısı toplumda yaygınlaşmakta ve medyadaki çerçevelendirme aracılığıyla güçlenmektedir. Böylece sorunun toplumun yapısında değil; bireyin kendisinde olduğu bakış açısı yerleştirilmektedir. Bu bakış açısı kültürel semboller aracılığı ile sunulmakta ve yorumlanmaktadır. Medya alkollü araç kullanmaya, sigara içmeye, kanser ve diğer oto-immün hastalıklara yakalanmaya ve HIV enfeksiyonuna bireysel yaşam tarzının sorunları olarak bakmaktadır. Bu durum da kişisel tercih, bununla birlikte gelen kişisel sorumluluk ve suç ilişkisini güçlendirmektedir.

Türkiye'de Bergama'da 1990'lı yılların başından itibaren siyanürle altın arama faaliyetlerine köylüler olası sağlık riskleri nedeniyle karşı çıkmıştır. Bu karşı çıkışı beklemeyen firma, öncelikle köylüleri saf, cahil, iş olanaklarını görmezden gelen kişiler olarak tanımlamış; ardından endişe ve karşı duruşlarına yönelik, Avustralya'da altın madenlerinin çevresinin yeşil alan olduğu, orada yaşayan ailelerin sağlık durumlarının çok iyi olduğu, siyanürün sanıldığının aksine sağlığa zarar vermediği ile ilgili bilgilerle çerçevelendirme yapmıştır. Firmaya karşı, yerli halkın vermiş olduğu mücadele ve Bergama'da siyanürle altın aramaya

izin vermeme konusundaki kazanımı, çerçevelendirme örneklerinden biri olarak verilebilir.

a. Epizodik ve Tematik Çerçevelendirme

Haberlerin sorunları ne şekilde çerçevelendirdiği, bu konuda halkın çözüm için kimi sorumlu gördüğü konusundaki algılarını etkilemesi nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Haberlerin yoksulluk, suç ve işsizlik gibi sorunları nasıl çerçevelendirdiğini ve bu çerçevelendirmenin problemlerden sorumlu tutulan kitleler üzerindeki etkisini araştıran Iyengar'a göre, haber hikâyeleri *epizodik* veya *tematik* şekilde çerçevelendirilmektedir.

Epizodik çerçevelendirme sosyal problemleri gündeme getirmesine rağmen konuyu bireyselleştirir. Bunun bir sonucu olarak, politikacılar ve kamu kurumları sorunu ele alma konusundaki sorumluluktan da muaf tutulabilmektedir.

Tematik çerçevelendirme ise sorun odaklı, genel ve soyuttur. Veriler, raporlarla daha uzun ve daha karmaşık bir sosyal durum haline dönüştürülmeye çalışılır. Tematik çerçevelendirme bireysel ya da kişisel olan yerine, bir sorunun kolektif kısımlarını sunmaktadır. Diğer taraftan tematik çerçevelendirmede sağlık, yoksulluk gibi problemlerin sosyal sorumluluğunun niteliklerine odaklanılmakta; problemi ele alma konusunda politikacılar ve kamu kurumları sorumlu bulunmaktadır.

Medyada savunuculukla, baskın olan epizodik çerçevelendirmeye karşı farklı bakış açısının halka verilmesi; sağlık, yoksulluk gibi sadece bireyin sorumluluğu olmayan toplumsal konularda bilinç yaratılması amaçlanır. Medyada sağlığın, çok büyük bir oranda epizodik çerçevelendirme ile yapılandırılmış olduğu söylenebilir. Bireyin ne yiyip ne içmesi, hangi spor, hangi besin takviyesinden yararlanması gerektiğinden öte; sağlık için tehlike oluşturacak faktörler, bireylerin sağlık sistemi konusunda bilgi ve söz sahibi olmaları gerektiği teması çerçevelendirilmelidir.

b. Medyada Savunuculuğun Öğeleri

Medyada savunuculuğun, *gündem belirleme* (erişim için çerçevelendirme, tartışmayı *şekillendirme* (tüm içerik için çerçevelendirme) ve *politikayı ilerletmek* olarak üç temel öğesi bulunmaktadır. *Gündem belirleme/erişim için çerçevelendirme*, haberi medyaya erişim amacıyla ilgi çekmek için şekillendirmek anlamında kullanılmaktadır. Bu sık sık haber olarak yorumlanacak olan bir olay yaratabilmek anlamına da gelmektedir.

Erişim kazanmak iki nedenden dolayı önemlidir. Birincisi kamu gündemi oluşturma süreci medya kapsamı seviyesi ile bağlıdır ve dolayısıyla bir sorunun geniş ölçüde görülebilirliği de bununla bağlantılıdır. İkincisi medya belirli görüş liderlerine erişim kazanmak için bir araç görevi görür. Başarılı bir medyada savunuculukta her iki amaca da ulaşılması gereklidir. Medyada savunuculuk yapanlar, sorunlarını haber niteliği taşıma açısından yorumlayarak erişim kazanırlar. Çeşitli yollarla medya savunucuları haberlerin nasıl oluşturulduğu ve hedeflerinin ne olduğu hakkında bilinen şeylerin avantajını kullanırlar. Bir sorun yalnızca zamanlı, ilgili, halkın ilgisini çekecek ve/veya diğer birtakım haber kriterlerini yerine getiren bir sorun olduğu zaman haber kapsamına alınacaktır. Haberleri seçmek için gerekli kriterler arasında hassaslık, çakışma, gizem, ünlü kullanımı, sapkınlık, trajedi ve yakınlık bulunmaktadır.

Medya savunuculuğunda haber yaratmanın çeşitli yolları bulunur. Son dakika haberleri, yerel ya da ulusal ilgi alanlarına hitap eden küçük araştırmaların sunulması; yeni bir şeyler yapan, zor şartların üstesinden gelen ya da diğerlerine yardım eden insanların alışılmadık, ilgi çekici hikâyeleri de haber niteliği taşımaktadır.

Medyanın ilgisinin olmadığı konular, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık konusunda da halkın da ilgi alanı dışında kalması anlamına gelmekte; yasal düzenleme veya üzerinde durulması gereken sağlık sorunu olma özelliğini kaybetmesine neden olmaktadır. Diğer taraftan medya, ilginin düştüğü ya da sıkıcı olduğu gerekçesiyle dikkatleri farklı bir yöne çekebilmektedir.

Şekillendirme/içerik için çerçevelendirme, gerçek nedenlerle kaynağa yakın koşulları vurgulayarak hikâyenin anlatılması, geliştirilmesi istenen şekilde verilmesi anlamına gelmektedir. Medyaya erişim kazanmak önemli bir ilk adımdır; fakat kamu ve politik gündemi etkilemede yalnızca birinci basamaktır. Erişimden sonra medya savunucusunun aşması gereken bir diğer engel, sağlık sorunlarının medyada birincil olarak bireysel problemler olarak tanımlanmasıdır. Burada karşılaşılan yönelim, problemi yönetmesi daha kolay olan temel öğelere indirgeyerek basitleştirmektir. Medyada bireyselleştirilmiş sağlıklı yaşam önerileri sağlık gündemini oluşturmakta; asıl gündeme getirilmesi gereken sağlık sorunları yok sayılarak, meyve sebze yenilmesi önerileriyle sağlık konusu önemsizleştirilmektedir.

Genel olarak hastalıklar davranışsal ve genetik öğelere indirgenmektedir. Buradaki alternatif, problemleri daha büyük bir kapsamın bir parçası olarak görmektir. Bu kapsamda sigara içmek bireysel kararların bir özelliği olarak görülmek yerine, sigara içenin ya da potansiyel

içicinin bir parçası olduğu daha büyük bir sistemin parçası olarak görülebilir. Aynı uygulama otomobil güvenliği, beslenme, alkol ve diğer sorunlar için de uygulanabilir.

Bazen, yapılan haberin medyanın ilgisini çekecek yönü medyada savunuculuk yapanların vurgulamak istediği konu olmayabilir. Bu durumda hem gündemi belirlemek hem de tartışmayı şekillendirmek, *politikayı ilerletme* nihai amacına ulaşmak için gereklidir.

Kamu sağlığı hakkında harekete geçirme becerisine sahip medyada savunuculuk yaklaşımının aynı zamanda birçok sınırlılığı bulunmaktadır. Öncelikle bu yaklaşım, doğru ve yeterli bir şekilde tanımlanmadığı için, açık ve net bir prensip dizisi geliştirilmemiştir. İkincisi medyada savunuculuk için yapılması gereken çabalar karmaşıktır. Bu nedenle medya savunucusu kişinin, neyin haber olduğunu ve medya ilgisi ve vatandaş desteğini kazanmak için bunun nasıl çerçevelendirilebileceğinin yanı sıra medya kültürünü anlaması gereklidir.

Bir başka sınırlılık, medyada savunuculuk, birincil olarak sağlığın sosyal ve politik yönlerine odaklanan ve doğrudan davranış değişimi ile daha az ilgilenen bir çevresel yaklaşımla bağlantılıdır. Bu odak da sağlık problemlerinin kişisel ve bireysel yönlerini vurgulamakta olan medyanın dikkatini çekmeyi ve medyada yer alma olanaklarını sınırlı bir hale getirmektedir. Son olarak medyada savunuculuk yaklaşımları güçlü ve kazanılmış çıkarları doğrudan karşısına aldığı için tartışma yaratma potansiyeline sahiptir.

2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık bilgisine erişimin kolaylaştığı günümüzde bireyler, sağlık hizmeti sunanlar, eczacılar, medya ve internet tarafından sağlıkla ilgili bilgi yağmuruna tutulmaktadır. Bu bilgilerin anlaşılır ve uygulanabilirliği, bireylerin sağlık okuryazarlığı ile bağlantılıdır. Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında S.K. Simonds'un, *Health Education as Social Policy* adlı kitabında kullanılmıştır (Simonds, 1974. s. 1-25; aktaran Ratzan, 2001, s. 210; Selden vd., 2000: V). Ratzan'a göre, sağlık sistemi, eğitim sistemi, kitle iletişimi ve sağlık okuryazarlığı arasında önemli bir bağ vardır ve sağlık okuryazarlığı toplumun her kesimini ilgilendiren bir gereksinimdir.

Sağlık okuryazarlığı, insan sağlığı üzerinde büyük etkisi olacağı düşüncesi ile 1990'lı yıllarda tartışılmaya ve yeniden tanımlanmaya başlanmıştır. *Amerikan Tıp Kurumu (The American Medical Association)* sağlık okuryazarlığını "reçeteleri, randevu kâğıtlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuyup anlayabilme becerisi" olarak tanım-

lamıştır. Sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı tanımı, "sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin bilgiye olan erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (Bernhardt ve Cameron, 2003: 583; Nutbeam, 2001, s. 263; Schiavo, 2007, s. 282).

Özetle sağlık okuryazarlığı; bireylerin, kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesle aktarmaları olarak tanımlanabilir.

Sağlık okuryazarlığı, profesyonel sağlık bilgisine sahip olmayan bireyler ve sağlık profesyonelleri arasındaki, bilgi açısından asimetrik bir iletişime dayanır. Bu iletişimde hasta ve sağlık hizmeti sunanlar arasında, bireyin sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olması kadar; sağlık hizmeti sunanların yüksek sağlık okuryazarlığı ile ifade biçimleri de sağlık okuryazarlığını etkiler. Sağlık okuryazarlığı, sadece yazılan ya da söylenilen tıbbi terimlere aşina olmak değil, aynı zamanda bu terimleri anlaşılır kılacak şekilde ifade yeteneğini de içerir. Bununla beraber, iletişim sürecinin nasıl bir ortamda ve bağlamda gerçekleştiği de sürece etki eden faktörlerden biri olarak ifade edilebilir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel altyapısına bağlıdır. Birey, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgi ve önerileri, kendi kültürel birikimine göre değerlendirmekte olduğundan, kültürün etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerin sunum biçimleri de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.

Nutbeam'e göre, broşürleri okumak ve randevu almaktan daha geniş bir anlama sahip olan sağlık okuryazarlığı – bireylerin sağlık bilgisine ulaşmalarını ve bunu etkili biçimde kullanma kapasitelerini geliştirmek suretiyle – bireyi yetkilendirmek için kritik önem taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığının hem kişisel hem de sosyal yararları olabileceğini belirtmekte; sağlığa ilişkin bilgilerle bireylerin yaşam tarzı ve sağlık hizmetlerini kullanma biçimlerinin değiştirilmesi amacıyla yönlendirilmemesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca Nutbeam, sağlık okuryazarlığının yalnızca kişisel çıkarlara yönelik bir kaynak olmadığını, sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel etkilerinin de olduğu konusunda farkındalığı arttırması gerektiğine inanmaktadır (2001, s. 264).

a. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması ve Değerlendirilmesi

Eğitim, sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için büyük önem taşımaktadır. Bu eğitim, okul öncesi ve okul çağındaki çocukların, gençlerin eğitiminden yaşlılara kadar toplumun tüm kesimini içine alır. Nutbeam, her yaş için farklı bir eğitim çalışması ile yükseltilebilecek sağlık okuryazarlığını sınıflandırmıştır (2001, s. 265):

Nutbeam'in ilk olarak söz ettiği *işlevsel sağlık okuryazarlığı*, bireylere sağlık riskleri hakkında gerçek bilgileri verirken; sağlık sisteminin nasıl kullanılması gerektiğini de vurgular. İşlevsel sağlık okuryazarlığının kazanımı daha çok bireye yöneliktir. Ancak genele bakıldığında da toplumsal faydası yadsınamaz. *İnteraktif sağlık okuryazarlığı,* bireyin bilgi birikimi kapasitesini geliştirmeye, motivasyon ve kendine güvenini geliştirmeye odaklanmıştır; yine kazanımı daha çok bireysel düzeydedir. *Eleştirel sağlık okuryazarlığı*, bireysel hareket kadar, etkili sosyal ve politik hareketi desteklemeye yönelik bilişsel düzey ve yetenek gelişimleri sonuçlarını yansıtmaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile bireyin sağlık hizmeti sağlayıcılarından edindiği sağlık bilgileri ile medyada yer alan sağlık bilgi ve haberlerini doğru yorumlaması ve değerlendirmesi beklenmektedir. Birey verilen bilgileri değerlendirip, sorguladığı takdirde; bireysel kazanımın yanı sıra, daha belirgin bir biçimde, toplumsal kazanım sağlanmış olacaktır (Nutbeam, 2001, s. 265).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sonuç alma biçimlerini etkilemesine karşın sağlık okuryazarlığını ölçmenin en uygun yolu hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır[52].

52. Thompson ve diğerleri sağlık okuryazarlığını ölçme konusunda farklı yöntemlerden söz etmektedir. Sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik informel değerlendirmeler çoğu kez sağlık hizmeti sunanlar tarafından ucu açık sorularla yürütülmektedir. Örneğin, "Okuduğunuzu anlar mısınız?" gibi. Bu sorular kişinin okuryazarlık becerilerini ölçmede çok yaklaşık sonuçlar verebilecek olsa da, utanma gibi nedenlerle yanıltıcı olabilmektedir. Özellikle, en basit fakat sıkça sorulan, "Anlıyor musun?" sorusu, sağlık okuryazarlık seviyelerini ölçmede yardım etme yerine engel oluşturabilmektedir. Bu soru sorulduğunda, çoğu kişi anlamasa da olumlu cevap verecektir. Bu tepki, hasta ve doktor arasındaki ilişkide güçsüz taraf olan hastanın hassasiyetinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, bu tür sorular okuryazarlık seviyesini belirlemede yanıltıcı olabilmektedir.

Yaygın bir biçimde kullanılan diğer bir informel değerlendirme, hastaların uygun doz miktarını ve sıklığını anladıklarından emin olmak için, şişenin üzerindeki ya da reçetedeki yazıyı okumalarını istemektir. Kişinin okuryazar olduğunu ölçmeye yönelik farklı ama basit bir yöntem de, baş aşağı duran bir broşürü ya da metnin bir parçasını ellerine tutuşturmaktır. Eğer kişi, yazılı materyalin baş aşağı durduğunu anlamazsa, bu onun yazılı materyali okuyamadığının göstergesi olabilir.

Araştırmalar, görüşmeler ya da testleri gerektiren sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılabilen birçok formel yaklaşım vardır. Her bir resmi testin kendisinde var olan kısıtlama, değerlendirmeye tabi tutulan kişinin, sağlık okuryazarlık seviyesinin test edildiğinin farkında olması ve sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz kişilerin bu durumun keşfedilme korkusundan dolayı

Wright ve diğerleri sağlık okuryazarlığının kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme ve konuşma (sözel okuryazarlık), okuma ve yazma (yazınsal okuryazarlık) ve matematik becerisine sahip olma (istatistik bilgisi ve sağlık bakımında kullanılan diğer sayısal veri bilgisi) gibi yönleri olduğunu ifade etmektedir (2008, s. 288).

Bilgisayar okuryazarlığı da sağlık bilgilerine erişim yollarından biri olması nedeniyle, bir başka sağlık okuryazarlığı biçimi olarak anılmaktadır. Bilgisayar odaklı sağlık iletişimiyle ilgili en önemli sorun, sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz olan kişiler arasındaki bilgisayara erişimdeki tecrübe eksikliğidir. Sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz kişiler için, yeni iletişim teknolojilerinden yararlanılan etkin bir sağlık iletişimi yaklaşımı, mesaj içeriği ve formatının özel olarak tasarlanabilmesi olanağı ise bir fırsat olarak kabul edilebilir. Bilgisayar programlarının yanı sıra, internette sağlık bilgilerine erişim sağlık okuryazarlığı açısından önem taşımaktadır. İnternetin sağlık bilgileri ile ilgili en büyük ve önemli dezavantajı, internet ortamında birçok faydalı bilginin yanı sıra, çok sayıda yanlış ve zararlı sağlık bilgisinin bulunmasıdır. Fazla sayıda sağlık bilgisi olması ve hızla bilgiye erişilebilmesi nedeniyle sağlık,

---

katılımda isteksiz olmaları ya da katılsalar da dürüst bir şekilde cevap vermeyecek olmalarıdır. Ayrıca bu testler çoğu kez zaman alıcıdır ve sadece sağlığa ilişkin okuma seviyelerini ölçer. Sağlık çerçevesi içerisinde kullanılan dört tane kelime tanıma testi vardır: Geniş Kapsamlı Başarı Testi – *The Wide-Range Achievement Test* – (WRAT-3) (Jastak & Wilkinson, 1993), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü – *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* – (REALM) (Davis ve diğerleri, 1993; Murphy, Davis, Decker, & Jackson, 1993), Slosson Sesli Okuma Testi – *The Slosson Oral Reading Test-Revised* – (SOFT-R) (Slosson, 1990) ve Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi – *The Medical Terminology Achievement Test* (MART) (Hanson-Divers, 1997). Bu testlerin her biri iki dakikayla beş dakika arasında uygulanmaktadır (Thompson, T.L., vd., 2003, s. 591).

Kelime tanıma testleri uygulandığında, bireylere, kâğıtta yazan kelimeleri sesli okumaları söylenir. Genellikle, kelimeler sağlık ve tıbbi bakımla ilgilidir ve basit kelimelerle başlayıp gittikçe zorlaşan ve karmaşıklaşan kelimelerle zorluk seviyeleri değişiklik gösterir. Kişi artık kelimeleri seslendiremeyecek düzeye geldiğinde test tamamlanır. Bu format değerlendiriciye sağlığa ilişkin okuma becerisini değerlendirmesine imkân verse de, okunan kelimelerin kavranmasını ve yorumunu ölçmez. Testin geçerliliği, birey kelimeleri seslendiremezse, anlamını da bilemez varsayımına dayanır. REALM ve SORT-R, yüksek test-yeniden test güvenilirliği gibi yüksek kriter geçerliliği göstermiştir. WRAT-3 ve MART kişilere kelimeleri sesli okumalarını talimat verse de, MART kişilerin kelimeleri neden okuyamadıkları konusunda açıklama yapmalarını sağlar (örneğin görüş uzaklığındaki yetersizlik, küçük yazılar yüzünden okuma güçlüğü). MART kişilere bahane bulma ve açıklamalar yapma konusunda olanak sağladığı için, okuryazarlık seviyesi düşük hastalara daha az endişe verici olarak görülür. Kelimelerin ve yazılı metinlerin gerçek kavranmasını ölçmeye çalışan sağlık okuryazarlık testleri, bireylerin yazılı bir metin içerisindeki boş bırakılan kelimeleri doldurduğu, cümle tamamlamalı yöntemi içerir. Cümle tamamlamalı yönteme benzer bir yaklaşım da, Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi'dir – *The Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (Orijinal TOFHLA'nın kısaltılmış versiyonu olan S-TOFHLA). Hem TOFHLA hem de S-TOFHLA, katılımcılara reçeteleri, test sonuçlarını ve randevu kâğıdındaki program zamanlarındaki bilgileri yorumlamaları sorularak, matematik becerisine özgü becerilerini de ölçer (Thompson, T.L., vd., 2003, s. 592).

internet üzerinde en çok araştırılan konulardan birini oluşturmaktadır. Her geçen gün sayısı artan sağlık bilgisi interneti vazgeçilmez bir sağlık kaynağı haline getirirken, bir o kadar da sakıncayı beraberinde getirmektedir.

Bir bireyin sağlık okuryazarlığından bahsedebilmek için, o kişinin okuryazarlık düzeyinden de bahsetmek gerekmektedir. Okuryazarlığı olmayan ya da yetersiz okuryazarlık düzeyine sahip bir bireyin sağlık okuryazarlığının yüksek olması beklenemez. Sağlık okuryazarlığında kelimeleri anlama, anahtar noktaları fark etmek gibi sayıları okuyup *(health numeracy)* yorumlayabilmek de önemlidir.

Okuma yazması olmayan bir bireyin sağlığa ilişkin mesaj ve talimatlara uyması ve bunları okuyup anlamasında önemli güçlükler yaşaması muhtemeldir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için yapılacak tüm çabalar, okuryazarlığın geliştirilmesine de hizmet edecektir. Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ayrılmaz bağa karşın, sağlık eğitim ve iletişim programları mevcut zorluklar da göz önünde bulundurularak beraber planlanmalıdır.

b. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Genel olarak toplumların sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyededir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyede olan bireyler, korku, güvensizlik ve özsaygı eksikliğinin yanı sıra, durumlarından mahcup olarak bunu gizlemeye çalışmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kişilere oranla, sağlık personeline kendi durumlarını anlatma becerileri de daha zayıftır. Birçok hasta vereceği bilgi ve miktarından emin olmadığından; aynı zamanda anlatılanı anlamayacağı endişesi ile sağlık hizmeti sunanlarla sınırlı iletişim kurmaktadır. Hastanın kendine olan güveninin eksikliğinin yanı sıra, sağlık hizmeti sunanlar ve hasta arasındaki ilişkideki güç farkı nedeniyle, bazı hastalar soru sormamakta ya da yanlış anladıkları tedavi talimatları için açıklama istememektedir. Gücün doktor tarafında olduğu bu asimetrik iletişim biçiminde hasta, pasif iletişim pozisyonunu üstlenmekte; tam cevap verememekte ya da soru soramamaktadır. Benzer bir şekilde, bazı hastalar doktorla anlaşamadığında sessiz kalmayı tercih etmektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz hastalar, doktorun sabırsız veya kızgın olması durumunda korku nedeniyle soru sormamakta ve yanıldıkları bilgileri söylememektedir (Thomas, 2006, s. 99; Wright vd., 2008, s. 288; Schiavo, 2007, s. 63).

Bununla beraber, tıbbi bilgileri doktorların günlük terimlerle ya da hastaların anlayabileceği biçimde açıklamamaları aradaki iletişim so-

rununun büyümesine neden olmaktadır. Doktorlar zaman zaman hastaların tıbbi bilgiyi, talimatları anlamadıklarının farkına bile varmayabilmekte ya da ilgilenmemektedir. Ek olarak, hastalara tedavi ve talimatlarla ilgili bilgileri yalnızca doktorların vermesi, doktorların iş yükünü artırmakta ve diğer hastaların zamanından çalmaktadır. Bu nedenle, doktorlara, aynı zamanda hastalara destek olmak amacıyla, yardımcı sağlık hizmeti sağlayıcıların sağlık sistemi içine girmesi ya da sayılarının artırılması sağlık okuryazarlığının yükseltilmesine de yardımcı olacaktır. Aksi takdirde hastaların tedaviyi anlamamaları halinde sağlık hizmeti alma süreçleri yeniden başlamakta ve karmaşıklaşmaktadır.

Hastalar tıbbi sorunlarını açık bir şekilde ifade edemediklerinde doğabilecek sorunlardan biri, sağlık hizmeti sunanların kısıtlı ya da hatalı bilgilerle sonuçlara ulaşabilmesi, bu hastalara hatalı teşhis koyma riskinin artmasıdır. Bununla beraber bir diğer olası sorun, sağlık ve ilaç hakkındaki artmış yanlış anlamalara yol açması; sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek kişilere oranla ilaç reçetelerini yanlış yorumlaması ve doktorları tarafından verilen talimatları çoğu kez anlamamasıdır. Bu durum, sadece hasta bireyleri etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda tedavinin artan tutarlarının finansal yükünü, toplumun geri kalanına yansımakta; sonuç olarak ülkenin sağlık harcamalarını etkilemektedir.

Artan tedavi masraflarının bir diğer nedeni, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, yüksek olanlara oranla hastanede tedavi olma oranlarının daha fazla olmasıdır. Ancak bununla beraber, hizmetlerin eksik kullanımı, kısa dönemli sağlık hizmet tutarlarına yol açabilirken; tedavi edilmeyen, ertelenen tedavilerden doğan sakatlık ya da hastalıklar nedeniyle uzun süren ve maliyetleri artan sonuçlar doğabilmektedir. Ayrıca hasta uyumu ve tıbbi hatalardan kaynaklanan sorunlar verilen sağlık bilgilerini iyi anlamamaktan kaynaklanabilmektedir. Tüm hastaların sadece yarısının belirtildiği gibi ilaçlarını alma gerçeği, yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinin olumsuzluğunu göstermektedir

Bunlara ek olarak sağlık okuryazarlığının tekyönlü olmadığının da altını çizmek gerekmektedir. Hastalar çeşitli kanallardan nasıl güvenilir sağlık bilgisi toplaması gerektiğini öğrenmek durumundadır. Aksi takdirde sağlık sistemi, yanlış anlama labirentine dönüşebilir. Bilgi vermek sağlık hizmeti sağlayanların görevi olduğu gibi, bilgi edinmek de sağlık hizmeti alanların görevidir. Her sağlık bilgisi ya da istatistiğinin, her hastaya uyması gerekmediğini anlamak, öğrenmek hastanın da sorumluluğudur. Son yıllarda kontrolsüz sağlık bilgileri edinmiş, doktoru tarafından yapılacak gerekli açıklamaları dinlemeden, hastalığa ilişkin

ümidini kaybeden, tedaviden vazgeçen hastaların sayısının arttığı söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz hastaların soru sormamasının iletişim sürecinin verimli geçtiği anlamına gelmediği, bilgi eksikliği duyan hastanın bu bilgileri aile, arkadaş, medya, internet gibi başka kanallardan tamamlamaya çalışacağı unutulmamalıdır. Bunun sonucu olarak, eksik ya da yanlış bilgi hızla akmaya ve kullanılmaya başlamaktadır. Edinilen bilginin sağlığa ilişkin olması birçok tehlikeyi beraberinde getirmektedir. Eksik ya da yanlış anlaşılmış sağlık bilgisi, yeni hastalıklara, –ölüm dahil– istenmeyen durumlara sebep olabileceği gibi; sonuç olarak tedavi maliyetlerini artırma; sağlık konusunda yanlış bilinç ve kültür oluşması gibi sonuçlara neden olmaktadır.

c. Medya ve Sağlık Okuryazarlığı

Medya, sağlık konusunda hızlı bilgi akışının gerçekleşmesinde önemli bir role sahiptir. Bu nedenle medyanın sağlık bilgileri sunarken, özellikle sağlık okuryazarlığının yetersiz seviyede olduğu bilgisi ile hareket etmesi büyük önem taşımaktadır. Medya sağlık bilgilerinin bireye ulaştırılmasına yoğun bir biçimde aracılık ettiğinden, medya okuryazarlığı sağlık okuryazarlığı açısından önem taşımaktadır. Medya okuryazarlığı "farklı medya türlerinde iletişime olan erişim, iletişimi analiz etme, değerlendirme ve üretme becerisi" olarak tanımlanırken; bir başka ifade ile "kitle iletişiminin, kullanılan yöntemlerin ve bu yöntemlerin etkilerinin doğasına olan informel ve çözümsel anlayışı geliştirme" olarak görülür. (Bernhardt ve Cameron, 2003, s. 585). Medya okuryazarlığı medya metinlerinin çözümlenmesi anlamına gelmemekte; ne tür metinlerin üretildiğinden çok neden, hangi koşullar altında ve kimler tarafından üretildiğini bilme konusunda farkındalık yaratmak anlamında kullanılmaktadır (Binark ve Gencel-Bek, 2007, s. 104).

Medyada sağlık ve sağlığa ilişkin bilgiler, hedef kitleye ulaşmak gerekçesiyle, zaman zaman basite indirgenerek verilmektedir. Birkaç basit cümle ile, ciddi hastalık veya sağlık sorunları hakkında bilgilendiğini düşünen hastaların, sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunmayabileceğinin yanı sıra, mevcut sıkıntılarını da küçümsemesi, görmezden gelmesi gibi sonuçlar doğurabilir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek ya da yetersiz bireylerin, basitleştirilmiş ve azaltılmış sağlık bilgisi ile kendilerini, gereğinden fazla bilgili hissetmeleri ve bu inançla başkalarını yönlendirmeleri olasılığı da medyada sağlık okuryazarlığı konusunun dikkatle üzerinde durulması gerektiğinin bir başka boyutudur.

Sağlık hakkındaki bazı gerçeklerin de bilinçli bir çarpıtmanın sonu-

cunda ortaya çıktığı unutulmamalıdır. Medya okuryazarlığı becerisi olmayan ya da yetersiz olan bireylerin, çarpıtılmış, yanlış ya da sağlıksız medya tasvirlerine, mesajlarına direnmesine daha az rastlanmaktadır. Buna karşın medya okuryazarlığına sahip olan bir birey, sunulan bilginin göreceli değerinin ve geçerliliğinin farkına varabilen, medyanın daha iyi ve daha çözümsel bir kullanıcısı olacaktır. Medya okuryazarlığı, medyada izlenen, okunan veya işitilen, hemen hemen her şeyin öncelikle kurgusal olduğunu fark etmeyi önermektedir; bu sayede medya içeriklerinin doğal olmadığını ve değiştirilebileceğini de vurgulamaktadır (Türkoğlu, 2007, s. 278; Çoban, 2007, s. 320). Medyada sunulan sağlık bilgilerinin kurgulandığı bilgisinden habersiz bir bireyin, koşulsuz kabulle bilgiyi tüketebileceği, uygulayabileceği gerçeği sağlık bilgilerinde medya okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır.

Son yıllarda medyada program ve yayınlardaki niceliksel artışa karşın, niteliksel bir düşüş yaşanmıştır. Uzun saatler yayın yapılması gerekliliği, programların "içinin boşalması" sonucunu beraberinde getirmiştir. Programların içinde yer alan sağlık bölümleri, programları, köşeleri ve siteleri sağlık konusunun yoğun bir şekilde gündeme gelmesine neden olurken; nitelikli sağlık bilgi ve haberlerinin verildiğinden bahsetmek ne yazık ki pek mümkün değildir.

Mevcut yetersiz sağlık okuryazarlığı ile sağlık bilgilerini tüketen bireyler eksik ve yanlış bilgilerle donanabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi hangi seviyede olursa olsun; uzman oldukları gerekçesiyle, medyada sağlık ve sağlıklı yaşam önerilerinde bulunan kişileri takip eden bireylerin sayısının arttığı söylenebilir. Örneğin sadece kendi web sayfasında değil, televizyonda farklı kanallarda haber bültenleri dahil, birçok programa konuk olan Prof. Dr. Ahmet Maranki'nin önerileri büyük bir ilgi ile izlenmektedir. Tıp ya da sağlık eğitimi almamış olan Prof. Maranki'nin sağlık konusunda, tıp otoritelerini bile hayrete düşürecek sağlıklı yaşam önerileri, canlı yayınlarda çok sayıda izleyicinin ilgisini çekmektedir.

Örneğin 20 Ekim 2009 tarihinde, CNN-Türk'te Saba Tümer'in *Bu Gece* adlı programına konuk olan Prof. Maranki'nin açıklamaları ilgi çekicidir: Program esnasında sürekli altyazı olarak geçen, "Ahmet Maranki 10 yaş gençleşmenin formülünü veriyor", kozmik çorba, kozmik börek tarifleri, kozmik beden temizliğinin (kozmik çorba, börek ya da temizliğin ne anlama geldiği ise kesinlikle açık değildir) yapılacağının açıklaması ve "...bu dediklerim yapılmış olsa, hastane kapılarında bu kadar hasta olmazdı!", verdiği formülü uygulayan ve ardından sıkıntı yaşadığı gerekçesiyle canlı yayına e-posta ile sorusunu yönlendiren

hastaya, "kusma detokstur, sorun değil!" cevabı, programa ait sadece birkaç alıntıdır. Verilen örnekteki ve benzeri önerilerde bulunan "uzmanların" sağlık okuryazarlığı yüksek ya da yetersiz, çok sayıda bireyi etkilemesi ve yönlendirmesi kaçınılmazdır.

Medyada sağlık okuryazarlığının göz önünde bulundurularak, haber/program yapılması ve davet edilen konukların açıklamalarının varacağı noktalar hesap edilmelidir. Sağlık okuryazarlığının medyada geliştirilmesi açısından, tıbbi bilgi ve terimlere hakim, sağlık profesyonellerinin sağlık editörü ya da danışmanı olarak, aktif olarak görev alması; sağlık haber ve programlarının denetiminin titizlikle yapılmasının yerinde olacağı düşünülmektedir.

d. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi Materyalleri

Medya okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ayrılmaz bağ gibi, sağlık okuryazarlığı ile hazırlanacak sağlık iletişimi materyallerinin içeriği de ayrılmaz bir bütündür. Verilecek mesajların hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılamayacağı sorusu, tüm iletişim faaliyetleri için önemli bulunmaktadır. Konu sağlık olduğunda, sağlığa ilişkin mesajlara sağlık okuryazarlığı yetersiz kişilerin erişimi, anlamaları ve uygulamaları daha güç olmaktadır. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bir hedef kitle ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hedef kitlelere verilecek mesajlar farklılık göstermektedir.

Hasta eğitiminde, tıbbi yönetimde ve kişisel bakım talimatlarında en yaygın yaklaşım olan basılı sağlık iletişim materyalleridir. Ancak sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilere bu yolla ulaşmak özellikle zordur. Genellikle basılı sağlık materyalleri, materyallerin ulaşılması istenilen kitlenin okuma seviyesinden daha yüksek bir seviyede hazırlanmaktadır. Hedef kitlenin sağlık okuryazarlık becerisi ve çoğu basılı sağlık materyalinin okuma seviyeleri arasındaki yaygın olan bu uyuşmazlık, Bernhardt ve Cameron tarafından "sağlık okuryazarlığında ana mesele" olarak tanımlanmaktadır (2003, s. 593-594).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olan kişilere ulaşmada basılı materyaller, en iyi sağlık iletişim aracı olmasa da her sağlık okuryazarlığı düzeyine göre materyal hazırlanabilir. Bernhardt ve Cameron, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişiler için basılı sağlık bilgisi sunmada; basit bir şekilde öğüt verilmesini, bilginin anlaşılması için parçalara bölünmesini, bu parçalar için görsel malzeme kullanılmasını, talimatların etkileşimsel olmasını strateji olarak önermektedir. Ayrıca bilgi düzenlemede madde imlerinin kullanılmasının, samimi, ilgi çekici, özet bilgi içermesinin dahil edilmesini, tıbbi bir terim kullanıl-

dığında tanımının da yapılması gerektiğini, kenar boşluklarının gözü yormaması açısından fazla olmasını da önermektedir. Tüm öneri ve stratejilere rağmen sağlık okuryazarlığı seviyesi farklı hedef kitlelere farklı materyal hazırlanmalı ve tek bir materyal tüm hedef kitleye uygulanmalı tartışması da devam etmektedir (2003, s. 593-594; Thomas, 2006, s. 98). Bu konudaki tartışmada, her hedef kitle için ayrı materyal hazırlanması görüşü, hedef kitleye ulaşmak, doğru bilgiyi vermek ve yaygınlaştırmak açısından önemli bulunmaktadır.

e. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için halkla ilişkiler stratejileri büyük önem taşımaktadır. Hükümetler, profesyonel gruplar, sivil toplum kuruluşları ortak projelerle medyanın da sağlığa ilişkin bir eğitimden geçmesi koşulu ile bireyleri bilinçlendirebilir. Sağlık okuryazarlığı ile karar verme, taraflılığın anlaşılması, temel istatistik bilgileri ve eleştirel düşünme becerileri için gerekli bir temel oluşturabilir. Sağlık okuryazarlığını yaymak için hangi tür iletişim sistemlerinin geliştirilebileceği her toplum için farklılık gösterse de tamamen farklı olmayacaktır. Yalnızca yeni tıbbi buluşlar için değil, aynı zamanda bu bilgi birikimini daha sağlıklı bir toplum haline çevirmek, bir kültür yaratmak da gerekmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sorunu dünyada hâlâ büyük oranda devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılacak çalışmalarda bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi uygulama konularına önem ve öncelik verilmelidir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılacak çalışmalarda öncelikle, sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz bireyler arasında sağlık bilgisine olan fiziksel erişimin eksikliğine daha fazla dikkat edilmesi gerektiği söylenebilir. Sağlık hizmeti sağlayanlara daha az erişebildikleri için, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz bireyler –ilgi uçurumu genişlemeye devam ettikçe– "bilgi boşluğu"nun yanlış tarafında olma riski altındadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz bireylere önemli sağlık bilgilerini verirken, bireylerin erişebileceği ve anlayabileceği bir biçimde sunmak için alternatif mecralar araştırılmalıdır.

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için mevcut ölçekler yetersiz olduğundan, daha kapsamlı sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin geliştirilmesi yerinde olacaktır. Yeni kapsamlı araştırmalarla, hedef kitlelere en uygun uygulama yöntemleri bulunmaya çalışılmalı; verilecek mesajlarda kültür, ilgi düzeyi, metin boyutu, renk tercihi, mesajlara kolay erişim göz önünde bulundurulmalıdır. Hastane, poliklinik, sağlık ocağı, belediye, okul, alışveriş merkezi gibi bireylerin sıklıkla ziyaret ettikleri noktala-

ra, temel sağlık bilgilerinin yer aldığı kiosklar yerleştirilmesinin doğru bilgiye erişimi kolaylaştırmak açısından faydalı olabileceği söylenebilir. Kioskların yanı sıra, yine benzer yerlere konulacak bilgisayarlarla bireylerin, doğru sağlık bilgilerine ulaşabilmelerinin sağlanması sağlık okuryazarlığının gelişmesine katkıda bulunacaktır. Her toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı olduğu gibi, yapılan faaliyetlerin verimli olup olmaması da topluma göre değişmektedir. Buna karşın, sağlık okuryazarlığı konusunda yapılmış başarılı ya da başarısız çalışmaların incelenmesi ve değerlendirilmesi yeni faaliyetlere ışık tutacaktır.

Ayrıca hedef olarak sadece sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz bireylere değil, sağlık bilgileri ile yakından ilgilenen, araştıran, yüksek sağlık okuryazarlık seviyesi olan bireylere de odaklanılmalıdır. Doğru bilgiye sahip bireylerin bilgileri, dolaylı olarak yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylere de ulaşacaktır. Yeni buluşlar, gelişmeler, tedavi biçimleri nedeniyle "yaşam boyu öğrenme" kavramı, sağlık için geçerliliğini her zaman korumaktadır

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyin hızla *eleştirel sağlık okuryazarı* olması beklenemez (Nutbeam, 2001, s. 265). Ancak, medyada eleştirel sağlık okuryazarlığına ulaşmaya yönelik faaliyetlerin yapılması toplum yararına olacaktır. Bilinçlenen toplum ile sağlıkla ilgili kurumsal uygulamalar ve kamu politikasının değiştirilmesine yöneltilebilecektir. Bu da sağlık sisteminin kullanımının düzeltilmesi ve sağlıklı yaşam tarzı seçimlerinin yanında toplum sağlığının yararına olabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin gelişmesi, aynı zamanda sağlık kültürünün gelişmesini, kaynakların doğru kullanılmasını ve bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin ve de koruyucu olmasını güçlendirecektir.

Sağlık okuryazarlığındaki mevcut boşluğu kapamak, *Healthy People 2010*'da da belirtildiği gibi temel hak ve eşitliğin konusudur. Sağlık okuryazarlığı konusu sağlık iletişimi alanında son yıllarda gündemi artan bir konudur. Ancak bireylerin, toplum ya da medya aracılığı ile ulaştığı sağlık bilgilerini anlamaması veya uygulayamaması durumunda çok iyi hazırlanmış sağlık iletişimi kampanyalarının bir önemi olmayacaktır.

3. Sağlık İletişiminde Etik Yaklaşım

Yaşamın etik değerleri anlamına gelen *biyoetik* terimi, sağlık hizmetleriyle ilgili etik kararlar verme aşamasında biyoetik ve/veya tıbbi etik değerler olarak ifade edilmektedir. Sağlığa ilişkin ve biyolojik

bilimlerle ilgili bağlamlarda kavram, karar vermenin etik boyutlarının çözümsel incelemesi anlamında kullanılmaktadır (Kreps ve Thornton, 1992, s. 180; Jackson ve Duffy, 1998, s. 88).

Geçmişte etik değerler, sadece mesleki yetkiye bağlı ve uygulamalı bir konu olarak kabul edildiğinden; doktor olmayanlar, tıpla ilgili etik konulardaki tartışmalara ilgisiz kalmıştır. Etik tıp uygulaması, doktorların ve meslek kuruluşlarının formel ve informel ortak görüşlerinden gelişmiş; doktorlar mesleki özgürlükleri ile hastalar için en çok fayda sağlayacaklarına inandıkları şeye karar vermiştir.

Jackson ve Duffy'nin belirttiğine göre, 1965 ve 1970 yılları arasında geleneksel değerler hızlı bir şekilde yeniden ifade edilmiş ve "yeni etik değerler" ortaya çıkmıştır. Etik değerlerde artık hasta özgürlüğü ya da diğer bir deyişle hür irade hakkı ile daha önceden tanımlanmış olan, doktorun seçmiş olduğu "en çok fayda"ya karşı çıkılmıştır. Yıllar içinde değişen ortak düşüncelerle ortak terim seçimleri de yeni gerçekliklere göre biçimlenmiştir. Örneğin bugün tıp uygulamalarındaki razı olma terimi, işbirliği ve bağlılık terimleriyle yer değiştirmiştir (1998, s. 88-89; Kreps ve Thornton, 1992, s. 182).

Değerlerin yeniden incelenmesi, güçteki değişim ve doktor otoritesinin sorgulanması, birçok etik meseleyi kamusal tartışmanın ön planına taşımıştır. Günümüzde biyoetik ve konuya ilişkin endişelere verilen önem, geçmişten çok daha fazladır. Bireyin geçmişe göre daha bilinçlenmiş sağlık beklentisi konuya ilgiyi artırırken, tıbbi teknolojideki artış da sağlık bakımı açıklamalarındaki etik yönler hakkında endişeyi beraberinde getirmiştir.

Son yıllarda yaşanan gelişmeler, iletişim ve tıbbi etik değerler hakkında daha da genişleyen ve derinleşen tartışmalara yol açmaktadır. Bu tartışmalar üç ana başlıkta toplanabilir ve ilkinin gündelik yaşamın gün geçtikçe daha fazla alanının tıbbileştirilmesi olduğu söylenebilir. Sağlıkla ilgisi olmayan birçok konunun tıbbileştirilmesi; bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak endişeye kapılmaları; çare arayışları ve bireyselleştirilen sağlık anlayışı ile kendilerine sunulan sağlık için olduğu söylenen önerileri, sorgulamadan tüketmelerine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve buna bağlı olarak sağlık sektöründeki rekabetin, sağlık gibi hayati bir konunun bulanıklaştırılması ve sağlıklı yaşam vaatlerinin ardındaki gelişmelerin gizlenmesine neden olduğu söylenebilir.

"Sağlıklı yaşam endüstrisi"nin ticari sebeplerle bugün tıbbileştirdikleri alanların ertesi gün tıbbileştirmeden çıkması; bireylerin bedenleri-

nin genetik özellikleri ve yaşam koşulları gözetilmeksizin standartlaştırılması, standart dışında kalanın dışlanması, sadece sağlık iletişiminin değil tıbbın etiğine de uymamaktadır.

İletişim ve tıbbi etik değerle ilgili diğer bir tartışma konusu olarak, yine tıp etiğine uymayan, sınıf farklarının tavan yaptığı bir sosyoekonomik sistemin oluşturulması söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi nedeniyle, bireyler her tür sağlık hizmetine ulaşamamakta; ulaşabilenlerin ise ödemeleri yükselmektedir. Özel sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek hastalara iyileşinceye veya ölünceye kadar tedavi verilirken, bu imkâna sahip olmayanların tedavi haklarının elinden alınması etik ilkelerle bağdaşmamaktadır. Sağlık sadece ekonomik gücü elinde bulunduranların yararlanabileceği bir hak olmadığı için, gün geçtikçe artan eşitsizlik bir başka etik sorun olarak ifade edilebilir. Sağlık ve yaşama hakkı, sadece ekonomik güce sahip olanlara verilmiş bir hak olmadığından; her geçen gün daha fazla ticarileşen sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilişkili sektörlerin denetlenmesi önemli bulunmaktadır.

Etik tartışmanın üçüncü boyutu olarak medya gösterilebilir ki, yukarıda ifade edilen tıbbileştirmenin ve hızla büyüyen "sağlıklı yaşam endüstrisi"nin çeşitliliğine medya ev sahipliği yapmaktadır (Medya ve Biyoetik için bkz. s.153).

Sağlık iletişiminde etik yaklaşımın, üzerinde önemle durulması, tartışılması ve gerekli denetim mekanizmalarının oluşturulması açısından özellikle vurgulanması gereken bir konu olduğu söylenebilir.

a. Etik İlke ve Prensipler

Günümüzdeki gelişmeler ve endişelerden söz etmeden önce biyoetik konusundaki önemli bazı prensip ve ilkelerden bahsetmeden ilerlemek uygun olmayacaktır.

Her kültürün benimsediği ilkelerin kavranması, karar verme sürecinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Etik sorumluluk ile, uzmanlara yardım etmek ve meslekleri açıklanabilir kılmak için, prensip ve yeminler geliştirilmiştir. Bu prensip ve yeminler, uzmanı diğerlerinin ihlalinden korumanın yanında, değer ve fikirlere önem vermek için tasarlanmaktadır. Etik ilkelere ve görevlere odaklandığı için bu prensipler oldukça önemlidir; buna karşın güncel prensiplerin ve yeminlerin yeterince uygulanabilir olmadıkları ortadadır.

Mesleki prensip ve yeminlerin zaman zaman uygulama zaafları olmasına rağmen, biyoetik konusunda çoğunluğun büyük bir titizlikle uygulamaya özen gösterdiği, önemli iki merkezi etik zorunluluk *faydalı olma* ve *zarar vermeme*dir. *Faydalı olma*, kişinin sağlığını iyileştirme

ve potansiyel sağlık risklerinden kişileri korumaya yardımcı olmaktır. *Zarar vermeme* ise, Hipokrat günlerinden beri, sağlık uzmanları için en önemli etik zorunluluk olarak düşünülmektedir ve zararın psikolojik, fizyolojik, sosyal ve kültürel yönlerini içermektedir. Faydalı olma ve zarar vermeme zorunluluğunun dışında, diğer bir dizi bütünleyici ilkeden söz edilebilir.

İlkelerden biri, iyi bir sağlığa eşit olarak ulaşmayı; sağlık tehlikelerinden risk yaratan faktörlere maruz kalmaya neden olan engelleri ortadan kaldırmayı ya da en aza indirmeyi içeren *adalet* fikridir. Adaletli iyileştirme zorunluluğu eşitlikle ve kaynakların, fırsatların, faydaların ve risklerin eşit bir biçimde dağılmasıyla ilgilidir. Sağlık iletişimi faaliyetleriyle oldukça ilgisi olan diğer bir ilke de mesajlardaki bilginin, tavsiyelerin ve iddiaların hedef kitle tarafından iyice anlaşılmasını sağlamayı amaçlayan *anlaşılırlık* ilkesidir. Bir diğer ilke ise, kişilerin özgürlükleri ve hür iradelerine saygı gösterme etik zorunluluğuyla ilgili olan *dahil etmedir.* Etik ilkelerden *gizlilik*, kişinin özel yaşam hakkının, güvenlik ya da başkalarının sağlığıyla dengede olmasını gerekli kılmaktadır. Bilgisayarlar, çoklu kayıtlı ortamları ve hastanın bakımıyla ilgili çoğu sağlık hizmeti sunanlar, bireyin özel yaşamı ya da gizlilik hakkını ihlal edebilen etmenler olarak üzerinde durulması gereken konulardır.

Ayrıca biyoetik, yaşama ve ölme hakkı, adalet, yaşam için saygı ve başkaları için bakım ve ilgiyle de ilgilidir (Guttman, 2003, s. 653; Kreps ve Thornton, 1992, s. 180-183, 190; Rice, 2005, s. 32-33). *Bilgilendirilmiş onay*, açıklık ve özgürlük haklarıyla ilişkili son zamanlarda kullanılan bir kavramdır; tartışması, 1960 yıllarındaki etik olarak sorgulanabilen insani konularla ilgili tıbbi deneylere kısmen bir tepki olarak 1972 yılında başlamıştır. Karmaşık tıbbi ve istatistiksel bilginin anlaşılması yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler için zor olabilir. Bu nedenle geliştirilmiş bilgilendirilmiş onayla, zor bilgiler, "kötü haberler" doğru bir şekilde açıklanabilecektir. Hasta açıklığına verilen önemdeki köklü değişim, *doğru açıklama*daki değişen algılarla gösterilmektedir.

1960 yılında onkologların %90'ı kanser teşhisini açıklamamayı tercih ederken, günümüzde tam tersi yönde değişim gerçekleşmiştir (Jackson ve Duffy, 1998, s. 92). Günümüzde de hâlâ farklı fikirlerin bulunduğu bir konu olan, hastanın hastalığı ile ilgili doğru bilgiyi öğrenmek istememesi veya hastanın durumunun daha kötü olacağı veya zarar vereceği kararı ile doğru açıklamanın yapılmamasıdır. Burada zarar verecek durum kararı tartışmalara neden olmaktadır.

b. Sağlık İletişimi ve Biyoetik

Sağlık iletişimi faaliyetlerinde etik, merkezi bir önem taşımaktadır. Sağlık iletişimi açısından biyoetik konusu incelendiğinde konunun iletişim alanı ile doğrudan ilgili olduğu görülmektedir. Öncelikle doktor ve hasta arasında yaşanan iletişim açısından etik değerler ve bunların uygulanma biçimi, sağlık iletişimi alanında biyoetiği önemli bir yere getirir. Özellikle, kişisel tercihlerin ve sosyal değerlerin tamamlayıcısı olan konularla ilgili oldukları için, kişilerin görüşlerini ya da sağlığa ilişkin davranışlarını etkilemeyi amaçlayan sürekli iletişim, birçok etik endişeyi beraberinde getirir.

Sağlık iletişim faaliyetlerinin tasarımı ve uygulamasında etik konusuna dikkat edilmesi gerekliliğinin ardında öncelikle, kişinin sağlığını artırmaya yönelik, özel bir çabayı oluşturan herhangi bir iletişim aktivitesinin etik sorunlarla dolu olmasının bulunduğu söylenebilir. İkinci olarak, etik konusu, amaçların ifade edilmesinden sonuçların değerlendirilmesine kadar, müdahalelerin her bileşeninde bulunabilir. Bir diğer husus da etik meselelerin çoğunun açık olmayan karar verme süreçleriyle dolu olması ve bu meselelerin nitelendirilmesinin amaçlanmayan etkilerin değerlendirmesini gerektirdiğidir. Son olarak, etik müdahalelere katılmanın sadece zorunluluk olmayıp faydacı bir öneme de sahip olmasıdır (Guttman, 2003, s. 651-666; Signorielli, 1993, s. 45; Kreps vd., 2005, s. 352-353).

Toplum sağlığı faaliyetleri için iletişim aslında iyiliksever bir amaç olmasına rağmen, kişilerin yaşamına belirli değişiklikler getiren planlı bir çabadır. Bu yüzden, kişilerin sağlık tavsiyelerini benimsemesine müdahale etmek ve bunu etkilemek için yapılan herhangi bir çaba gibi, sağlık iletişiminin etik bir gerekçeye ihtiyacı vardır. Mesleki prensip ve kurallar, sağlık iletişimcilerinin yönlendirici taktiklerden kaçınması gerektiği; bireyleri riske atabilecek davranışlardan uzak durmaları ancak gerekli olduğu takdirde de bireylere bilgilendirilmiş seçimler yapma imkânı sağlamayı kapsar. Etik konusundaki duyarlılık özellikle bireyden çok kamunun sağlığını etkilediğinde ortaya çıkmaktadır

Sağlık müdahaleleri, sosyal gruplar boyunca sağlık statüsü ve toplum sağlığı faaliyetleri açısından eşitliği destekleme için tipik olarak etik zorunluluğa adanmaktadır. Sağlık iletişimi faaliyetleri, bireyler arasında farklılık gözetmeksizin yürütülmek amaçlansa da mevcut sosyal eşitsizlikleri istemeden de olsa güçlendirebilir. Örneğin yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireyler daha çok kaynağa ulaşabilir, önerilmiş sağlık uygulamalarının benimsenmesindeki boşlukları doldurabilir,

bilgilerini artırabilir. Sağlık iletişiminde amaç bireylere sadece bilgiler sunulması değil, uygulamaya da geçilmesidir.

Sağlık iletişimi alanında çalışanlar etik konusunda duyarlılık göstermelerine karşın, etik konusunu araştırmalarına nadir olarak konu edinmişlerdir. Jackson ve Duffy'nin belirttiği üzere, *Health Communication* dergisinin ilk sayısında iletişim akademisyenleri biyoetik konusunda çalışmaya davet edilmesine rağmen, geçen yıllar içinde konuya gösterilen ilgi açısından büyük bir değişiklik olmamıştır (1998, s. 94). Araştırmalara dolaylı olarak konu olmasına karşın, doğrudan etik konu edilmemiştir.

c. Medya ve Biyoetik

İyi bir sağlığın anahtarı olarak kişisel sorumluluk, toplum sağlığı faaliyetleri üzerine olan modern söylemde merkezde yer almaktadır. Bireyler medya aracılığıyla, besin tüketimleri, boş zamanları, cinsel ilişkileri ve genel olarak yaşam tarzlarındaki seçimlerinde ölçülü ve sorumlu olmaya zorlanmaktadır. Sorumluluğa olan çağrılar, insanların sağlık tavsiyelerini benimsemelerini artırmada motive eden etkin bir strateji olarak kullanılmaktadır.

Sağlığa ilişkin bazı mesajlar bireyleri, hastalık ya da özürlü olmanın, sorumlu bir yaşam olarak adlandırılan davranış biçimini benimseme başarısızlığından kaynaklanacağı hakkında uyarırken; aynı zamanda olumsuz sonuçlar meydana geldiği takdirde, topluma ve ailelerine yük olacakları konusunda farkındalık yaratıldığını iddia etmektedir. Sağlık mesajları bireyleri kendi hastalıklarından dolayı açık şekilde suçlamasa da, temelde bireyleştirilmiş sağlık anlayışıyla, bireylerin kontrolü altındaymış gibi hastalık önleme için sorumluluk fikrini biçimlendirmeye çalışmaktadır.

Özellikle, medyada yer alan sağlık bilgileri, bireylere dikkat ve sorumlulukla, her türlü sağlık sorununu önleyebilecekleri ve kurtulabilecekleri izlenimi veren haber, program veya yazı dizileri ile sağlığın bireyin kontrolünde olduğu fikrini pekiştirmektedir. Bu tarz mesajlar, etik konusuna önem verenler arasında endişelere neden olmaktadır. Bu endişeler, sağlık gibi çok boyutlu bir konunun bireyin sorumluluğu olarak sınırlandırılması; diğer boyutlarının görmezden gelinmesine neden olması nedeniyle önemlidir.

Aynı zamanda sağlık ürün ve hizmetleri sunanların, medyada yer alma biçimleri ve sıklığı belirli kuruluşları ayrıcalıklı hale getirebilmektedir. Ürün ve hizmetler arasındaki kâr amaçlı bu rekabetten zarar görme olasılığı olanlar ise, sağlıklarını korumakla görevlendirilen bireylerdir.

Gün geçtikçe daha çok birey, tıbbı merkeze alan; hatta tıbbi söylemi kendisine "kalkan" olarak kullanan bir dizi yan söylemle belirlenen yeni kurallara göre yaşamakta; çeşitli sosyal olguları görüp anlamakta ve yaşadıklarını tıp terimleriyle yeniden tanımlamaktadır. Gündelik yaşam tıbbileştirildikçe, sağlık birey için odak haline getirilmekte; "sağlıklı yaşam endüstrisi"nin faaliyetleriyle, bireye zarar veren bir odak haline de dönüşmektedir.

Ancak halen günümüzde, geliştirilmiş herhangi bir mekanizma ile gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi; sağlığın bireysel bir sorun olarak gösterilmesi ve medyada sağlık ile ilgili yapılan program, yazı dizisi veya haberler, etik kaygı, ilke ve prensiplerle denetlenmemektedir.

Sonuç olarak, tıbbi etik değerlerle ilgili konulara odaklanan araştırmaların çok az sayıda olması bu konuda farklı çalışmalar yapılması açısından önemli fırsatlar sunmaktadır. Yaşlanan nüfus, yeni tıbbi teknolojiler, daha çok müşteri odaklı sağlık bakımı yaklaşımı alanda biyoetik üzerine çalışma yapılmasını zorunlu hale getirmektedir. Etik kararlar ancak eyleme dönüştüğü zaman anlam kazanabilir. Aksi takdirde eylem olmadan etik düşüncenin anlamlı olmadığı düşünülmektedir.

Özetle yakın bir geçmişe sahip sağlık iletişimi perspektifinin, sağlık ve iletişim alanlarını birlikte ele alarak, akademik çalışmalara ve uygulamalara farklı yaklaşımlar sunması anlamlıdır. Bununla beraber, sağlık iletişimi kampanyalarının odağının "birey" olduğu, bireye doğru sağlık davranışlarını göstermek veya farkındalık yaratmak üzere hazırlanmış mesajların, ilgili sağlık sorununun diğer boyutlarının gözden kaçmasına neden olabildiği vurgulanmalıdır. Bireyselleştirilmiş sağlık sorumluluğu konusunda sağlık iletişimi kampanyaları,[53] sağlık politika ve yasal düzenlemelerini destekler nitelikte olmaz ise, sağlık iletişiminin de bireysel düzeyde kalma riski olduğu söylenmelidir.

---

53. Türk Kardiyoloji Derneği'nin "Kalbini Sev Değerini Bil" başlıklı kampanya filminde gündelik yaşamın tıbbileştirildiği ve sağlık sorunsalının bireyselleştirildiği açıkça görülmektedir. Bireyin sadece söylenenleri yapması, kalp hastalıklarından korunmasını sağlamamaktadır. Filmin metni şu şekildedir:

"Ayakkabı numaranı, gömleğinin bedenini biliyorsun. Boyun ne kadar, kaç yaşındasın hepsi aklında. Banka şifren, telefonun da... Peki hayatını değiştirebilecek en önemli sayıları biliyor musun?

Kalp hastalıkları yüzünden ülkemizde her 2,5 dakikada 1 insan hayatını kaybediyor. Kolesterolünü ve tansiyonunu düzenli olarak ölçtürüp, kilonu kontrol altında tutarak kalp hastalıkları riskini azaltmak senin elinde. Kalbini sev, değerini bil!"

Görüldüğü üzere, gündelik yaşama ait ayakkabı numarası, yaş, boy gibi bilgilerin arasına tansiyon ve kolesterol değerleri de eklenmektedir. Böylece tıbbileştirilen gündelik yaşam, aynı zamanda metnin sonunda yer alan "senin elinde" mesajı ile de bireyselleştirilmektedir.

III. *Hürriyet* Gazetesi ve Eklerinin İçerik Analizi

Medyanın sağlık ve sağlığa ilişkin, bireylerin algı ve davranışlarına büyük etkisi bulunmaktadır. Bu etkide, sağlık bilgi ve hizmetlerinin tartışmaya açık ve kabul edilebilir seçeneklerinin sunumunda, toplumun bilgiyi nereden, nasıl, ne zaman ve ne şekilde aldığı önemli bir paya sahiptir. Bunlara ek olarak medya, oluşturulan ideolojilerin devam ettirilmesinde ve yaygınlaştırılmasında aracılık eder.

Bir metnin ideolojik işlevlerinden biri de metnin içinde oluşturulmuş okuyucu konumuna gelmek için, doğallık ve açıklıkla okuyucuyu etkilemeye çalışan doğal olanı göstermektir. Böylece amaç, belirli olmayan söylemsel stratejileri görünür kılmaya çalışmaktır. Niteliksel ve niceliksel metodolojilerin arasındaki temel ayrım medya metinlerinde

anlamın yeri ile ilgilidir. Nicel içerik analizi, medya metninin, aynı analitik çerçeveyi kullanan farklı okuyucular tarafından tekrar tekrar fark edilebilen sabit anlamına vurgu yapmaktadır. Niteliksel içerik analizi süreçleri ise, metinlerin alıcıya bağlı olarak çoklu anlamlar iletmesi kapasitesini vurgulamaktadır (Gunter, 2000, s. 82; Kline, 2003, s. 559).

Bu çalışmada niteliksel ve niceliksel içerik analiziyle, sağlık konusunda oluşturulan ve sürdürülen ideolojik temaların belirtilmesi hedeflenmiştir. Bu sayede, sağlık ve sağlıklı yaşam vaatleriyle, tıbbi sosyal kontrolün kapsamının genişletilerek, bedenlerin denetiminin artırılması ile gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesinin hangi görünmez yolla ortaya konulduğunu açığa çıkarmak amaçlanmıştır.

Bu sayede aynı zamanda, medyada ve farklı mecralarda, sağlık iletişimi olduğu iddia edilen uygulamaların daha iyi anlaşılması açısından; sağlık iletişimi perspektifinin detaylandırılarak incelenmesi; "sağlıkmış" ve "sağlık içinmiş" gibi yapılan ve söylenenlerin ortaya konması ve dahası denetlenme yollarının oluşturulması açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmada 1 Ocak 2008-31 Aralık 2008 tarihleri arasında yayımlanan *Hürriyet* gazetesi, *Kelebek*, *Hürriyet Cuma*, *Hürriyet Cumartesi* ve *Hürriyet Pazar* ekleri ele alınmaktadır.[54] Bir yıllık sürenin incelenmesi, sağlık ve sağlıklı yaşam ile ilgili haberlere/yazılara genel bir bakış sağlaması; bir yıllık olay döngüsü ve dönemsel farklılıkların ortaya konmasıyla dalgalanmaları ortadan kaldırması ve her olayı kapsayabilmesi nedeniyle anlamlıdır. Çalışmanın evrenini oluşturan *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde bir yıllık bir süre içinde çıkan, sağlık ve sağlıklı yaşam tarzı vaatlerinin yer aldığı tüm haber, köşe yazısı ve spotlar çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Toplanan veriler, niteliksel ve niceliksel içerik çözümlemesi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Sağlık ve sağlığa ilişkin olarak yayımlanan tüm haber, köşe yazısı, özel konu sayfaları ve özel konu sayfalarındaki spotlar herhangi bir ayrım gözetilmeksizin veri toplamaya dahil edilmiştir.

Çalışmada estetik ve kozmetik ile ilgili konular sağlık ile özdeşleştirildiği durumlarda çalışmaya dahil edilmiş; "renkli kozmetik" olarak adlandırılan makyaj moda ve önerileri çalışmanın dışında bırakılmıştır. Ancak "renkli kozmetik" ve sağlık ilişkisi veya etkilerinin yer aldığı haberler konuya dahil edilmiştir. (Örnek: *Kozmetik ürünleri kurtarma operasyonu*, *Kelebek*, 26.05.2008, s.11).

54. *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde yer alan haberlere/yazılara ilişkin örnekler, tüm ifade bozuklukları ve imla hataları ile birlikte alınmış; herhangi bir düzeltme yapılmadan gazetedeki biçimiyle aynen aktarılmıştır.

1 Ocak - 31 Aralık 2008 tarihleri arasında, 12 aylık dönem içinde *Hürriyet* gazetesi, *Kelebek*, *Hürriyet Cuma, Hürriyet Cumartesi* ve *Hürriyet Pazar* eklerinde yer alan, sağlık ve sağlığa ilişkin haber, köşe yazısı ve özel konu sayfalarının yer aldığı sayfalarda, sağlıkla ilişkilendirilmiş reklamlar yer almasına karşın; sağlıkla ilgili reklamlar gelişmelerin incelenmesi açısından veri toplamaya dahil edilse de, analize dahil edilmemiştir.

Toplanan veriler haber, köşe yazısı, özel konu sayfası ve ekonomi sayfası olarak ayrılmıştır. Haber, köşe yazısı ve ekonomi sayfasının yanı sıra, ele alınan özel konu sayfaları olarak *Yaşam Reçeteleri – Prof. Dr. Osman Müftüoğlu ve Yaşasın Hayat Ekibinden, Güzellik Halleri – Nilüfer Pazvantoğlu, Estetik ve Güzellik – Dr. Nuri Soysal* ve *Mesude Erşan'nın* kaleme aldığı sağlık konuları ele alınmıştır. Özel konu sayfalarında o sayfanın köşe yazısı ve sayfada yer alan spotlar ayrılmış; her bir spot da tek tek ele alınarak analiz edilmiştir.

Okunan her metin, kategoriler için geliştirilen kodlama sistemi ile kodlama kâğıtlarına araştırmacı tarafından kodlanmıştır. 1 Ocak - 31 Aralık 2008 tarihleri arasında, *Hürriyet* gazetesi *ve Kelebek, Hürriyet Cuma, Hürriyet Cumartesi, Hürriyet Pazar* eklerinde sağlık ve sağlığa ilişkin toplam 3008 âdet haber, köşe yazısı, spot ve ekonomi haberi toplanmış; toplanan veriler, belirlenen 24 kategoriye göre analiz edilmiştir.

Öncelikle çok sayıda kategori belirlenmiş, daha sonra kategoriler arasında birleştirmeler yapılarak kategorilerin son hali oluşturulmuştur. Kategoriler dört farklı başlık altında analiz edilmiştir. Haberin yayımlandığı yer, tarih, sayfa, tür, köşe yazarları, başlığın cümle yapısı, görsel kullanımı, görselin ilgili oluşu, haber dilinin kesinliği, ciddiliği, uzmana yönlendirmenin ve uzman görüşünün bulunması *Betimleyici Unsurlar* başlığı altında toplanmıştır.

Kategorilerin arasında çalışmanın birinci temel amacı olan medya söyleminde sağlık konusunun aydınlatılması için işlemselleştirilen iki temel kavram *Gündelik Yaşamın Tıbbileştirilmesi (beraberinde kozmetikleştirilmesi ve standartlaştırılması)* ve *Sağlık Sorunsalının Bireyselleştirilmesi* yer almaktadır. *Sorgulanan Temel Kavramlar* bu nedenle ikinci başlık olarak belirlenmiştir.

Gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi, bir dizi sağlıklı yaşam tarzı önerisiyle gerçekleşmektedir. *Yaşam Tarzı Önerileri* olarak belirlenmiş üçüncü başlıkta beslenme, diyet, besin ve vitamin takviyeleri, estetik operasyonlar ve kozmetik girişimler, egzersiz, yaşlanma, alternatif tedavi, cinsel yaşam, cinsel

hastalıklar ile diğer hastalık teşhis ve tedavi yöntemlerine dair bilgileri ele alan kategoriler bulunmaktadır. Bu sağlıklı yaşam tarzı önerileri tıbbileştirilerek ve/veya bireyselleştirilerek sunulmakta olduğundan temel kavramları açıklamada büyük öneme sahiptir.

Diğer Sağlık Bilgileri başlığı altındaki kategoriler ise, *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde yer alan istatistik, araştırma, buluş, yasal düzenleme, sağlık politikası, rutin sağlık, mucize, moda, Türk doktor, skandal ve hasta hikâyelerini içermektedir.

2008 yılına ait 3008 haberin/yazının bulguları şu şekildedir:

A. Betimleyici Unsurlar

1. Haberin/Yazının Yayımlandığı Yer

Haberin/yazının yayımlandığı yerler incelendiğinde, 3008 haberin/yazının 1777'si *Kelebek* ekinde (%59,1), 981'i *Hürriyet* gazetesinde (%32,6), 137'si *Hürriyet Pazar'da* (%4,6), 107'si *Hürriyet Cumartesi*'de (%3,6), sadece 6'sı da *Hürriyet Cuma*'da yayımlanmıştır.

Kelebek ekinde yayımlanan haberler/yazılar, toplamın %60'ını oluşturmaktadır. Bu oranda, *Kelebek* ekinde özel konu sayfalarının olması ve bu özel konu sayfalarında yer alan çok sayıda spotun etkisi büyüktür.

2. Haberin/Yazının Yayımlandığı Tarih

Yayımlanan haberlerin/yazıların aylık dağılımlarının genel olarak birbirine yakın olduğu söylenebilir. Mart, Nisan ve Mayıs aylarındaki ortalamanın diğer aylara göre daha fazla (Mart, 294; Nisan, 339; Mayıs, 325) olduğu gözlemlenmektedir.

Mart ayından itibaren, yaklaşan yaz ayları nedeniyle kış boyunca kilo alındığı, bu kiloların yazın plajlarda estetik görünmeyeceği, bu nedenle diyet yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır. Diyete ek olarak, "zayıflamaya", "incelmeye", "forma girmeye" yardımcı, cerrahi olmayan estetik girişimler de öneriler arasında bulunmaktadır. Araştırmanın kapsamı dışında bırakılan reklamlar, bu haberlerin/yazıların olduğu sayfalarda eşzamanlı olarak, ürün, cihaz ve klinik reklamları artmaktadır.

Bitmek üzere olan mevsimin, birey üzerinde olumsuz etki yarattığı, "tüketilenin kötü özellikleri olduğu", yeni başlayan mevsimin yeni olanaklarla geldiği; bu nedenle her yeni mevsimde neler yapılması, hangi ürünlerin kullanılması, neler yenilmesi gerektiği önerilerinin özellikle mevsim geçişlerinde yapıldığı gözlenmiştir.

Mart-Nisan-Mayıs periyodunda da çok sayıda mevsimsel öneri bulunmaktadır:

"Yaz tatiline çıkmadan önce" (*Kelebek,* 04.04.2008, s.19), "Kışa hazır mısınız" (*Kelebek,* 15.10.2008, s.4), "Kış ciltlerinden arınma zamanı" (*Kelebek*, 05.04.2008, s.13), "Yazın en dikkat çekici bölgesi: Popo" (*Kelebek*, 12.04.2008, s.13), "Doğal bronzluğa doğru" (*Kelebek*, 26.04.2008, s.13), "Bikini için geri sayım" (*Kelebek*, 28.04.2008, s.11), "Yaza hazırlanırken" (*Kelebek*, 25.05.2008, s.19), "Ne kadar bronzsanız deriniz o kadar hasarlı" (*Hürriyet Cumartesi*, 24.05.2008, s.25).

Aynı zamanda, Türkiye'de yaz aylarında yapılan düğünlerin artması nedeniyle, Mart-Nisan-Mayıs döneminde, düğün hazırlıklarıyla bağlantılı, daha çok estetik amaçlı haberlerin/yazıların yer aldığı söylenebilir:

"Özel günlere beş kala" (*Hürriyet Cumartesi*, 15.03.2008, s.15), "Türk kaslarını eritme zamanı" (*Hürriyet Cumartesi*, 19.04.2008, s.23), "Yeni evleneceklere gelin hamamı" (*Kelebek*, 31.05.2008, s.13).

Temmuz, Ağustos aylarında sıcak havalarla bağlantılı hastalık, beslenme, dikkat edilmesi gereken konular, diğer sağlık konularının yanı sıra yer bulmaktadır:

"Yaz alerjisine dikkat" (*Kelebek,* 07.07.2008, s.11), "Yazın bunlara ara verin" (*Hürriyet Cumartesi*, 05.07.2008, s.13), "Yaz yanlışları" (*Hürriyet Pazar*, 20.07.2008, s.17), "Sıcak havalar depresyon nedeni olabilir" (*Kelebek*, 18.08.2008, s.8).

Yine aynı aylarda, tatil dönemi olması nedeniyle, tatil, güneş, bronzlaşma ile ilgili haberler/yazılar bulunmaktadır:

"Sorunsuz bir yaz tatiline hazırlanın" (*Hürriyet Pazar,* 06.07.2008, s.17), "Regl tarihine tatil ayarı" (*Hürriyet Cumartesi,* 12.07.2008, s.12), "Ünlülerin plaj mönüsü" (*Kelebek*, 22.08.2008, s.13), "Tatil dönüşü depresyona girmeyin!" (*Kelebek,* 25.08.2008, s. 9).

Ayrıca güneşten korunma, bronzlaşmanın tehlike ve sonuçları ile iş yoğunluğunun daha az olacağı gerekçesiyle, bireylerin gündemine alınabilecek estetik operasyon önerileri yaz aylarının artan haberleri arasındadır:

"Yazın estetik olsak mı olmasak mı" (*Kelebek*, 17.07.2008, s.11), "Selülitsiz yaz için ipuçları" (*Hürriyet Pazar*, 10.08.2008, s.14), "Yaz mevsiminde cilt yaşlanması hız kazanıyor" (*Kelebek*, 09.07.2008, s.7), "Güneş lekeleri artık dert değil" (*Kelebek*, 18.08.2008, s.8), "Saçlarda güneş sonrası parlaklık" (*Kelebek*, 25.08.2008, s.9).

Yaz aylarının sonuna gelindiğinde, örneğin Eylül ayında tatil sonrası önerilerine de yer verilmektedir:

"Tatil sonrası kendinizi değiştirmeye hazır mısınız" (*Kelebek*,

01.09.2008, s.9), "Tatil dönüşü bakım tüyoları" (*Kelebek*, 27.09.2008, s.11).

2008 yılında, Ramazan ayı Eylül ayına rastladığından, oruç ve oruca bağlı gelişebilecek sağlık sorunları ile bayramda beslenme önerileri de haber sayısının artmasına neden olmuştur:

"Oruç tutarken ağız kokusuna dikkat" (*Kelebek*, 19.09.2008, s.5), "Ramazanda kabızlık artabilir" (*Kelebek*, 23.09.2008, s.4), "Sporcular için oruç" (*Kelebek*, 24.09.2008, s.4), "Bayramda nasıl beslenmeliyiz" (*Kelebek*, 30.09.2008, s.4), "Bayramda diyet bozulur mu" (*Kelebek*, 30.09.2008, s.4).

Özetle, haberin yayımlandığı tarih, sağlık ve sağlığa ilişkin bilgilendirme ve önerilerin miktar ve içeriğini de değiştirmektedir.

3. Haberin/Yazının Yer Aldığı Sayfa

Haberin/yazının yer aldığı sayfalar birinci sayfa, iç sayfalar, özel konu sayfası ve ekonomi sayfaları olarak ayrılmıştır. Tüm sayfalar içinde %68.3'ünün (3008/2055) özel konu sayfalarında yer aldığı görülmüştür.

Birinci sayfadaki sağlık haberleri *Hürriyet* gazetesinde yer almaktadır. Bir yıl boyunca birinci sayfada verilen sağlık haberinin sadece 5 ile sınırlı olması çok dikkat çekicidir. Sağlık konusunda birinci sayfada haber yapılması daha çok skandal, olağanüstü bir durum halinde olmaktadır.[55] Bu da Türkiye'de skandal veya olağanüstü bir durum dışında, sağlığın birinci sayfada yer alacak kadar önemli bir konu olarak görülmediğini göstermektedir.

İç sayfa olarak adlandırılan haberler/yazılar, özellikle *Hürriyet* gazetesinde daha fazla yer bulmaktadır (3008/841).

Özel konu sayfaları %68,3 (3008/2055) oranı ile büyük bir yoğunluğa sahiptir. *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde, özel konu sayfaları olarak, *Yaşam Reçeteleri – Prof. Dr. Osman Müftüoğlu ve Yaşasın Hayat Ekibinden, Güzellik Halleri – Nilüfer Pazvantoğlu, Estetik ve Güzellik – Dr. Nuri Soysal* ve *Mesude Erşan'nın* özel bir başlığı olmayan sayfası yer almaktadır.

Ekonomi sayfaları, *Hürriyet* gazetesinde yer almaktadır ve sağlık konularına %3,6 (3008/107) oranında yer verildiği görülmektedir. Ekonomi sayfalarında sağlık konusuna yer verilmesi; konunun sosyal bir

55. Türkiye'de 2010 yılında, H1N1 Pandemi ya da bilinen adıyla "domuz gribi" salgını nedeniyle, çok sayıda sağlık haberi ilgili dönemde birinci sayfada yer almıştır. Bakanlık açıklamaları, doktor görüşleri, ölen kişi sayıları, korunma yolları birçok gazetenin, birinci sayfadan itibaren yer verdiği konular haline gelmiştir.

mesele olmasının yanında, ekonomik bir mesele olarak da ele alındığının bir göstergesi olarak ifade edilebilir.

Ekonomi haberleri içinde sağlık konusuna 12 aylık dönem içinde 107 kez yer verilmiştir. Ekonomi haberlerinin yer aldığı tarihler incelendiğinde, Nisan (14), Mayıs (16) ve Temmuz (22) aylarında diğer aylardan daha fazla haber yapıldığı görülmüştür. Nisan ve Mayıs aylarında tüm haberlerde/yazılarda bir yoğunluk olduğu, bu nedenle ekonomi haberlerinde de artış olduğu düşünülmekte; haberlerin içeriği açısından yoğunluğun özel bir anlamı olduğu düşünülmemektedir.

Ekonomi haberleri kendi içlerinde sınıflandırıldığında; ilaç sektörü, özel hastane ve klinikler, kozmetik, yasal düzenlemeler ve sağlık sigortaları konularına ağırlık verildiği görülmektedir.

Ekonomi haberlerinin ağırlık verilen konularında bazı başlıklar sıralanabilir: "Eczacıbaşı, vitamin ve nükleer tıp atağına geçti" (*Hürriyet*, 14.05.2008, s.10), "İlaçta 'Boston modeli' öne çıktı, 900 milyon dolarlık şans göründü" (*Hürriyet*, 19.04.2008, s.19), "Deva: 5 yeni ilaç fabrikası kuruyoruz" (*Hürriyet*, 26.04.2008, s.22), "Ufukta istikrarı gördü, üretimi artırma kararı aldı" (*Hürriyet*, 19.07.2008, s.14), "Göz sağlığı"nda 39 milyar dolarlık evlilik" (*Hürriyet*, 08.04.2008, s.10), "Şafak Hastanelerini aldım sattım bilmecesi" (*Hürriyet*, 07.05.2008, s.13), "Özel hastanelere %30 fark yeter" (*Hürriyet*, 06.07.2008, s.9), "Fiyatlar düştü, kozmetik pazarı 2 milyar liraya ulaştı" (*Hürriyet*, 18.05.2008, s.28), "Doktor tam günle haftada 40 saat çalışacak" (*Hürriyet*, 30.04.2008, s.10), "İlaç alım protokolü için imza atıldı" (*Hürriyet*, 11.07.2008, s.11), "Genel sağlık sigortasının getirdikleri" (*Hürriyet*, 05.05.2008, s.12).

4. Haberin/Yazının Türü

Yayımlanan haberin/yazının türü haber, köşe yazısı ve spot olarak belirlenmiştir. Özel konu sayfalarında çok sayıda spot olması nedeniyle, spotlar %50,8 (3008/1527) ile en yüksek orana sahiptir.

Özel konu sayfalarında spotların yanı sıra, yazarların isimleriyle de anılan sayfaların sahiplerinin birer köşe yazısı olması, toplamdaki köşe yazısı oranını yükseltmekte, %20'lere (3008/591) yaklaştırmaktadır.

5. Sağlık Konusunda Yazan Yazarlar

Sağlık konusunda en sık yazan yazarlar sıralanmadan önce, kriter olarak bir köşe yazarının 12 aylık dönem içinde en az 5 kere sağlık ve sağlığa ilişkin konularda köşe yazısı yazmasının belirlendiği belirtilmelidir.

Osman Müftüoğlu, Hürriyet gazetesi ve eklerinde en sık yer alan (%10) köşe yazarı olarak ifade edilebilir. Diğer en sık sağlık ve sağlığa ilişkin haber/yazı yazan köşe yazarları, *Nilüfer Pazvantoğlu, Mesude Erşan, Nuri Soysal, Ayşe Arman, Şükrü Kızılot, Yalçın Bayer*'dir.

Özel konu sayfası yazarlarından farklı olarak, *Osman Müftüoğlu*'nun özel konu sayfası *Yaşam Reçeteleri*, sadece eklerde değil *Hürriyet*'te de yer almaktadır. Ana gazetenin eklere göre okunurluğu ve ciddi bulunurluğu düşünüldüğünde *Yaşam Reçeteleri*'nin daha çok okuyucuya ulaştığı söylenebilir. Özel konu sayfasındaki spotlar ve köşe yazılarındaki oranlar göz önünde bulundurulduğunda *Osman Müftüoğlu*'nun, *Hürriyet* gazetesi ve ekleri için, sağlıklı yaşam önerileri veren ve yönlendiren bir özelliği olduğu söylenebilir.

6. Başlığın Cümle Yapısı

Hürriyet gazetesi ve eklerinde yer alan başlıkların büyük oranda cümle biçiminde hazırlandığı görülmüştür. Düz cümle olarak hazırlanmış başlıkların oranı %80,3'dür (3008/2415). Kısa ve öz başlıklar çoğunlukla gazetenin kendisinde yer almaktadır.

Başlıkların % 20'sinin (3008/593) soru cümlesi olarak hazırlanması dikkat çekicidir. Sorular, bireylerin sağlıkla ilgili bir konuda doktor/uzmana ya da yakınlarına soracakları/sordukları sorulara benzemektedir. Haberlere/yazılara çok daha farklı başlıklar verilebilecek olmasına rağmen; bireylerin herhangi bir konuyu merak ettikleri düşüncesinden hareketle, başlıklar soru olarak hazırlanmış; haberin/yazının devamı da bu sorulara cevap veriyormuş gibi yazılmıştır.

Türkiye'de doktor ya da sağlık profesyonelleri ve hasta arasındaki iletişimin sınırlı bir biçimde gerçekleşmesinden ötürü; hastanın soramadığı, aklında kalan çok sayıda soru bulunmaktadır. Soru cümleli başlıklarla, benzer soruların varlığı düşünülerek; dikkat çekmek ve "sorulmamış" ve "cevaplanmamış" konuları ortaya koymak amaçlanmıştır denilebilir.

Hastaların "sesi olan" başlıklar, konuşmanın içinden alınmış gibi ve uzundur. Bunun yanı sıra başlıkların dil bilgisi kuralları dikkate alınmadan yazılması dikkat çekicidir. Çalışmada haberlerle/yazılarla ilgili örnekler, herhangi bir düzeltme yapılmaksızın aynı şekilde yazım ve imla hatalarıyla sunulmuştur.

7. Görsel Malzeme Kullanımı

Haberde/yazıda görsel malzeme %81,9 (3008/2464) oranında kullanılmıştır. Kullanılan görseller fotoğraf olarak seçilmiş; çok nadir çizimlere yer verilmiştir.

Görsel malzeme kullanımı yaygın olmasına rağmen; özellikle özel konu sayfalarında kullanılan görüntüler, çoğunlukla konu ile ilgili olmayan arşiv görüntüleridir.

8. Görsel Malzemenin Konuyla İlgisi

Görsel malzemenin doğrudan konu ile ilgili olması ve ilgisiz olması oranları birbirine yakındır. İlgili olanların oranı %42,7'yken (3008/1284), ilgisiz olanlar %39,4'tür (3008/1180).

İç sayfalarda yer alan haberlerde kullanılan görseller çoğunlukla doğrudan konu ile ilgilidir. İç sayfadaki görüntülerin, haber amacıyla çekilmiş fotoğraflardan oluşmasının, çoğunlukla spotlarda rastlanan ilgisiz görselleri dengelediği söylenebilir.

Görsel kullanımda, habere/yazıya konu olan kişilerin fotoğrafının yer almasının yanı sıra, bazı başlıklarla kullanılan görseller arasında uyum arandığı görülmüştür (Görsel 1):



Kelebek, 30.04.2008,s.4.



Kelebek, 10.07.2008, s.4.



Kelebek, 12.06.2008, s. 4.

Görsel 1

Konu sayfalarında, görsel malzemelerin konuyla doğrudan ilgili olma oranı %42.7'dir. Özel konu sayfalarında kullanılan fotoğrafların, daha çok arşiv görüntülerinden oluştuğu düşünülmektedir. Özellikle *Yaşam Reçeteleri* özel konu sayfasında, âdeta özel çekim yapılmış arşiv görüntülerinin, dönüşümlü olarak kullanıldığı görülmüştür. Kullanılan fotoğraflardaki görüntülerin bazılarının, aynı kişiler ve aynı kıyafetler-

le çekilmiş, farklı pozlarından oluşmakta olduğu; farklı haberler için kullanılan bazı fotoğrafların ise başka arşivlerden elde edildiği düşünülmektedir.

Örneğin tiroid hastalıkları ile ilgili farklı zamanlar yapılan haberde/yazıda aynı görsel kullanılmaktadır. Haziran, Temmuz ve Ağustos ayında, tiroid hastalıklarıyla ilgili kullanılan görsele, aynı konu ile farklı aylarda da rastlanmıştır (Görsel 2):



Kelebek, 12.06.2008, s.4.



Kelebek, 08.07.2008, s.4.



Kelebek, 18.07.2008, s.4.



Kelebek, 12.08.2008, s.4.

Görsel 2

Tiroid hastalıkları gibi kalp hastalıkları, özellikle kalp krizi ile ilgili de aynı görsel kullanılmaktadır (Görsel 3):


Kalp kontrolü nasıl yapılıyor

Kelebek, 07.08.2008, s.4.


Kalp krizinin tekrarı önlenebiliyor

Kelebek, 16.07.2008, s.4.


Kalp krizini önleyebilirsiniz

Kelebek, 27.03.2008, s.4.

Görsel 3

Aynı ya da benzer hastalık için aynı görselin kullanılması yanı sıra, farklı hastalıklara ilişkin haberde/yazıda da tek bir görselin kullanıldığı görülmüştür (Görsel 4, Görsel 5):


Adet ağrıları

BİR BİLGİ

Kelebek, 18.03.2008, s.4.



Kelebek, 26.09.2008. s.4.


Midede yangın var

Kelebek, 03.12.2008, s.4.

Görsel 4


Vajinal kuruluk azaltılabilir mi

Kelebek, 26.03.2008, s.4.


Klamidya enfeksiyonları yaygınlaşıyor

Kelebek, 15.08.2008, s.4.


Kadınlarda idrar kaçırma sorunu daha sık

Kelebek, 23.09.2008, s.4

Görsel 5

Özel konu sayfalarında kullanılan görsellerin bazılarının ise, başlık ve metin ile ilgisi yoktur (Görsel 6, Görsel 7):



Kelebek, 10.01.2008, s.4.



Kelebek, 22.01.2008, s.4.



Kelebek, 23.01.2008, s.4.

Görsel 6



Kelebek, 19.12.2008, s.13.



Kelebek, 03.10.2008, s.13.

Görsel 7

Belirtildiği gibi, haberinin/yazının bir görsel eşliğinde verilmesine dikkat edildiği görülmektedir. Özellikle özel konu sayfalarında, sayfanın çeşitliliğinin sağlanması için bir arşiv hazırlandığı; ancak görsellerin seçiminde, bu arşivden ilgili veya ilgisiz seçimler yapıldığı düşünülmektedir. Bir okuyucunun, aynı görsellerin farklı haberler için kullanıldığını fark etmesi hemen hemen olanaksızdır.

9. Haber Dilinin Kesinliği

Haber dili incelendiğinde, haberlerin %83,7'sinin (3008/2518) kesin bir dille yazıldığı görülmektedir:

> Kemik iliği için 3 bin kişi sırada
>
> Türkiye'de her yıl yaklaşık 3 bin kişinin kemik iliği nakli için sıra beklediği, yarısının ise sıra beklerken can verdiği açıklandı. Bayındır Hastanesi Hematoloji ve Kemik İliği Nakli Bölüm Başkanı Doç Dr. Süleyman Dinçer, kemik iliği nakil merkezlerindeki yatak ve uzman hekim sayısı yetersizliği nedeniyle her yıl binlerce kişinin kemik iliği nakli yaptıramadığını söyledi. Doç. Dr. Dinçer, yılda sadece 600-700 hastaya nakil yapılabildiğini, nakil yapılamayan hastaların alternatif tıbbi tedavilerle ömürlerinin uzatılmaya çalışıldığını vurguladı. Türkiye'de bir hastanın yaklaşık 1 yıl kemik iliği nakli için sırada beklediğine dikkati çeken Doç. Dr. Dinçer, "bekleyen hastaların yarısı, bu süreçte hayatını kaybediyor" dedi.

Muğlak ifadeler yerine kesin bir dilin kullanımı, sağlık ve sağlıklı yaşam önerileri açısından önem taşımaktadır. Kesin dilin kullanımının ardında, tıbbi otorite figürü olan doktorların kullandığı dilin etkisi olduğu söylenebilir. Doktorların tıbbi bilgiyi elinde bulundurma güçleri nedeniyle daha kesin ifadeleri kullanmaları haberlere/yazılara da yansımaktadır. Kesin ifade ve tıbbi terimler kullanılarak anlatılan konuların daha ciddiye alındığı düşünülmektedir. Ayrıca medyada doktor ya da sağlık profesyoneli olmayan kişilerin de tıbbın otoriter dilini kullandığı ve konuşmalarında tıbbi terimleri kullandıkları söylenebilir.

10. Haber Dilinin Ciddiliği

Dilin kesinliğine karşın, ciddi olma ve magazinellik oranlarının birbirine yakın olduğu söylenebilir. Haber dilinin ciddiliği %58.4 (3008/1756), magazinelliği %41.6 oranındadır (3008/1252).

Kesin bir dille anlatılan sağlık konularının, maganizel bir dille anlatıldığında okuma ve akılda kalma oranının daha yüksek olacağı düşüncesiyle, magazinel dilin tercih edildiği söylenebilir.

Buradaki tehlike, sağlık ve hastalık konusunun ciddi riskleri olabileceğinin gözden kaçırılabilme olasılığıdır. Tirajı yüksek bir gazetede tıbbi bilgilerle donanmış bir sağlık söyleminin okuyucular tarafından benimsenmeyeceği aşikârdır. Ancak ciddi risklerle karşılaşılabileceği gerçeği de unutulmamalıdır.

11. Uzmana Yönlendirme

Haberde/yazıda uzmana yönlendirmenin varlığı incelendiğinde, %89,6 (3008/312) oranında bir doktora ya da uzmana yönlendirme yapılmadığı; yönlendirme yerine bireyselleştirilmiş ifadelerle bireylerin "kendi kendilerinin doktoru" olmaları beklendiği görülmektedir.

Birçok ciddi hastalık veya besin takviyeleri ve benzeriyle ilgili haberde/yazıda "doktorunuza danışın" yönlendirmesinin olmaması; okuyucuların yaş, cinsiyet, genetik faktörleri veya yaşam koşulları göz ardı edilerek, tek bir bireye öneride bulunuluyormuş gibi haber yapılması; bireylerin yanlış yönlenmesi veya bilgilenmesi sonucunu doğurabilir.

12. Uzman Görüşü

Haberde/yazıda uzmana yönlendirme olmamasına rağmen, %47,2 (3008/1420) oranında uzman görüşünün olması dikkat çekicidir.

Gazetedeki haberlerde uzman görüşleri, haberle ilgili olarak görüş bildiren kişilerken; özellikle *Yaşam Reçeteleri* özel konu sayfasında yer alan spotlarda, Prof. Dr. Osman Müftüoğlu ve *Yaşasın Hayat* ekibi olarak ifade edilen ekip üyelerinin fotoğrafları ve isimleriyle yer alan uzmanların sağlık önerileri bulunmaktadır.

Yine 12 aylık dönem incelendiğinde, bir uzmanın ismiyle birlikte yer alan spotun, başka bir zaman diliminde, bir başka spotta yer aldığı durumlar olduğu görülmüştür.

Haberlerin/yazıların genel betimleyici niteliklerinin yanı sıra bazı kategorilerin nitelikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi anlamlı bulunmaktadır.

B. Sorgulanan Temel Kavramlar

1. Tıbbileştirme

Kitabın amaçlarından biri olan kavramların işlemselleştirilmesinde gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sadece daha önce hastalık olarak kabul edilmeyen durumların hastalık olarak kabul edilmesi değil; gündelik yaşamın gün geçtikçe artan alanının tıbbileştirilmeye çalışmasının önemi açısından haberde/yazıda tıbbileştirmenin varlığı analiz edildiğinde, 3008 haberin %25,9'unun (778) tıbbileştirilmiş olması, tıbbileştirilen alanın gün geçtikçe genişlediğini göstermektedir.

"Sağlıklı yaşam endüstrisi"nin aktörleri olan ilaç endüstrisi, tıbbi teknoloji üretenler, özel hastane ve klinikler, kozmetik endüstrisi, sağlık sigortalarının desteği ile gündelik yaşamın sağlıkla ilgili ve doğrudan

sağlıkla ilgili olmayan alanları tıbbileştirilmektedir. Yaşamın tüm alanları kontrol altına alındıkça bireylere hareket olanağı sadece kendilerine sunulan alanlarda ve sunulduğu biçimde gerçekleşmektedir.

Tıbbileştirmenin beraberinde getirdiği bir başka kavram normalleştirme/standartlaştırmadır. Bireyler, tansiyonları, kolesterol düzeyleri veya beden ölçüleriyle standartlaştırılmaktadır. Bu sayede bedenlerin denetimi daha kolay yoldan sağlanabilmektedir. Ayrıca tıbbileştirilen gündelik yaşamla, kozmetik ile ilgili konuların da tıbbileştirildiği ve tıbbın da kozmetikleştirildiği söylenebilir.

Tıbbileştirme ve beraberinde gelen standartlaştırma/normalleştirme ve tıbbın kozmetikleştirilmesi, kozmetiğin tıbbileştirilmesi ile ilgili *Hürriyet gazetesi ve eklerinde* yayımlanan haberlerden/yazılardan örnekler, ilerleyen sayfalarda, ilgili kategorilerde detaylandırılarak analiz edilmiştir (Bkz. Yaşam Tarzı Önerileri s. 170-195).

2. Bireyselleştirme

İşlevselleştirilen kavramlardan diğeri ise bireyselleştirmedir. Sağlık sorunsalı bireyselleştirilmekte; bireyin sorumluluğu olarak gösterilmektedir. Günlük ödevlerle sağlığını koruma ve geliştirme durumunda bırakılan bireye yönelik haberlerin/yazıların oranı %31,9'dur (3008/961).

Bilgi edinmek, edindiği bilgileri değerlendirmek, seçmek ve kullanmak; hastalıklardan korunmak; tedavi yol ve yöntemlerini bilmek ve uygulamak ve çok sayıda sağlık konusu bireyin sorumluluğu olarak gündeme getirilmektedir. Bireye, tıpla bağlantılandırılmış, beslenme, egzersiz, estetik gibi konularda bireyselleştirilmiş bilgiler sunulmaktadır. Bireyin bu bilgi bombardımanı içinde tüm bilgilerden gerektiği şekilde yararlanması neredeyse olanaksızdır.

Bireye sunulan tüm sağlık bilgilerine rağmen, sağlık sorunsalının sadece bireyin sorumluluğunda olmadığı gerçeği görünmez kılınmaktadır. Sağlık sadece bireyin sorumluluğu değildir. Bireylerin yaşadıkları toplumlarda, ilgili makamlar, bireylerin sağlıklı koşullarda yaşamlarını sürdürmeleri için gerekli düzenlemeleri yapmak durumundadır.

Örneğin bireyleri kansere karşı bilinçlendirmek amacıyla "kanserden koruyucu etkisi nedeniyle nar tüketmesi gerekliliği" bilgisi verilirken, yüksek radyasyon yayan verici, anten ve benzerlerinin varlığının sağlığa etkileri sorgulanmamaktadır. Aynı şekilde sağlıklı besinlerden söz edilmesine rağmen hormonlu, genetiği değiştirilmiş besinler rafları doldurmaktadır. Bireyin bahsedilen konularla bireysel olarak mücadele etmesi çok güçtür. Birey kendine verilen "yap, yapma" listelerinin

altında yok olmakta; gerçekleştiremediği durumlarda hayal kırıklığına uğrayabilmektedir.

Tıbbileştirme ile ilgili örneklerde olduğu gibi, *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde yayımlanan haberlerdeki/yazılardaki bireyselleştirme ile ilgili örnekler de ilerleyen sayfalarda, ilgili kategorilerde detaylandırılarak analiz edilmiştir (Bkz. Yaşam Tarzı Önerileri s. 170-195).

C. Yaşam Tarzı Önerileri

1. Beslenme, Diyet, Vitamin ve Besin Takviyeleri

Sağlıklı beslenme, yaşam tarzı sunumlarında önemli bir yere sahiptir ve beslenme önerilerinde her geçen gün artış yaşanmaktadır. Bu nedenle 12 aylık dönem içinde beslenme, diyet, beslenme alternatifleri, besin ve vitamin takviyesi ile ilgili yapılan haberler incelenmiştir. Yayımlanan haberlerin/yazıların %33,1'inde (3008/996) beslenme, diyet ve diğer beslenme önerilerinin yer aldığı görülmektedir.

Beslenme ile ilgili haberlerdeki/yazılardaki artışın arka planından söz etmek yerinde olacaktır. Nüfus artışı sonucu üretimin yetersiz kalması nedeniyle, doğal tarım yöntemleri terk edilmiştir. Hormon ve hızlı büyümeyi sağlayan diğer yöntemlerle yetişen; olgunlaşmamış ve genetiği değiştirilmiş sebze ve meyvelerin, bedenlere uzun vadede verdiği zarara ilişkin bulgular ve endişeler nedeniyle "doğal olana dönüş" başlamıştır. Böylece, "organik ürünler" pazarı kendine tekrar ve daha değerli bir yer edinmiştir.

Ancak terk edilen geleneksel yöntemlerle tekrar üretim yapılması, gerçekten sağlıklı ürünlere ulaşılması, geçmişten daha pahalıya mal olmaktadır. Organik ürün ve doğal ürünün değeri tekrar artınca, fiyatlar yükselmiş; organik olduğu iddia edilen ama organik olmayan ürünler de bu pazarda yerini almıştır.

Ayrıca sağlıklı olduğu gerekçesiyle, gerçekten organik olan ve olmayan bu ürünlere gereğinden fazla bedel ödendiği de söylenebilir. Günümüzde, özellikle organik ürünlerin "sertifikalı" olması, bu ibarenin üründe yer alması; organik olduğu belirtilen sebze ve meyveler için, bu sertifikaların gösterilmesi gerektiği, çok az birey tarafından bilinmektedir.

Modern yaşamın gereklilikleri düşüncesiyle terk edilen geleneksel yemekler, "sağlıklı" oldukları fark edilerek yeniden sofralarda yerlerini alırken; yine modernlik gerekçesiyle terk edilen, pişirme yöntem ve araç gereçleri de tekrar gündeme gelmiştir. Örneğin hazır çorba ve benzeri ürünlerin, pratik ve lezzetli olduğu düşüncesi ile pazar payları

artmıştır. Buna karşın son zamanlarda, hazır çorbaların içerdiği katkı maddeleri nedeniyle; geleneksel lezzetler, "tarhana" çorbaları, sağlıklı olduğu düşüncesiyle yeniden keşfedilmiştir.

Bunların yanı sıra, "doğal olana dönüş" nedeniyle, doğadan gelen her şeyin sağlık için faydalı olduğu düşüncesi yaygınlaşmıştır. Doğadan gelen her şey faydalı olmadığı gibi, bu ürünlerin nerede, ne zaman, hangi koşullarda toplandığı ve nasıl saklandığı da faydalı olması konusunda belirleyicidir. Ancak, bu konunun da toplumun büyük bir kesimi tarafından bilinmemesi nedeniyle; aktarlar, doğal ürünler sattığını söyleyen kişi ve kuruluşların sayısı ile birlikte, bilinçsiz tüketim de artmaktadır. Medyada görülen, iyi ve faydalı olduğu söylenen hemen her ürün, hızla aktar ve benzeri yerlerden temin edilmekte ve tüketilmektedir. Zaman zaman, ne olduğunun bile bilinmediği, egzotik meyve veya yemişlerin, onlarca hastalığa iyi geldiği yazılarak, satış rekorları kırdığı söylenebilir. Bu "her derde deva" ürünler, özellikle medyada, ünlü kişiler tarafından tavsiye edildiği veya kullanıldığı takdirde, pazar paylarını ve kârlılıklarını artırmaktadır.

Beslenme önemli bir konu başlığı olarak medyada yerini alırken, beslenme önerilerinin de tıbbileştirildiği görülmektedir. *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde yer alan beslenme önerilerinin tıbbileştirilme oranını incelemek önemlidir. Tıbbileştirilmiş beslenme önerilerinin oranı % 49,9'dur.

Beslenmenin giderek tıbbileştirilmiş bir alan haline getirilmesinin, gündelik yaşam alanlarının denetimini artırdığı söylenebilir. Tıbbi sosyal kontrol, daha fazla alanın tıbbileştirilmesi ile daha kolay gerçekleşebilmektedir. Beslenme gibi temel bir ihtiyaç üzerinden tıbbi sosyal kontrolün varlığı, görünmezliğini de korumasına olanak sağlayacaktır.

Beslenme önerileri içinde diyet yapmak, gündelik yaşamın bir parçası haline getirildiğinden, gündelik yaşam içinde beden kitle indeksi, metabolizma hızı, yağ oranı, kalori hesabı ve benzeri kavram ve terimlerin kullanım sıklığının arttığı söylenebilir. Bilgilenmek ve bilinçlendirmenin ötesine geçen tıbbileştirilen beslenme bilgileri, bazı durumlarda hayatı zorlaştırabilmekte bazı durumlarda ise yanlış davranışları öğrenmeye sebep olabilmektedir. Gündelik yaşamı zorlaştıracak tıbbileştirmenin ötesinde formülleştirilmiş beslenme bilgisi oldukça ilgi çekicidir:

İçki şişmanlatır

Alkollü içeceklerin tümünün önemli birer kalori kaynağı olduklarını unutmayın. Kilo sorunu olan biriyseniz, kalorileri sayarken hesabınızın

içine, mutlaka alkolden gelen kalorileri de katın. Bunun için ya bazı alkollerden gelen kalori miktarını ezberleyecek (1 bardak şarapta yaklaşık 100, 1 tek rakıda 250 kalori olduğunu bileceksiniz) ya da aşağıdaki formülden istifade edeceksiniz.

İçtiğiniz alkol miktarı x alkolün derecesi (proof) x 0.8/30

Bu hesaba göre alkol derecesi 80 olan 50 ml (1/4 bardak) votkada: 50 x 80 x 0.8/30=106 kalori olduğunu kolayca bulabilirsiniz.

Eğer kilo vermeye çalışan ve bu nedenle her yiyeceğin, içeceğin kalorisini hesaplayan biriyseniz, en doğrusu alkollü içeceklerden uzak durmanızdır (Kelebek, 03.01.2008, s. 4).

Spotta yer alan bilgiler arasında yiyecek içeceklere ait kalori bilgisi, ancak bu konuda uzmanlaşmış kişilerin bileceği bir konudur. Bireylerin gündelik yaşamları içinde, her bir besine ait kalori bilgisine sahip olması, hemen hemen imkânsızdır.

Ayrıca verilen bilgilerin anlaşılması, akılda tutulması veya uygulanabilmesi kolay değildir. Spotta verilen formül, metinde yazdığı kadar kolayca ezberlenemeyecek ve hesaplanamayacak türden bir özellik taşımaktadır. Bireylerin hayatını kolaylaştırmak gerekçesi ile verilen bu bilgilerin kullanılması ise çok zor görünmektedir.

Beslenmenin tıbbileştirilmesi konusunda verilebilecek bir diğer örnek, 09.01.2008 tarihli *Kelebek* ekindeki "Ateş basmaları ve terlemeleriniz fazlaysa" başlıklı spottur:

Fitoöstrejenlerden yararlanın: Fitoöstrejenler, bedeninizde zayıf etkili östrejenler gibi davranır. En önemli iki fitoöstrejen "lignan" ve "isoflavon"dur. Lignan özellikle keten tohumunda bulunur. Öğütülmüş keten tohumunu tahıllara, ekmeğe ya da diğer gıdalara katarak tüketebilirsiniz. Fındığı anımsatan güzel tadı da yediklerinize lezzet verecektir.

İsoflavon öncelikle soyada bulunur. Soyalı ürünler, düşük düzeyde doymuş yağ içerdiklerinden kalbiniz için de yararlıdır. Damar sertliğine yol açan "kötü huylu kolesterol" yani LDL'yi yükseltmez. Kırmızı etten yapılmış hamburger yerine soya kıyması kullanılmış olanını ya da patates cipsi yerine kavrulmuş soya fasulyesini tercih etmeniz kalp sağlığınız açısından daha iyi bir seçimdir.

Sebze ve meyvelere ağırlık verin: Sebze ve meyveler, kalbe yararlı antioksidan kaynağıdır. Düşük kalorili olduklarından tokluk duygusu yaratıp kilo aldırmazlar.

Metinde çok sayıda tıbbi terime yer verilmektedir. Sağlıklı ve dengeli beslenme önerisi yapılmasına karşın fitoöstrojen, isoflavon, LDL gibi okuması ve anlaması güç terimlerden yararlanılmaktadır. Soyanın diğer besinlerden daha faydalı olduğu izlenimi tıbbi terimlerin kullanıl-

ması ile verilmektedir. Bir birey keten tohumu tüketecekse, bunu içinde bulunan "lignan" nedeniyle değil; sevdiği için ya da daha somut bir fayda için yapacaktır.

Tıbbileştirilen beslenme önerilerinin yanı sıra zayıflama ve diyet önerilerinin sıklığı nedeniyle tekrarlanan ve bilinçsizce yapılan diyetler nedeniyle *anoreksiya* (kişinin devamlı iştahsız olması, beden üzerinde bir kontrol yöntemi ve özgürlük isteği) veya *bulimia* (kişinin yediklerini kusarak istenmeyen kalorilerden kurtulmaya çalışması) gibi hastalıklarla da karşılaşmaya başlanmıştır.

Ayrıca "gözde" diyet listeleri, çeşitli yollarla bireyden bireye ulaşırken; diyet isimleri de liste başı olmak için âdeta yarışmaya başlamıştır.[56] Sağlık, formda olmak, zindelik ve gençlik sunumları, genellikle yiyecek ürünlerinin reklamlarıyla birleştirilmektedir. Yiyecek reklamlarında, son yıllarda, katkı maddesi olmadığı, kolesterol düşürdüğü, kalp sağlığına iyi geldiği mesajlarının ve diyet ürünlerin reklamlarının arttığı söylenebilir. Aynı zamanda, çocukların tüketimine sunulan bir çok ürüne özellikle annelerin itirazı olabileceği düşüncesiyle, "vitaminli" mesajlarının eklenmesi dikkat çekicidir.

Bunların yanı sıra, modern tıbba duyulan şüphe ve ilaçların vereceği zarar düşünceleriyle, alternatif tıbba ve doğal yaşama özlem ve dönüş yaşandığı söylenebilir. Burada aynı zamanda, organik ve doğal ürünlerin daha güçlü bir iyileştirici olduğuna dair inancın da yükseldiği eklenmelidir. Geçmişin doğal yolları, "kocakarı ilaçları", günümüzde yeni keşiflermiş gibi tekrar ambalajlanarak sunulmakta ve önemli bir alternatif yol olarak gösterilmektedir.

Özellikle, hızla artan kanser vakalarının ağır ilaç tedavilerinden yorulan bedenlere, kanserle savaşmak için önerilen besin takviyeleri, kalp sağlığı için besin takviyeleri ve mevsimsel besin takviyesi önerileri medyada büyük ilgi görmektedir. Bu durumun, geleneksel tıbbın tedavi ve ilaçlarıyla, alternatif tıbbın uygulayıcı ve savunucularını karşı karşıya getirdiği söylenebilir. Bu tarz ürünler, sadece belirli hastalıklar için değil, kendini iyi hissetmek ve görünmek üzerindeki etkileri nedeniyle de önerilmektedir. Bazen genç kalabilmek için önerilirken, bazen zayıflamaya veya kas geliştirmeye destek olarak da sunulmaktadır:

> Vitamin mi Flavonid mi?
>
> Son zamanlarda çok sık karşılaştığımız bir soru var: İyi, güzel ve sağlıklı yaşamak için multivitamin desteklerinden mi yoksa antioksidanlardan mı faydalanalım? Eğer amacımız cilt yaşlanmasını yavaş-

56. Google'da, "en gözde diyetler" başlığı ile yapılan arama sonucunda 185 bin sonuca ulaşılmıştır (25.01.2010).

latmaksa "antioksidan flavonoidler daha iyi" diye yanıtlamak gerekiyor. Flavonoidler cilt yaşlanmasını yavaşlatmakta vitaminlerden daha becerikliler. Flavonoidlerin yüzlerce çeşidi var. En çok bulundukları besinler meyve ve sebzeler. Günde ortalama 30 mg. civarında flavonoid almak özellikle cildinizin fizyolojik-biyolojik yaşını belirgin olarak düşürüyor. Bunun sebebi flavonoidlerin antioksidan ve yangı önleyici yetenekleri (Kelebek, 23.05.2008, s.4).

Vitamin, besin takviyeleri ve doğal ürünler, yaşam tarzı olarak sunulup; tedaviye destek, hastalıklardan korunma amacıyla sunuldukça, bu tür ürünleri üreten ve ithal eden firmaların sayısı da artmıştır. Her gün yeni bir öneriyle karşılaşan bireyin, bu önerileri değerlendirerek kullanması ve mali yükünü karşılaması oldukça zordur:

Beta karotenin sentetik olanlarını kullanmayın.

Beta karoten bir vitamindir ve çok güçlü antioksidan özelliklere sahiptir. Kanser korunmasında çok ciddi yararlar sağlayan bu doğal antioksidanın ağızdan sentetik hazır sentetik destekler olarak kullanılması durumunda tam tersi yönünde çalışabileceğini gösteren bir çalışma beslenme-sağlık ilişkisiyle uğraşanlar tarafından çok önemsenmektedir. 1996 yılında Finlandiyalı bilim adamları tarafından sigara içen 29 bin erkek üzerinde yapılan güvenilir bir çalışma akciğer kanseri riskinin sigara içen ve beta karoten desteği kullananlardan %18'e kadar görüldüğünü ortaya koymuştur. Öyle görünüyor ki besinlerde bulunan ve o besinlerdeki diğer besin unsurlarıyla birlikte çalışan beta karoten, hazır tabletler veya kapsüllerle tek başına alındığında vücut üzerindeki etkisini değiştirmektedir. Bu örnek özellikle antioksidan faydaları olduğu bilinen doğal güçlerin doğal besinlerden alınmasının daha faydalı ve daha risksiz olduğunu göstermektedir. (Kelebek, 30.01.2008, s.4).

Burada dikkat edilmesi gereken nokta, bu ürünlerin tıbbi tedavinin yerini tutmadığı gibi, zaman zaman bilinçsiz kullanımın da zarar verebilecek olmasıdır.

Beslenme konusu, tıbbileştirilmesinin yanı sıra bireyselleştirilmektedir. Bu nedenle beslenme ve bireyselleştirme haberleri/yazıları arasındaki ilişkinin ortaya konması anlamlıdır. *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde yayımlanan beslenme önerileri ile ilgili haberlerin/yazıların %52,9'unun bireyselleştirilmiş beslenme önerileri olduğu tespit edilmiştir.

Bireysel bir pratik olan beslenmenin tıbbileştirilip bireyselleştirilmesi, sağlıklı beslenme önerilerini yerine getirmemenin sonuçlarının sorumluluğunun bireye verilmesi; bedenlerin denetimini sağlayarak tıbbi sosyal kontrolün varlığının hissedilmesini engellemektedir.

Sağlıklı beslenme önerileri bireyselleştirilip, "yiyin", "özen gösterin" veya "kaçının" gibi ifadelerle zenginleştirilirken; metin karşıda cinsiyeti, yaşı, kilosu belli bir kişiye hitap ediyormuş gibi bir dille sunulmaktadır:

> Daha sağlıklı bir beslenme planı oluşturmak istiyorsanız
>
> Bir porsiyonu bir avuç kadar hesaplayarak her gün 4-5 porsiyon sebze (salata, haşlama veya zeytinyağlı ya da sulu yemekler ekleyerek), 30 gr. kuruyemiş (2-3 ceviz, 4-5 fındık, 6-7 badem veya 1/4 fincan ayçiçeği ya da kabak çekirdeği içi) yiyin. Haftada 2-3 porsiyon (avuç içi büyüklüğünde) balık yemeye her gün 3 porsiyon meyve tüketmeye özen gösterin. İmkân ölçüsünde sıvı yağ olarak zeytinyağını tercih edin.
>
> Zeytinyağını yalnız zeytinyağlı yemeklerde değil, salatalarda ve diğer yiyeceklerde de kullanmaya gayret edin. Domatesi, salçayı sofranızdan eksik etmeyin. Eti en yağsız kısımlarından olmak üzere beslenme planınıza mutlaka ekleyin. Kolesterol sorununuz varsa haftada iki gün, yoksa üç gün tam yağsız et yiyin (Kelebek, 10.10.2008, s.4).

Medyada bireye uyması gereken beslenme önerileri, listeleri sıklıkla verilmesine rağmen; besinlerle ilgili yetiştirilme ve üretilme konularıyla, saklanma, korunma yolları gündeme çok nadir olarak getirilmektedir. Örneğin içindeki "likopen" nedeniyle çok faydalı olduğu söylenen domatesin sıklıkla tüketilmesi önerisini yerine getirmeye çalışan bir bireyin, hormonla veya genetiği değiştirilerek yetiştirilmiş bir domatesten sağlayacağı "fayda" gerçekte ne olacaktır? Bu konuda medyanın tekyönlü bir sağlık bilgisi yönlendirmesi yapması yerine gerekli tartışma zeminlerinin yaratılması; harekete geçirici, sorgulayıcı ve politika belirlenmesine katkı sağlayıcı haber/yazı veya programlara yer vermesi yerinde olacaktır.

2. Estetik Operasyon, Kozmetik Girişim, Gençlik, Güzellik

Sağlıklı yaşam tarzı olarak, beslenme, diyet, egzersiz ve yaşlanmaya karşı verilen önerilerin yanı sıra, estetik operasyonlar ve kozmetik girişimler de yaşam tarzı önerileri olarak sunulmaktadır. "Sağlıklı yaşam endüstrisi"nin ürettikleri ve medyanın aracılığıyla denetlenen bedenlerin sayısı artmaktadır. Bu nedenle çok sayıda bireyin, her geçen gün doğuştan gelen özellikleriyle değil; hayal ettikleri, özendikleri, beğendikleri ya da daha farklı bir ifadeyle, kendilerine sunulduğu şekilde yaşamak isteyerek, estetik ameliyatlara başvurdukları söylenebilir.

"Sağlıklı yaşam endüstrisi" içinde estetik ve kozmetik alanı önemli bir paya sahiptir. Sağlık tanımı içinde daha çok "ruhsal sağlığın iyili-

ği"ne hizmet eden estetik ve kozmetik sektörü hızla büyümekte ve kârlılığını artırmaktadır. Tüm dünya genelinde yapılan estetik operasyonların maliyetleri ile ilgili ekonomi sayfasında yer alan tam sayfa haberde pazarın büyüklüğü görülmektedir:

> Dünyada kadın erkek estetiğine yılda 66 milyar dolar gidiyor
>
> Sadece Amerika'da yılda 12 milyona yakın estetik operasyon yapılırken bu sayı tüm dünyada 60 milyona çıkıyor. ABD'de bu operasyonlara ödenen para 13.2 milyar doları tüm dünyada ise 66 milyar doları buluyor. En çok yapılan ameliyatlar burun, göğüs büyültme ve liposuction. Türkiye'de ise estetik operasyonlara harcanan para yılda 1-1.5 milyar dolar... (Hürriyet, 12.07.2008, s.10).

Dünyada sadece estetik operasyonlara harcanan paranın 66 milyar dolar olduğu düşünüldüğünde, cerrahi olmayan kozmetik girişimlerle bu pazarın ne kadar büyük, ne kadar cazip ve genişlemeye uygun olduğu açıktır.

Kozmetik girişimler kadar, kozmetik ürün pazarı da bu alanda önemli bir paya sahiptir ve büyümeye devam etmektedir:

> Kozmetiğe 250, anti-aging'e 70 milyar dolar ödeniyor
>
> Dünyada kozmetik sektörünün büyüklüğüne ilişkin olarak antiaging (yaşlanmayı önleyici) ürünleriyle tanınan Basic Research'ün Uluslararası Genel Müdürü Joseph Gilbert şu değerlendirmeyi yapıyor: Dünya kozmetik pazarı 250 milyar dolar büyüklüğünde. Dünyadaki en büyük sektörlerden biri ve devamlı büyüyor. ABD'de kozmetik pazarı 40, Japonya'da 36 milyar dolar büyüklüğünde. Anti-aging ürünler ise dünyada 68 milyar dolar büyüklüğüne ulaştı (Hürriyet, 12.07.2008, s.10)

Estetik ve kozmetik pazarının büyüklüğü ve kârlılığı medyada bu tür haber/yazı veya programların sayılarının artmasına neden olmaktadır. *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde haberlerin/yazıların %12'si (3008/362) estetik operasyon, kozmetik girişim, gençlik, güzellik konuları ile ilgilidir. Bu alan, kârlılığı yüksek, gelişmeye açık bir pazar olduğundan, medyadaki yeri her geçen gün genişlemektedir. Süreli yayınlarda (kadın-erkek dergileri ve sağlık dergilerinde) ve televizyon programlarında gazetelerde yer aldığından daha sık, estetik operasyon, kozmetik girişim, gençlik, güzellik konularına yer verilmektedir.

Günümüzde bedenler, sadece kilo ve siluetleriyle değil, "yüz"leriyle de denetlenmektedir. Botoks, dolgu ve benzerleri gibi cerrahi ve cerrahi olmayan girişimlerle, birbirinden çok da farklı olmayan, "altın oran"ı yakalamış görüntülerle karşılaşılmaktadır. Bununla beraber, "çok ince

olmak", "küçük burun", "dolgun dudaklar" gibi klişeleşmiş fikirler, küçük değişimlerden geçirilerek tekrar sunulmaktadır.

Sabah gazetesinde 09.05.2010 tarihinde yayımlanan haber, estetik ve kozmetik girişimler konusunun ne kadar ciddiyetle ele alınması gerektiğini bir kez daha gözler önüne sermektedir:

> Mezuniyet öncesi yeni trend: Dudak dolgusu!
>
> Lise son sınıfta okuyan genç kızlar için beklenen dönem geldi çattı. Mezuniyete sadece bir ay kaldı. Genç kızlar dudak dolgusu için sıraya girdi. Dr. Mustafa Karataş, "Yüzün en önemli bölgesi dudaklar... Dolgu yaptırırken doğallık ön planda olmalı. 18 yaşından küçük olanlar yaptırmamalı" diyor
>
> Medikal Estetik Uzmanı Dr. Mustafa Karataş, genç kızların annelerini de ikna edip, estetik yaptırmaya geldiklerini ve en çok dudak dolgusu yaptırdıklarını anlattı.

Her geçen gün yaratılan estetik trendleriyle estetik ve kozmetik girişimleri yaptırma yaşı aşağıya çekilmekte; genç bedenler sağlık değil estetik kaygılarla denetim altına alınmaktadır. Böylelikle estetik ve kozmetik sektörü uzun yıllar bu tür işlemleri yapacakları yeni müşteriler kazanmış olmaktadır.

Estetik operasyonlarla ilgili yapılan haberlerde, dikkat edilmesi gereken en önemli konu, operasyon risklerinin ve operasyon sonrası yaşanabilecek sıkıntıların yokmuş ya da önemsiz gibi gösterilmemesi gerekliliğidir. Medyadan ve çevreden operasyonlarla ilgili duyulan yanlış ve eksik bilgiler, bireyleri operasyonların kolay ve sorunsuz olduğu fikrine götürürken; operasyon sonrası memnuniyetsizlik, operasyonu düzelttirmek gibi sonuçları da beraberinde getirmektedir. Cerrahi müdahalelerin olası risklerinden hemen hemen hiç bahsedilmemektedir. Doktorların operasyonu uygun görmediği durumlarda ısrarcı hastalar, doktor değişikliğine giderek isteklerine ulaşmaya çalışmaktadır.

Uç vakalarda ise, bireyin, gerçekçi olmayan bir güzelliğe ulaşma çabası içerisinde, geçirdiği estetik ameliyatlar sonucu, operasyon olan bölgede, şekil bozukluğu (dismorfoz) ortaya çıkabilir. "Karın yağlarını aldırdıktan kısa süre sonra öldü.", "Göz kapakları düştü!" gibi estetik operasyon sonrası yaşanan sıkıntılar ve "Doktorunu mahkemeye verdi" gibi başlıklı haberler, estetik operasyonlarla ilgili gazetede iç sayfalarda yer alan haberlerden bazılarıdır.

Estetik operasyonlarla ilgili haberlerde dikkati çeken bir konu da özellikle meme kanseri nedeniyle operasyon geçiren kadınlara yönelik, "Kanserden sonra balondan meme yapılıyor" (*Kelebek*, 07.08.2008,

s.11) benzeri, meme estetiği haberleridir. Meme kanserinin hasta üzerinde yarattığı etki, sıkıntılar veya kanser konusunda büyük bilinçlendirme kampanya haberleri yerine; "endişeye gerek olmadığı" tarzında meme estetiği haberlerinin varlığının, kanser hastalarından çok, diğer bireyleri de kanser hastalığı konusunda bilinçlendirmek yerine konuyu sadece bir estetik operasyona indirgemelerine neden olduğu söylenebilir. Ağır ve yorucu bir tedavi geçiren hastaların tek kaygısı, estetik midir?

Geçmiş yıllarda, ünlü ya da zengin kadınların daha çok tercih ettiği operasyonların; günümüzde farklı gelir düzeyindeki kişiler tarafından yaptırıldığı; erkeklerin de son yıllarda estetik operasyonları tercih ettiği söylenebilir. Pazarın büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda, kadının yanında erkeğin de pazara dahil edilmesi, alanın genişlemesine ve kârlılığın artmasına katkı sağlamaktadır.

Bu amaçla genç, dinamik, kendine bakan, erkek figürü medya tarafından desteklenmekte; erkeklere yönelik kozmetik ürünler, erkek bakım rehberleri, erkeklerin tercih ettiği estetik operasyonlar ve saç ekimleri haberlerinin sayısı artmaktadır. Medyada öncelikle, kadınların tercihi gibi düşünülen estetik ve kozmetik bakımlarla ilgili olarak, erkekleri yeni bir yaşam tarzına alıştırma süreci de yaşanmaktadır:

"Göbekleri küçültme sırası erkeklerde" (*Kelebek*, 19.05.2008, s.9), "Erkeklere özel klinik" (*Hürriyet Pazar*, 10.05.2008, s.25), "Türk erkeği burundan sonra en çok memeyi küçültüyor" (*Hürriyet*, 12.07.2008, s.10), "Erkekler de peeling yapmalı" (*Kelebek*, 06.12.2008, s.11), "İngiltere'de 224 erkek göğüslerini küçülttü" (12.07.2008, *Hürriyet*, s.10) özellikle erkeklere yönelik haber başlıklarından bazılarıdır. "Erkekler de düşmeyen göz kapağı istiyor" başlıklı haber, erkeklerin estetik operasyon talepleriyle ilgili eğilimi göstermektedir.

> Günümüzde kadınlar estetikle ilgili trendleri yakından takip ediyor. Erkekler ise belli konularda estetik yaptırmayı tercih ediyor. Türk erkekleri en çok burunlarının güzel görünmesini ve rahat nefes alabilmeyi istiyor. Erkeklerin ikinci en çok yaptırdıkları estetik ameliyatı türü ise göz kapağı estetiği. Yaşlanma, kilo alma ve genetik nedenlerle özellikle üst göz kapağındaki düşüklükler erkeklerin hoşuna gitmiyor.
> Göz kapağında hangi yaşta sorun çıkıyorsa, kadınlar da erkekler de estetik yaptırarak bu düşüklükten kurtulmak istiyor. Çünkü düşük göz kapakları insanları yaşlı gösteriyor. Yüze de üzgün ve yorgun ifade veriyor (*Kelebek*, 02.04.2008, s.13)

Estetik operasyonlar kadar, cerrahi olmayan kozmetik girişimler de

(*minimal invaziv yöntem*) ilgi çekmektedir. Bireyler, formda olmak ve yaşlılıkla mücadele etmek için, bu yöntemleri denemektedir. Yaşlanma kaçınılması ve savaşılması gereken bir durum olarak sunulduğundan, kırışıklık ve yaşlılık ile ilgili bedendeki değişiklikler, hızla müdahale edilmesi gerekiyor gibi gösterilir:

> Sarkmış kollara liposuction'lı estetik
>
> Baharla birlikte güneşli günlerin gelmesi, daha açık ve hafif giysiler tercih etmemizi sağlıyor. Ancak bazı kadınlar için kolları açık giysilerle dolaşmak özellikle de yaz yaklaşırken estetik kaygılara neden oluyor. Kolda oluşan sarkmalar ve gevşeklik nedeniyle sorun yaşayan kadınlara başta liposuction olmak üzere üç farklı yöntemle estetik uygulayabiliyoruz.
>
> Kolları sarkmış, gerginliğini yitirmiş kişilere sıklıkla uygulanan yöntemlerin başında "liposuction" geliyor. Ayrıca "Brachioplasti" ve "Thermage" yöntemleriyle de koldaki sarkmalar giderilebiliyor... (Kelebek, 13.03.2008, s.11).

Aynı zamanda, formda olmak ve formda kalmak, sadece beslenme ve egzersizle sağlanamadığından ya da zaman aldığından; kısa sürede cevap alınabilecek yöntemlerden yararlanılması gerektiği de vurgulanmaktadır. Uygulanan yöntemlerin ve teknolojinin isimleri karmaşıktır; anlaması ve ifade etmesi zordur. Kozmetik ve tıp, birbirine uygulama, yöntem ve teknolojilerle giderek iç içe geçmiştir. Hem tıpta kullanılan teknoloji ve yöntemler hem de kozmetikte uygulanan yöntemlere verilen tıbbi adlarla kozmetik tıbbileştirilmekte, tıp da kozmetikleştirilmektedir.

"Medikal cilt bakımı AFA peeling" başlıklı spot, kozmetiğin tıbbileştirilmesine bir örnek olarak verilebilir:

> Dünyada yaşlanmaya direnen günümüz kadınına neştersiz bir gençleşme iksiri olarak tanımlanıyorlar. Yeni geliştirilen dermokozmetik ürün grubu afa'lar; kırışıklıkların giderilmesini sağlıyor, yeni kırışıklıkların oluşmasını engelliyor ve cilt lekelerini tedavi ediyor (Kelebek, 19.04.2008, s.13).

Sadece kozmetik uygulamalar değil, kozmetik ürünler de tıbbi isim ve ambalajlarla, sadece eczaneler, özel muayenehane ve kliniklerde satışa sunularak daha "tıbbi" bir nitelik kazanmaya başlamıştır. Kozmetik ürünler, dermo-kozmetik, dermobiyotik kozmetik ürün terimleriyle bir çatı altında toplanmaktadır. Ürünlerin etkisi açısından büyük bir farklılık olmasa da pazarın genişlemesi açısından etkilerinin büyük olduğu söylenebilir.

"Dermobiyotik: Cildin hayat enzimi" başlıklı yarım sayfa haberin

ilk paragrafı dermobiyotik kozmetik ile ilgili bilgi verirken; haberin devamında dermobiyotik kozmetiğin tıbbi terimlerle, kırışıklıklar üzerindeki etkisi anlatılmaktadır. Haberin ilk paragrafı, tıp ile kozmetiğin iç içe geçişi hakkında fikir vermektedir:

> Dermobiyotik kozmetik cildin (dermo) kalbinde, hücresel yaşamı (biyotik) her gün ve sürekli olarak harekete geçirmek için tasarlanan kozmetik olarak tanımlanıyor. En önemli amacı cildin uzun süre genç kalmasını sağlamak! 20 yıllık köklü araştırmaların ve özellikle moleküler biyoloji araştırma tekniklerindeki son gelişmelerin sayesinde, biyologlar bu keşfi geliştirme olanağı buldular... (Kelebek, 11.04.2008, s.19)

"Kadınların cilt kremleri ilaç mı kozmetik mi" (*Kelebek*, 10.07.2008, s.4) başlıklı haber ve benzer haberlerde, "şimdi antioksidanlı kremler moda, peptid mucizesi doğru mu" ve benzeri alt başlıklarda görüldüğü gibi, kozmetik hem tıbbileştirilmekte hem de moda ve mucize haline getirilmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi "sağlıklı yaşam endüstrisi" yeni teknolojilerle teşhis ve tedavi yöntemleri geliştirmektedir. Bu geliştirilen teknolojiler, zaman zaman tıbbi kullanımlarının yanı sıra, kozmetik girişimlerde de kullanılmakta; bununla beraber, kozmetik uygulamalar için de teknolojiler geliştirilmektedir. Özellikle, *anti-aging* ve zayıflama konusunda geliştirilen cihazlara, her gün bir yenisi eklenmekte; pazar bu alanda hızla büyümektedir. Önerilen yöntemlerde cihazların ya da teknolojinin isimleri kullanılmakta; isimlerinden hangi amaçla kullanılacakları anlaşılmamakta; kullanılan tıbbi adlarla uygulamalara daha ciddi, daha etkili bir anlam kazandırılmaktadır.

"Hızlı cilt bakım terapisi: Jetpeel" başlıklı haberin bir paragrafı, kozmetiğin tıbbileştirilmesi ve teknolojinin kullanımı ile ilgili gelişmelere örnek olarak verilebilir:

> Ciltte aşırı kuruluk, doğum çatlakları, kırışıklıklar, akne ve leke problemleri... Kadın, erkek, genç yaşlı birçok insan uzun süren zorlu işlemlere katlanarak hem cilt sorunlarına çare arıyor hem de yaşlanma etkilerini geciktirmeye çalışıyor. Tıp ve teknoloji, daha sağlıklı ve güzel bir cilt arayışına çözümler geliştirmeyi sürdürüyor. İşte "jetpeel" teknolojisi tüm bu uygulamalarla öne çıkıyor (Kelebek, 17.10.2008, s. 15).

Bunlara ek olarak, botoks, dolgu, lazerle kırışıklık giderme, medyada sıklıkla karşımıza çıkan yöntemlerden birkaçıdır. "Lazer estetikte altı farklı alanda kullanılıyor" (*Kelebek*, 20.10.2008, s.7), "Ciltlere ozon takviyesi" (*Kelebek*, 20.06.2008, s.17), "Yüz güldüren teknik: Endolift"

(*Kelebek*, 04.02.2008, s.11), "Şimdi oksijen alma zamanı" (*Kelebek*, 03.03.2008, s.8), "Kadınların yağlarla savaşında yeni silah: Islak liposuction" (*Kelebek*, 10.07.2008, s.11) başlıklı haberler geliştirilmekte olan teknoloji ve tıbbın kullandığı yöntemlerin, kozmetik girişimlerde kullanılmasıyla ilgili çok sayıda habere birkaç örnek olarak verilebilir.

Kozmetik ve estetikle ile ilgili konular, bireysel bir sorun olarak harekete geçilmesi, müdahale edilmesi gereken durumlar olarak gösterilmektedir. Bireye "görüntünüzden memnun musunuz?" başlıklı bir haberde/yazıda memnun olmayanlar için çok sayıda öneri bulunmaktadır. Bunun yanında bireyin bedeninden mutlu olmasının yolu, kendisine sunulan "örnek" bedenler gibi olmasından geçmektedir:

> Bikini için geri sayım
>
> Tatil planlarınız hazır değilse bile hayallerinizin hazır olduğuna eminiz. Peki ya vücudunuz? Tatil bavulunuza bikininizi gönül rahatlığıyla koymanız için henüz zamanınız var. Birkaç hafta içinde deniz kenarında kusursuz bir vücutla güneşlenebilirsiniz.
>
> Vücudunuz bikinizi sezonunda formda olsun diye, detaylı bir spor programına yazılmanız gerekmiyor. Zamandan kazanmanız için size çok daha iyi bir önerimiz var, doğrudan problemli bölgelerin hedef alındığı egzersizlere ne dersiniz? Bunun için hızlı sonuç alabileceğiniz egzersiz yeterli... (Kelebek, 28.04.2008, s.11).

3. Bilinçlendirme, Bilgilendirme

Haberde/yazıda sağlığa ilişkin bilgilendirme veya bilinçlendirme amacı olup olmadığı analiz edilen bir başka kategoridir. Bilgilendirme ile kastedilen herhangi bir hastalık, tedavi veya sağlık ve sağlığa ilişkin konularken; bilinçlendirme ile toplumu bazı sağlık konularında bilinçlendirmeye yönelik sosyal sorumluluk nitelikli kampanya, toplumsal hareket ya da uygulama ele alınmıştır.

Hürriyet gazetesi ve eklerinde yayımlanan haberlerde/yazılarda bilinçlendirme, bilgi verme oranı %35,2'dir (3008/1059).

Bilgi verme ve bilinçlendirmeye yönelik haberlerin/yazıların tıbbileştirilmiş bilgilerle verilme oranı %21.8'dir. Tıbbileştirilmiş bilgiler özellikle, hastalık, tedavi yöntemleri ve beslenme konularıdır:

> Kemik yoğunluğu testi ne işe yarar
>
> Özel bir X ışını yardımıyla kemikte kalsiyum ve diğer minerallerin miktarını ölçmeye kemik yoğunluğu testi denir. Kemikteki mineral miktarı ne kadar fazla ise kemik o kadar sağlam olur, sonuçta kırılması zorlaşır. Doktorlar kemik yoğunluğunu kemik erimesinin miktarını ölçmekte

kullanırlar. Amerikan Koruyucu Hekimlik Birliği kemik ölçülmesini rutin olarak 65 yaş üzerinde veya 60 yaş ama kemik erimesi riski varsa önermektedir. Bununla birlikte, kemik erimesi riski olanlarda ölçümlere daha erken başlanabilir.

Bilimsel çalışmalar testin hangi sıklıkla yapılması gerektiğini henüz net olarak belirleyememiştir. Ancak, kemik yoğunluğundaki değişimin en iyi ölçülebilmesi için iki yıl gibi bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Kendi tıbbi geçmişiniz ve kemik erimesi riskinize bakarak bu sürelere doktorunuzun karar vermesi en doğrusudur. Yaşın ilerlemesi, zayıf olma, paratiroid hastalıkları, geçmişindeki kemik kırıkları veya ailede kemik erimesi geçmişi ve bazı ilaçlar kemik erimesi riskini artırırlar (Kelebek, 21.11.2008, s.4).

Bilgilendirme ve bilinçlendirme yapılırken, sağlık sorunsalı bireyselleştirilmektedir:

Eskimiş kirli damacanalara dikkat

Plastik damacanaların sağlıklı olup olmadıklarına ilişkin kuşkular her gün biraz daha artıyor. Özellikle eskimiş, iyi temizlenmemiş, tekrar tekrar kullanılan damacanaların sağlık açısından uygun olmadıkları belirtiliyor. Bazı kaynak suların daha aşındırıcı oldukları ve plastik damacanaların yapısını bozdukları ve güneşte bırakılan damacanalarda bazı kimyasal değişikliklerin olacağı belirtiliyor. Su ihtiyacınızı damacana sularıyla karşılıyorsanız güvenli firmalar dışındaki yerlerden su almamaya çalışın. Yıpranmış damacanaları iade edin. Damacana sularındaki bu risk tek kullanımlık şişelerde şimdilik söz konusu değil (Kelebek, 27.02.2008, s.4).

Daha öncede belirtildiği gibi, bireyin sağlık konusundaki tüm sorumluluğun sahibi olarak gösterilmesi; diğer sorumlu aktörlerin görünmemesine ve almaları gereken aktif rolün bireye yansıtılmasına neden olmaktadır.

4. Egzersiz, Formda Olmak

Medyada sağlıklı yaşam tarzı önerileri arasında egzersiz, beslenmeyle bağlantılı olarak yer almaktadır. Hareketsiz yaşam, düzensiz ve sağlıksız beslenme, modern yaşamın getirdiği stres ve gerginlik sonucu, risk oluşturmaya başlayan yaşam tarzına alternatif olarak, egzersiz önerileri artmaktadır.

Özellikle süreli yayınlarda daha sık rastlanan egzersiz önerileri, *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde 12 aylık dönem içinde % 6.6'lık bir paya sahiptir (3008/199).

Medyada ünlülerin yaptığı egzersizler, hangi egzersizlerle zayıfladıkları, nasıl daha sağlıklı göründükleri programlara, yazı dizilerine konu olmaktadır. Sağlık dergilerini "Hollywood starlarının fitness

sırları", "Ünlüler formlarını suda yakaladı", "Ünlülerin (deneyin!) yaz sporları", ünlüler ile ilgili haber başlıklarıdır. Egzersiz yaşam biçimi olarak sunulmasının yanı sıra, moda olarak da sunulduğundan, yapılan egzersizin de modaya uygun olması beklenmektedir:

> Bu yaz hangi spor revaçta
>
> Kimi kortta raket sallıyor, kimi doğada tempolu yürüyüşün tadını çıkarıyor. Havuzda serinleyen de var, atını dörtnala koşturan da. Televizyon ve sahne dünyasının en sportmen 7 ünlüsü, bu yaz hangi sporları yapmayı tercih ettiklerini Instyle dergisine açıkladı... (Kelebek, 02.06.2008, s.5).

Bazı spor merkezleri ve eğitmenleri, yıllardır yaptırdıklarını söyledikleri egzersizlere, moda olması gerekçesiyle, modaya uygun yeni isimler vermektedir. Son yıllarda büyük rağbet gören "Pilates" bu konudaki en yaygın örnek olarak gösterilebilir.

Her geçen gün daha fazla bireyselleştirilen yaşamlarda, sağlıktan çok güzelliğe, estetiğe önem verilip; spor yapmak "yapılan bir şey olmaktan" daha çok, "satın alınıp, tüketilen bir şey" olarak ticarileştirilmektedir. Bu nedenle, kadın ve erkek için ayrı ayrı, "olması gereken bedenler" tanımlanarak, tüketim desteklenmektedir. Bunun yanı sıra, egzersiz yaparken giyilecek ve kullanılacak spor malzemeleri, aksesuarlar, kozmetik ürünler, deodoranlar, gıda takviyeleri, içecekler de ayrı bir pazar olarak genişlemektedir.

Fiziksel olarak zinde ve güçlü olmak; yaşlanmanın geciktirilmesi; özellikle iş dünyasında yer kaybetmemek açısından önemli bir rol oynamaya başladığından, uzun yıllar spor yapmayan kişiler de egzersizi hayatının bir parçası haline getirmeye çalışmaktadır.

Egzersiz önerileri, yaşam kalitesinin yüksek olacağı, sağlıklı bir yaşam için yapılıyormuş gibi görünse bile; ardında, "zayıf" ve "genç" bedenler için, çaba harcama planlarını destekler. Lupton'a göre egzersiz, iş dünyasında yerini genişletmeye çalışan kadınlar için, aynı zamanda, erkeklere karşı, iş dünyasında verdikleri uğraşın devamı olarak görülür (1994a, s. 39). Böylece "kırılgan", "güçsüz" olduğu düşüncesine karşı çıkış gerçekleştirilmiş olur. Egzersiz yapıyor olmak, bir tür moda olarak sunulduğundan, çevreden takdir görmek üzere bu tür faaliyetlere katılanlar da vardır.

Kadın için egzersiz, estetik ve zayıf olmak anlamına gelirken, erkek için kaslı olmakla eşanlamlı hale getirilmiştir. Kadınlar egzersiz yaparken giydikleri kıyafet, hafif makyaj ve bakımlı saçlarla; erkekler ise, kaslarıyla birbirleriyle yarışmaktadır. Bu yarışın içinde sağlık ise, çok geri planda kalmaktadır.

Medya, sağlıklı yaşam için egzersiz önerilerini sunarken; nerede, nasıl yapılacağının yollarını da vermektedir. Egzersizin zor ve zaman alan bir uğraş olarak düşünülmesinin önündeki engeller, evde kullanılabilecek, pratik, fazla yer kaplamayan, televizyon izlerken bile uygulanabileceği söylenen ev tipi aletlerin de pazarlanmasıyla kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bunun yanı sıra, gelişen teknoloji olanakları ile, evde televizyona bağlanan sistemlerle egzersiz yapılabilecek cihazlar da üretilerek, yüksek fiyatlarla satılmaktadır.

Egzersiz, sağlıklı yaşam önerileri içinde yerini aldıkça, egzersiz salonlarının sayısı da artmıştır. Küçük salonlardan, büyük spor merkezlerine doğru uzanan bir yelpazede çoğunlukla, üyelik sistemi ile çalışma prensibi uygulanmaktadır. Aynı zamanda, üyelik sistemleriyle bu tür merkezler, "bireyselleştirilmiş" yaşamlara, "sosyalleşmenin" bir aracı olarak dahil olmuştur.

Bireylerin egzersizden çok kısa sürede sonuç almak istedikleri bilindiğinden ve forma girme amacından vazgeçmemeleri için, daha kısa süreli öneriler sunulmaktadır: "Her gün 20 dakika egzersiz yetiyor" (*Kelebek*, 23.05.2008, s. 4).

Yazılı basında özellikle süreli yayınlarda, hızlı sonuç alınabileceği vaat edilen egzersiz önerilerine sıklıkla rastlanmaktadır: "Sadece egzersiz bandıyla, 5 haftada seksi hatlar", "30 dakikalık egzersizlerle mükemmel vücuda kavuş", "Sadece 20 dakikada incelebilirsiniz, incelme egzersizleri", "7 günde 1 beden incelten su egzersizleri", "Kısa zamanda fit olabilirsin!", "28 günde sonucu gör: iki beden incel", "Sınırlarınızı zorlayın, 30 dakikada fit", "4 egzersizle, 1 ayda karnınız sıkılaştırın", "Hızla forma gir!" (*Women's Health – Men's Health* 2009 sayıları).

Zayıflamak, kas geliştirmek, seksi görünmek egzersiz sonucunda elde edilecek en önemli çıktılardır. "İnceltiyor, sıkılaştırıyor: 5x5x5 formülü", "Sıkı kaslar! Düzgün kalça! İnce bacaklar!", "Seksi kollar istiyorum!", "Mükemmel göğüs kasları inşa edin", "3 zor bölgeye savaş açın"

Egzersizle ilgili haber ve yazı dizilerinin hemen hemen hepsinde sağlık üzerindeki olumlu etkilerinden çok estetiğe ağırlık verilmiştir. Egzersiz, medyada gündelik yaşam pratiği olarak yaşamların içine dahil edilmesi gerekliliğinden daha çok zayıflamaya yardımcı araç gibi gösterilmektedir:

> Aerobik egzersizler kilo verdirir, güç egzersizleri kilo almayı önler
>
> Eğer kilo sorununuz varsa sadece diyet yapmakla yetinmeyin mutlaka egzersiz alışkanlığı da kazanmaya gayret edin. Aerobik egzersizler (yüzme, yürüme, bisiklete binme) yağ yakmanın en kolay yollarından biridir. Dü-

zenli yapılan aerobik egzersizlerle günde 200-300 kalori harcayanlar orta düzeyde diyet yapsalar bile fazla kilolarından kurtulmakta pek fazla zorlanmazlar. Güç egzersizleri ise daha fazla kas kazanımı sağladıklarından metabolizmayı hızlandırıyor. Kas miktarınız artıkça vücudunuzun enerjiyi yakan motor gücü de artıyor. Örneğin 2-3 silindirden 4-6 silindire çıkıyor. Dolayısıyla direnç egzersizleriyle kaslarınızı fit hale getirir ve kas kazanımınızı artırabilirsiniz, bu avantaj sizin ilerde verdiğiniz kiloları yeniden almanıza engel olabiliyor. Kısacası eğer amacınız kilo vermekse, aerobik egzersizlerle verdiğiniz kiloları geri almamak için direnç egzersizlerine ağırlık vermenizde yarar var (Kelebek, 15.08.2008, s.4).

Özellikle yaz aylarına doğru, hızlı kilo verme ve forma girme önerileri artmakta; hızlı egzersiz önerileri plajlarda boy gösterebilmek için bir "kurtarıcı" gibi gösterilmektedir.

Sonuçta, egzersiz salonlarına gidenler, parklarda yürüyenler ya da evde kendi kendilerine egzersiz yapanların ortak noktasının güzel, estetik, güçlü ve bakımlı olmak olduğu özetlenebilir. Sağlıklı olmak bunlarla beraber edinilebilecek bir hediye gibi kabul edilmektedir. Her gün farklı egzersiz adı ya da farklı yöntemlerle de olsa, aynı kas grupları çalıştırılıp, bedenler güçlenmektedir. Yöntemler değişse de, özel terletmeyen spor kıyafetleri ya da ev kıyafetleriyle de yapılsa, amaç öncelikli olarak sağlık olmadığı sürece; "kaç kalori harcandığı", "kaç santim incelindiği" soruları, egzersizlerin asıl hedefi olacaktır:

Bir hedef koyun

Hareketsiz bir hayatın içine düzenli egzersiz alışkanlığını yerleştirmek kolay bir değişim değildir. Ama başarılabilecek bir hedef olduğunu da bilmelisiniz. Bu başarının anahtarı ise önceden konulacak hedeflerdir. Bu hedef bazen kilo vermek, bazen egzersiz süresini uzatmak, bazen de solunum ve kalp kapasitesini artırmaktır. Bunu başarmak için en iyi yol ilerlemenizi bir çizelge haline getirip takip etmektir.

Elde ettiğiniz başarıları bulduğunuz her fırsatta ödüllendirmektir. Başarınızın sürmesini istiyorsanız açık hava egzersizlerine odaklanın. Egzersizin eğlendirici olmasına dikkat edin. Yıpratıcı egzersizlerden uzak durun. Egzersiz yoğunluğunuzu yavaş yavaş artırın. Egzersiz yoğunluğunun kapasitenize uygun olduğunu ölçmenin en uygun yolu konuşma testidir. Egzersiz yaparken konuşamıyorsanız muhtemelen fazla hızlı gidiyorsunuzdur. Ama şarkı da söyleyebiliyorsanız muhtemelen hızını gereğinden düşüktür (Kelebek, 25.11.2008, s.4).

Özellikle büyük şehirlerin yaşam koşulları nedeniyle gün geçtikçe yaşamlar hareketsizleşmektedir. Uzun çalışma saatleri, mesafelerin uzaklığı nedeniyle ulaşım araçlarının kullanılması, kısaca hareketsiz

yaşam biçimi nedeniyle sağlık sorunlarının artmakta olduğu söylenebilir. Bahsedilen sağlık sorunları sadece yetişkinlere ait bir durum olarak düşünülmemelidir. Bahsedilen yaşam koşulları nedeniyle çocuklar ve gençler için de hareketsiz bir yaşamdan söz edilebilir. Özellikle okul, dershane, kurs ve yoğun sınav programları nedeniyle, çocuklar ve gençlerin bu hareketsiz yaşamdan kurtulabilmeleri hemen hemen imkânsız gibi görünmektedir. Bu hareketsiz yaşamın uzun vadede yaratabileceği sağlık sorunlarının sadece "formda olmamak" ve "estetik görünmemek" olmayacağı söylenebilir. Obezite, kalp damar hastalıkları veya immün sistem hastalıkları ve benzerlerinin çok genç yaşlardan itibaren gelişebilmesi ihtimali, durumun gelecekte sadece bireysel sağlık sorunu olmaktan öte, toplumsal sağlık sorunu olacağını göstermektedir. Bu nedenle, egzersizin, televizyon seyretmekten daha önemli bir yaşam pratiği haline getirilmesi gerekliliğinin, tartışmaya açılması ve gündeme alınması gereken bir sağlık ve eğitim politikası konusu olduğu düşünülmektedir.

5. Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlanma, organizmanın belirli ömrünü tamamlaması olarak tanımlanabilir.[57] Tıptaki gelişmelerin de desteğiyle, yaşlılık sınırı, sürekli yukarı doğru çekilmektedir. Yaşlılık dönemini belirleyen yaş sınırı, 60 veya 65 yaş olarak farklılık gösterebilmektedir.

1980'lerin neoliberal yaklaşımıyla birlikte yaşlılar, yeni müşteriler, tüketiciler olarak görülmeye başlanmıştır. Bu anlayışın sonucu olarak, yaşlılığın pasif, keyifsiz, ölümü bekleyen düşüncesi ne kadar yok edilir, ne kadar çok kişi buna ikna olursa; yaşlıların, o kadar uzun süre daha tüketici olacakları düşüncesi yaşlılığı cazip hale getirmiştir.

Yaşlanma, doğanın bir gereği olmaktan çıkarılıp, mücadele edilmesi, geciktirilmesi gereken bir süreç, bir "hastalık" ya da başa gelen bir "felaket" gibi gösterilmeye başlanmıştır. Yaşlı olmak, yaşlı gibi giyinmek ve davranmak dışlanırken; genç gibi davranmak, genç gibi giyinmek değerli olmakla özdeşleştirilmektedir.

Yaşlanma mücadele edilmesi gereken bir süreç olarak gösterildiğinde, bu süreci gerçekleştirebilmek için yeni pazarlar oluşturulurken, stratejiler de sunulmaya başlanmıştır. Genç kalmak için sunulan önerilerin, sözde bir tür "yaşsızlık" yaratacağı; her bireyin, her yaşta her şeyi yapabileceği; buna rağmen bu düşüncenin olanaksız olduğu da her fırsatta vurgulanmaktadır. Beden yaşlanırken, piyasa ekonomisi koşulları da

57. www.tdkterim.gov.tr

yaşlanmanın olumsuz yanlarına dikkat çekmekte ve böylece "bedenin renovasyon" (onarım) süreci de başlatılmaktadır.

Egzersizle, genç ve dinamik kalınacağı vurgusuna rağmen, "yaşına rağmen görevine devam ettiği" belirtilen erkek yöneticiler, estetik olanaklarla yaşlanmanın geciktirildiği bilgisine rağmen, "yaşına rağmen hâlâ güzel" mesajlarıyla, yaşsızlık vaadinin, toplum içinde yerini korumak açısından boş bir vaat olduğu hatırlatılır. Aynı zamanda, "Tepeden tırnağa gençlik için, 8 Anti-aging tüyosu", "Yaşlanmayı geciktirin", "Cilt yaşlanmasını geciktiren en son trend!", "Yıllara meydan okumak isteyenlere beslenme kılavuzu" gibi başlıklı haberler ve yazı dizileri gazete ve dergilerde, *anti-aging* reklamlarıyla birlikte yerini genişletmektedir.

Yaşlanmayı geciktirmek cazip bir vaat olarak sunulurken, buna ulaşmanın bedeli ise çok yüksektir. Kıyafet, besin takviyesi, vitamin, kozmetik ürünler ve cerrahi veya cerrahi olmayan estetik girişimler, "anti-aging" damgası ile çok daha pahalı fiyatlara satılır. Bu bedeli ödeyebilenlerin, daha genç görünmesi, daha sağlıklı bir vücuda sahip olması ve daha geç yaşlanması olanak dahilinde gösterilir. Bu durumda, bedel ödeyemeyenler kısa süre içinde yaşlanacak ve sistemden çıkacak mıdır?

Özetle konu yaşlanma, yaşlanan bedenin sorgulanarak yeniden tanımlanmaya çalışılması gibi görünse de, Featherstone ve Hepworth'ün de belirttiği gibi, devam eden güç savaşlarıdır (1998, s. 153). Tüm bu "savaş"a karşın, yaşam süresi uzatılarak; bedenler denetlenerek, yeniden üretilse ve tüketilse de; bedenin yaşlanacağı ve ölümle sonlanacağı, şüphe götürmez ve değiştirilemez bir gerçektir.

Hürriyet gazetesi ve eklerinde bu doğrultuda incelenen yaşlanma ve yaşlılık ile ilgili haberler, %3.5 oranındadır (3008/104) .

Hürriyet gazetesi ve eklerinde yer alan yaşlanmanın ve yaşlılık ile ilgili haberlerde/yazılarda, doğal bir süreç olan yaşlanmanın tıbbileştirildiği görülmüştür. Böylece yaşlı bireylerin daha çok tıbbi desteğe, kontrole ve yaşına uygun vitamin ve besin takviyelerine ihtiyaç duymaları sağlanmaktadır. Her bir konu ne kadar küçük parçalara bölünerek tıbbileştirilirse, o kadar çok pazar yaratılabileceğinden; yaşlılık önemli bir konu başlığı olarak "sağlıklı yaşam endüstrisi"sinin ilgi alanı içinde yer almaktadır.

Yaşlılıkla ilgili bir farkındalık yaratmak amacıyla hazırlanan haber/yazı başlıklarına, "Yaşlanma hızınızı ölçün" (*Kelebek*, 03.06.2008, s.4), "Nasıl bir yaşlı olmak istiyorsunuz" (*Kelebek*, 26.11.2008, s.7) örnek gösterilebilir. Yaşlılık konusunda farklı bir yaklaşımın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, zamanla bu yaklaşıma uygun davranışları da beraberinde getirecektir:

Nasıl bir yaşlı olmak istiyorsunuz

Yaşlanmaya nasıl baktığınız çok önemlidir. Yaşlanmaya yalnızca bir "yıpranma, yoksunluk, yalnızlık, hastalanmaya hazır olma" veya "unutkanlık, az görüp, zor işitme, yorgunluk, eklem ağrıları" gibi bakarsanız işiniz zorlaşır, yanlış bir yola girmiş olursunuz. Yaşlanmanın da iyi güzel, eğlenceli tarafları vardır. Daima genç kalmayı değil, mümkün olduğu kadar uzun bir süre sağlıklı kalmayı hedefliyorsanız, doğru yoldasınız. Eğer yeterli önlemleri alırsanız, yaşlanınca karşılaşmaktan korktuğunuz şeylerin çoğu başınıza gelmez. İnsan bedeni iyi bakılır, vaktinde onarılır, zaman zaman gözden geçirilip, uygun ve temiz yakıtlar kullanılırsa yaklaşık 100 yıl size sadakatle hizmet eder! (Kelebek, 26.11.2008, s. 5).

Yaşlanma süreci yönetilebilecek bir süreç olarak sunulmakta; bu sürecin yönetilmesinde beslenmeden egzersize, giyimden düşünce biçimine karşı öneriler sunulmaktadır:

İyi yaşlanma yönetilebilir bir süreç

Yaşlanmayla ilişkili hastalıkların başında kanserler, hipertansiyon, şeker hastalığı, bellek kaybına yol açan problemler, damar sertliği ve buna bağlı sorunların en önemlileri olan koroner kalp hastalıkları ve beyin-damar hastalıkları, Alzheimer hastalıkları, romatizmal sorunlar, kilo problemleri gösteriliyor. Bu listeyi daha da uzatmak, cinsel güç kaybını, prostat büyümesi ve Parkinson hastalığını, kemik kırılganlığı artışını, daha birçok şeyi eklemek mümkün. Bu sorunları yönetirken sadece sağlığa dikkat etmek de yetmiyor. Belirli aralıklarla sağlık riski analizleri yaptırmak, düzgün bir sağlık takip dosyası oluşturmak, bazı belirtileri gecikmeden doktorlara aktarmak, önerilen yaşam tarzı değişimlerini ısrarla uygulayıp reçete edilen ilaçları özenle kullanmak da işin önemli bir parçası olarak gösteriliyor. İyi yaşlanmanın yönetilebilir bir süreç olduğunu lütfen unutmayın (Hürriyet, 07.04.2007, s. 7).

"İyi yaşlanmak yönetilebilir bir süreç" (*Hürriyet*, 07.04.2007, s.7) ve "Hedefiniz ömrünüzü uzatmak değil iyi yaşlanmak olsun" (*Hürriyet*, 07.04.2008, s.7) başlıklı haberlerden de anlaşılacağı üzere, yaşlanmaktan çok "iyi yaşlanmak" üzerinde durulmaktadır. Bu sebeple iyi yaşlanma önerileri verilmektedir.

Beslenme ve yaşlanma ile ilgili bazı haber başlıkları şöyledir: "Antioksidan besinler yaşlanmayı geciktirir" (*Kelebek*, 12.06.2008, s.4), "Antiaging diyeti var mı" (*Kelebek*, 02.01.2008, s.4), "D vitamini yaşlanmayı yavaşlatıyor" (*Kelebek*, 16.01.2008, s.4), "Dağ çileği yaşlanmayı geciktiriyor" (*Kelebek*, 09.05.2008, s.4),

Menopoz, tıbbileştirilen yaşlanma süreci olarak sıklıkla medyada yer almaktadır. "Menopozun ilacı var mı" (*Kelebek*, 13.06.2008, s.5), "Menopoza girerken neler yapılmalıdır" (*Kelebek*, 13.08.2008, s.4),

"Menopozda neden kilo alınır" (*Kelebek*, 05.03.2008, s.5), "Menopoz şekeri var mı" (*Kelebek*, 21.03.2008, s.4), "Menopozda iyi beslenmek fark yaratır" (*Kelebek*, 09.01.2008, s.4) ve benzeri başlıklı haberlerle menopoz konusu gündemini korumaktadır.

Tıp dünyası tarafından tartışmaları süren menopoz dönemi hormon tedavisi konusu günümüzde hâlâ bir açıklığa kavuşmamıştır. Hormon replasman tedavisi konusundaki haberler de bu nedenle devam etmektedir:

> Menopozda hormon tedavisi: Son değişiklikler
>
> WHI tarafından yapılan geniş çaplı bir araştırmada hormon tedavisinin kalp krizine karşı koruyucu olmadığı, hatta 10 yıldan beri menopozda olan kadınlarda kullandığında kalp hastalıkları hatta kalp krizi oranlarını artırdığı görülmüştür. Kısa süreli kullanımlarda bile inme ve pıhtı oluşumlarında artışlar bulunmuştur. Uzun kullanımda meme kanseri ve bunama durumlarında artışlar görülmüştür. Bu araştırmalardan çıkan sonuç uzun kullanımların fayda sağlamadığı yönündedir. Yine de bütün menopozdaki kadınlar ele alındığında, hormonal tedavide oluşacak risklerin düşük olduğu, bu risklerin kişisel temelde belirlenmesi gerektiği görülmektedir. WHI çalışmasından yola çıkarak, Amerikan FDA kuruluşu, hormon tedavisi önerilerini belirlemiştir, buna göre menopoz şikâyeti olan kadınlar hormon tedavisini sıkıntıları geçiren en düşük dozda ve gereken en kısa süre boyunca kullanabilirler.
>
> Özellikle kemik erimesi riski taşıyan kadınlar ise en düşük dozda ve uzun süreli hormon tedavisi alabilirler. Burada fayda-zarar ilişkisini iyi belirlemek ve hormon olmayan diğer tedavi yöntemlerini de değerlendirmek uygun görülmektedir (Kelebek, 14.10.2008, s. 5).

Haberde de görüleceği üzere, menopoz doğal bir süreç olmasına, menopoza bağlı şikâyetler gelişebilmesine rağmen; "şikâyet" ya da "hastalık" gibi kabul edilip, "menopoz şikâyeti olan kadınlar" ifadesi kullanılmaktadır.

6. Alternatif Tedavi

Bireyler hastalıkları uzun süre devam ettiği; modern tıbba olan inançları eksildiği; tedavilerine destek gerektiğini düşündükleri ya da tedaviden vazgeçtikleri zaman, alternatif ya da tamamlayıcı tıptan yararlanmak isteyebilir. Özellikle modern tıbbın hastayı birey olarak değil, "hasta organ" olarak görmesi bireyleri bu alana doğru yöneltmede etkili olmaktadır. Kızılçelik'in de belirttiği gibi, alternatif veya tamamlayıcı tıp, modern tıbbın tedavi yaklaşımlarının dışında kalan, her tür tedavi biçimini ifade eder (1995, s. 40). "Tamamlayıcı tıptan faydalanmakta fayda var" başlıklı spot, tamamlayıcı tıbbı tanımlamaktadır:

> Modern tıbbın temel kusurlarından biri sadece hastalıklarla ilgilenmesi, hastalıkları sınıflandırması, sağlıklı olma haline ve sağlığı sınıflandırmaya ilgi duymamaktadır. Modern tıp sağlık üzerinde çalışmayı önemsememekte sağlıklı olma ve sağlığın gücü üzerinde yoğunlaşmamaktadır. Çalışmalarını hastalıkları ve hastalık semptomlarını tedavi etmek üzerinde yoğunlaşmıştır. Modern tıp bilimsel tıptır. Her şeyi kimyasal olarak hesaplamıştır. Pek çok görüşe göre modern tıbbın en önemli gücü olan bu mutlak bilimsel olma kaygısı aynı zamanda en önemli zaaftır. Vücutta ölçülemeyecek pek çok şey mevcuttur. Örneğin beyin fonksiyonlarının pek çoğu ölçülmez. Bu nedenle "iyilik hali"nin veya hastalıklardan iyileşmenin ruhsallığı ile de uğraşmak gerekiyor. Modern tıbbın bu konuda en önemli yardımcısı "geleneksel doğal tıp" olabilir. Modern tıp kendisini bilimsel tıbba alternatif görmeyen "doğal tamamlayıcı tıp"tan yararlanabilir (Kelebek, 03.06.2008, s.6).

Modern tıp uygulayıcıları, alternatif yaklaşımları "halka ait," "gayri resmi" ya da "şarlatan tıp" olarak da ifade eder. Geleneksel ve alternatif tıbbın arasındaki gerilimin kaynağı, büyük ölçüde, tedavi edici iddialarının doğruluğu ve yanlışlığı arasında yer almaktadır. Alternatif ya da tamamlayıcı tedavilerin, geçen yıllarda büyük oranda arttığı ve bu tedavilere başvuranların sayılarının çoğaldığı söylenebilir. Günümüzde modern tıbbın dışında kalan her tür tedavi ve uygulamanın alternatif tıp olarak adlandırılması dikkat çekicidir.

Dinsel tema alternatif bir yöntem olarak sunulmaktadır. Dua etmek, içe dönüş ve kendine inanışın tedaviye destek olacağı, iyileşmenin içeriden geldiği; haz, tatmin, hayattan zevk alma mesajlarının arttığı söylenebilir. "Huzur sağlığın temelidir" (*Kelebek*, 09.12.2008, s.4), "Mutluluk anı, huzur zamandır" (*Kelebek*, 11.12.2008, s.9), "Kendinizi affedin" (*Kelebek*, 29.07.2008, s. 4), "Empati ustaları daha huzurlu oluyor" (*Kelebek*, 10.01.2008, s.4), "Ruhlarımız bizden erken yaşlanıyor" (*Kelebek*, 13.03.2008, s.4), "Sosyal kelebekler daha uzun yaşıyor" (*Kelebek*, 03.01.2008, s. 3).

Tıbbi sosyal kontrolün altındaki bireyler, modern yaşamın sıkıntılarından kurtulmak için, alternatif yollara yönlendirilmektedir. Bu yollar, bireyin içinde bulunduğu kıskaçtan kurtulma, kendine yardım olanağı gibi sunulsa da; sunulma ve uygulama biçimlerinden ötürü sanal, kısa süreli bir kurtuluştan öteye gitmemektedir.

Meditasyon ve yoga gibi binlerce yıldan beri uygulanan yöntemler modern yaşamın zorluklarından kurtulmanın araçlarından biri gibi sunulmakta; moda haline gelerek yaygınlaşmaktadır. Mucize gibi sunulan bu yollar, hayattan hızlı sonuç bekleyen bazı bireyleri tatmin etmeyebilir. Uygulama veya seans sonrası normal yaşamına geri dönen birey,

yaşam koşulları nedeniyle az önce bıraktığı sıkıntılarına hızla geri dönebilmektedir.

Alternatif yöntemlere ilişkin sunumlardan bir diğeri yoga ile ilgilidir:

> Yoga iyi geliyor
>
> Yoganın doğuşu Hindistan'daki dinsel uygulamalardır. Farklı yoga tipleri varsa da en yaygın uygulanan biçimi Hatha Yoga'dır. Bu yoga tipinde solunum, vücut hareketlerine girip çıkmalarla birleştirilmektedir.
>
> Uygulama sürecinde duruş, denge, dönme, eğilme ve bükülme gibi hareketler arasında mükemmel bir koordinasyon sağlanmaktadır. Bütün kasların dinginlik, huzur ve denge sağladığı, yeni ruhsal yolculuklara çıkmak ve farklı ruhsal deneyimler yaşamak için destek sağladığı, belleği, kiloyu, beden-ruh ilişkisini belirli ölçüler içinde tutmayı kolaylaştırdığı biliniyor. (Kelebek, 05.09.2008, s.4)

Yoga ve meditasyondan farklı olarak reiki, biyo-enerji, NLP gibi uygulamalar da benzer alternatif destekler olarak sunulmaktadır.

Alternatif ya da tamamlayıcı tedavi önerileriyle ilgili haberlerin/yazıların bir yıl içindeki yayımlanma oranı %3,3'dür (3008/99).

Alternatif ya da tamamlayıcı tıp ile ilgili öneriler, bazen hastalıkların tedavi için bazen de genel iyilik halinin korunması ve devamı için yapılmaktadır. Son yıllarda, birçok hastalığın tedavisinde uygulandığı gibi, *anti-aging* amaçlı olarak kullanılmakta olan "ozon tedavisi" ile ilgili, "Yorulana sıkılana ozon dopingi" (*Hürriyet Pazar*, 24.08.2008, s.2) başlıklı haberde tedavinin özellikleri, kimlere uygulanabileceği, tedavinin yararları, uygulayan ünlülerin isimleri verilmektedir. Bu tarz haberlerin, okuyucuların konuyu araştırması veya bu tedavi ve uygulamalardan yararlanmış kişilere ulaşmaya çalışması gibi etkileri olmaktadır.

Ayrıca alternatif yollardan bir başkası Çin tıbbında binlerce yıldan beri uygulanan akupunktur tedavileridir. Bu yöntem hem hastalıkların tedavisinde hem de zayıflamada alternatif bir yol olarak sunulmaktadır.

Sağlıklı olmak ve sağlıklı yaşamaya odaklanmış hale gelen bireyler, kendilerine sunulan bu bilgi bolluğu içinde, ne yapacaklarını bilemez hale gelmiştir. Hangi önerinin doğru, hangi mucizenin gerçek olduğunu bilmelerinin olanaksız olduğu bu bilgi kirliliğinde bireyler, hem maddi hem de manevi zarara uğrayabilir.

7. Cinsel Yaşam, Cinsel Hastalıklar

Hürriyet gazetesi ve eklerinde sağlığa ilişkin çok sayıda haber/yazı olmasına karşın, cinsel davranışlar ve cinsel hastalıklar daha az yer (%3.2) bulmaktadır (3008/96).

Medyada cinsel yolla bulaşabilecek birçok hastalık gündeme getirilmemekte; AIDS, prezervatif kullanımı, doğum kontrolü, istenmeyen gebelik gibi konular yok sayılarak haberler yapılmaktadır. Cinsel yaşam ile ilgili haberler diğer haberler kadar ilgi görmesine rağmen, çoğunlukla kalp hastalıkları veya diyet haberleri kadar rahat okunmamakta; daha çok, gizli saklı okunmaktadır.

AIDS konusunda yer alan haberler, Dünya AIDS Günü nedeniyle yapılan birkaç haberden ibarettir. Doğum kontrolü hakkında çıkan birkaç haber/yazı ise doğum kontrol haplarının kilo aldırıp aldırmaması ile ilgilidir:

> Doğum kontrol hapları kilo aldırır mı?
>
> Hap kullanıldığında kilo alma korkusu, kadınların haplardan daha az etkili doğum kontrol yöntemlerini seçmelerindeki en önemli nedendir. Çok yeni yapılan bir araştırmada, doğum kontrol haplarıyla ilgili 44 ayrı çalışmadan çıkartılan sonuçlara göre, hapların kilo aldırdığına dair bir kanıt ortaya konulamamıştır.
>
> Kadınların yaşları ilerledikçe kilo alma eğilimlerinin arttığı bilinen bir gerçek olmakla birlikte, bu artışta hapların etkili olduğu çok şüphelidir. Ayrıca kilo alma tespit edilirse bile bunun sağlığa zararlı bir artış olmadığı da düşünülmektedir. Halen birçok hekim de kilo aldırabileceği konusunda hastalarını doğum kontrol haplarına karşı uyarmaktadır (*Kelebek*, 27.08.2008, s.9).

Doğum kontrol haplarının kilo etkisi üzerine haber yapılırken; diğer korunma yöntemleri, yan etkiler, bilgi edinilebilecek yerler hakkında bilgilendirici nitelikle bir iki haberi geçmemektedir. Kadınların, korunma yöntemleri ile ilgili olarak bilmeleri gereken tek şey, kilo üzerine etkisi midir?

Cinsel yaşam ile ilgili bilgi yokluğunun karşıtı olarak, cinsellikle ilgili bilgilerin dikkat çekici, abartılı veya mizahi bir dille anlatımı ile karşılaşılmaktadır:

> İdeal cinsel birleşme süresi 3-13 dakika
>
> Seks terapistleri arasında yapılan bir ankete göre ideal cinsel birleşme süresi 3 ile 13 dakika arasında olarak saptandı. Journal of Sexual Medicine Dergisi'nin mayıs ayında yayınlanacak araştırma sonuçları, ön sevişme süresini kapsamıyor.
>
> Seks terapistleri 1-2 dakika süren cinsel birleşmeyi "çok kısa" olarak nitelediler. Journal of Sexual Medicine Dergisi editörü Dr. Irvin Goldstein, 2005 yılında 1500 çift arasında 4 hafta süren bir araştırma ile ortalama cinsel birleşme süresinin 7.3 dakika olarak bulunduğunu söyledi.

> Bu araştırma sırasında kadınlara kronometre verilmişti. Klinik psikolog Marianne Brandon, "Hem yaşlı hem de genç erkekler için cinsel birleşmeyi uzatabilmek zordur. Başkalarının seks yaşamıyla ilgili birçok yanlış bilgiye sahibiz. Birçok kimsenin seks yaşamı başkalarının düşündüğü kadar heyecanlı değil" diye konuştu (Hürriyet, 04.04.2008, s.5).

İdeal cinsel birleşme süresine ilişkin verilen haberde, normalleştirme/stardartlaştırmanın olduğu da söylenebilir. İdeal beden ölçüsü, ideal kilo gibi, idealize edilmiş bir cinsel birleşme süresinin, bir çalışmanın sonucu da olsa, çarpıcı bir başlıkla verilmesi, bireylerin beklentileri ya da yaşam pratiklerini gözden geçirmelerine neden olabilir. Türkiye'de cinsel yaşam ile ilgili sorunlarla ilgili olarak doktora başvurma oranının düşük olması göz önünde bulundurulduğunda, bu tür bilgilerin bireylerin içine kapanması, kendini kötü hissetmesi veya daha farklı psikolojik sonuçları olabileceği düşünülmektedir.

Bununla beraber cinsel yaşam, beslenme, egzersiz, sağlıkla bağlantılı olası faydaları ile haber olmaktadır: "Cinsel gücü artıran besinler" (*Kelebek*, 30.04.2008, s.4) "Sizin için afrodizyak beslenme" (*Hürriyet Cumartesi*, 12.04.2008, s.15), "Sabah 6 seksi 300 kalori yaktırıyor" (*Hürriyet*, 19.03.2008, s.5).

Cinsel yaşamla ilgili doğrudan haberler yerine, gündelik yaşam pratiklerinin cinsel yaşam üzerinde etkileri, çarpıcı başlıklarla iç sayfalarda yerlerini bulmaktadır:

> Hapşırık cinsel uyarı belirtisi
>
> İngiliz bilim insanları hapşırığın nedenlerini araştırdı. İnsanların dörtte biri, güneş ışığına maruz kalınca hapşırıyor. Hapşırmanın ikinci nedeni daha ilginç: seks düşünmek ya da orgazm olmak da hapşırtıyor. Bu durum, kadınlarda ve erkeklerde kontrol dışında gerçekleşiyor. Oxford'daki John Radcliffe Hastanesi'nde görevli kulak burun boğaz uzmanı Dr. Mahmud Bhutta, ilk başlarda bu olaya inanmadığını ancak yapılan araştırmalardan sonra ortaya atılan iddiaların doğru olduğunu söyledi. Kimliği açıklanmayan bir adam, ne zaman cinsel açıdan uyarılsa, hapşırık tuttuğunu öne sürmesi üzerine, olay araştırılmaya başlanmıştı.
>
> Hapşırıldığında hava burundan saatte 150km. hızla çıkıyor ve 40bin kadar mukus damlacığı saçılıyor.
>
> Biri hapşırdığında sadece İngilizler ve Türkler "Çok Yaşa" diyor. Nedeni, hapşırıldığında ruhun bedenden kaçabileceği yolundaki eski inanış (Hürriyet, 21.12. 2008, s. 6).

İç sayfalarda yer alan, başlığı ile dikkat çeken haberin ilk satırları okunduğunda, haber, cinsel yaşam ile ilgili bir araştırma sonucunu bildiriyor gibi görünmektedir. Ancak haberin tamamında, yapılan araş-

tırma hakkında bilgi verilmemekte; hapşırık ile cinsel uyarı arasındaki bağlantı açıklanmamakta; hapşırık ile ilgili başka bilgiler verilmektedir.

Bu örnekten de hareketle, okuyucunun çarpıcı, dikkat çekici bir başlığı okuduktan sonra haberin devamını okumayacağı düşüncesi veya bilgisi, haberin başlığını daha da önemli hale getirebilmektedir. Metnin içeriği ise ikinci planda kalmaktadır.

Özetle cinsel yoldan bulaşan hastalıklar, doğum kontrollü ile ilgili mesajlara medyada nadiren yer verilmektedir. Buna ek olarak, cinsel imgelerin çoğu genç mizaçlıdır; cinselliğin zevk vermesine odaklanmakta ve komik bulunabilecek yönlerini vurgulamaktadır.

D. Diğer Sağlık Bilgileri

1. Mucize-Moda-Skandal-Türk Doktor ve Hasta Hikâyeleri

Haberde/yazıda mucize-moda-skandal-Türk doktor ve hasta hikâyelerine %9.2 oranında yer verilmiştir (3008/276). Tek bir kategori altında birleştirilmiş bu konu başlıkları birbirlerine, mucizevi bir hasta hikâyesi olabilmesi, bir Türk doktorun mucizevi tedavisi, hasta hikâyesinin bir skandal içerebilmesi nedeniyle yakın bulunmuştur. Haberler tek tek bir konu başlığına girebildikleri gibi, belirtilen farklı konu başlıklarını da içermeleri gerekçesiyle bir kategoride toplanmıştır.

Bireylerin mucizelere inanmaları, sıra dışı tedavi yollarına başvurmaları çok eski zamanlara dayanır. Bireylerin inanışına karşın, medyada bu tarz sağlık sunumlarına sık yer verilmesi ile bireylerin sağlığa ilişkin hayal kırıklıkları ve umutsuzluktan kaçışları desteklenmektedir. Aynı zamanda, mucize ve sıra dışı tedavilere inanış, durumu kendi lehine kullanacak kişilerin ortaya çıkmasına; bu kişilerin "süper kahramana" dönüştürülmesine, dolayısıyla mucize beklentisine neden olabilir.

Doğru sağlık bilgilerinden daha çok izlenme oranı olan, bahsedilen türde kişi ve programların, ticari olarak getirisi de yüksek olacaktır. Bu tür önerilere bireylerin yüksek oranda ilgi göstermesi olağan karşılanabilir. Ancak her geçen gün daha abartılı önerilerin yer alması sonucu, basit bir akıl yürütme yoluyla gerçek olmadığının anlaşılabileceği bir durumda bile, her söylenenin mucize konumuna taşınmasına neden olmaktadır. "Mucize iksirler", "mucize tedaviler" ve "kozmik ürünler", her gün farklı formülasyonlarla medyada, özellikle televizyonda yerini almaktadır.

Gazetede yer alan mucize nitelikli haberler daha çok, tedavi olanağı veya yaşama şansı olmadığı söylenen bireylerin, iyileşme veya yaşama hikâyeleridir:

Felç olan genç uzay terapisiyle yürüyor

Aydın Amatör Süper Liginde eden Aydın Belediyespor oyuncusu Kemal Kılıç (17), geçen haziran ayında tatil yaptığı Kuşadası Davutlar'da deniz kazası geçirdi. Vestel Manisaspor'un altyapısından kendisine gelen teklifle sevinçten havalara uçan Kılıç, mutluluğunu paylaştığı ailesiyle birlikte 2 Haziran 2007'de denize girmek için sahile indi. Sahilden denize koşarak atlayan Kemal Kılıç, sığ suda başını kuma çarptı. Hastaneye kaldırılan Kılıç'ın boynunda kırıklar oluştuğu ve felç geçirdiği belirlendi. Boynundan ameliyat olan, 3.5 ay hastanede yatan Kılıç'ın ailesi oğullarını yeniden yürürken görmek için çırpınıp durdu. Kılıç ailesi uzay terapisi

olarak adlandırılan "therasuit" tedavisinin oğulları için bir umut olduğunu öğrenince, bu tedaviyi uygulayan Bursa'daki Özel Bilgiç Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'ne başvurdu. Özel tedavi programına sokulan Kılıç, burada masaj, vücuda sıcaklık uygulaması, özel Therasuit kıyafetiyle halatlarla bağlandığı kafes içi egzersizleri, paralel barda yürüme, pedal çevirme gibi tedavi yöntemlerinin ardından, ikinci hafta koltuk değneğiyle üçüncü hafta ise kendi başına yürümeyi başardı. Yaşadığı talihsiz kazayı aklından hiç çıkarmadığını belirten Kılıç, "gücümü toparlayabilirsem yeniden sahalara dönmek istiyorum" dedi (Hürriyet, 11.01.2008, s.5).

Felç olarak iyileşmesi hemen hemen imkânsız görünen gencin, uzay terapisi ile yeniden yürüyebilmesi, hem bir mucize olarak yansıtılmakta hem de benzer durumdaki hastalara bir umut olmaktadır. Bu haberde mucize iyileşme ve hasta hikâyesi bir aradadır.

Bir başka mucize haberi ise hamile bir annenin ölümü sonucu yaşatılmaya çalışılan bebek ile ilgilidir:

Mucize bebek doğdu adı Sadi Rıza oldu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi'nde Prof. Dr. Rıza Madazlı başkanlığındaki ekip tarafından durumu yakından takip edilen Yıldız Alçı'nın tansiyonu dün 17.15'de düşmeye başladı. Genel durumu kötüleşince, doktorlar bebeğin hayatını riske atmamak için Yıldız Alçı'yı doğuma aldı. Sezaryenle alınan erkek bebek, 750 gram ağırlığında dünyaya geldi. Beyin ölümü gerçekleşmiş anneden meydana gelen Türkiye'de ilk, dünyada 14. vaka olan Sadi Rıza, Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi'nde kuvöze alındı. Bebeğin sağlık durumu Prof. Dr. Barbaros Ilıkkan başkanlığındaki ekip tarafından saniye saniye izleniyor... (Hürriyet, 25.01.2008, s. 7).

Mucize haberlerinin yanı sıra medyada sağlık ve sağlıklı yaşam ile ilgili haberlerin "moda" haline geldiği gözlemlenmiştir. Sağlıkla ilişkilendirilebilecek tüm ürün ve hizmetler için de moda yaratılmakta; özellikle beslenme konusundaki moda hızla değişmektedir.

Örneğin "brokoli yiyin, antioksidan özelliğinden yararlanın" gibi bir bilgi, birkaç gün sonra yerini "nardaki antioksidan oranı çok yüksek, bol bol tüketin"e terk etmektedir. Bazen de sağlık üzerinde olumsuz etkileri nedeniyle besinler yasaklanmakta; daha sonra farklı çalışmaların yapılmasıyla yasak kalkmaktadır. Örneğin sarısındaki kolesterol düzeyinden ötürü yasaklılar listesine alınan yumurta "aklanmıştır"

Yumurtaya iade-i itibar

Yumurta yüksek kolesterol içeriği bir yana bırakılırsa mükemmel bir yiyecektir. Vitamin ve mineralden zengindir. Yumurtada bol miktarda folik

asit, diğer B vitaminleri ve D vitamini var. Ayrıca doymuş yağ oranı çok düşüktür. Proteinlerden zengindir. Bilinen en faydalı, güçlü etkili hayvansal protein kaynağıdır. Düşük kalorili bir yiyecek olması nedeniyle kilo kontrolünü kolaylaştırır. Ayrıca son derece lezzetli bir besindir. Pazar sabahlarına suda haşlanmış ya da yağda pişirilmiş bir yumurtayla başlamak mükemmel bir keyiftir. Çocukların büyüme ve gelişmeleri yumurta olmadan kolay kolay başarılamaz. Ne var ki 30-40 yıl önce kolesterolün kalp hastalığı ile bağlantısının keşfi, yumurtanın önüne biraz gölge düşürdü. Araştırmalar sağlıklı bir insanın günde 200-300 mg civarında yumurta tüketmesinin yeterli olacağını gösteriyordu ve bir yumurta sarısında 200 mg civarında yani tavsiye edilen günlük kolesterol alımının üçte ikisi kadar kolesterol vardır. Ne değişti de yumurtaya bu kadar övgü yapıyor, göklere çıkarıyorsunuz diye düşünebilirsiniz. Bunun birçok nedeni var ama en önemlisi bir "iade-i itibar" ve yumurtanın o dayanılmaz lezzetidir...(Hürriyet, 01.12.2008, s.5).

"İadei itibar"a rağmen yumurta ilgili bilgiler, aynı ayın içinde, farklı görüşlerle bilim adamlarının tartışma konusu olmaktadır:

Yumurta, bilim dünyasını böldü

Kalp ve damar cerrahı Prof. Dr. Bingür Sönmez'in, "yumurtadaki kolesterolden korkmaya gerek yok" diyerek, yıllarca yumurta yedirmediği hastalarından özür dilemesi üzerine tıp dünyasında başlayan tartışma sürüyor. Türk Kardiyoloji Derneği Bilim Kurulu'nu toplayarak verileri tartıştı. Dernek genel sekreteri Prof. Dr. Ömer Kozan, Prof. Dr. Sönmez'in söylediklerine, "Tamamen yanlış bilgi. Toplumda infial yarattı. Bir yumurtanın beyazı protein ama sarısında 200mg kolesterol var. Kolesterolü yüksek hastalarımıza önerimiz haftada 1-3 yumurta. 'Sınırsız yiyin' gibi bir ifade bilimle bağdaşmıyor" dedi. Prof. Dr. Ömer Kozan, her 100 ölümden 48'inden, kalp ve damar hastalıklarının sorumlu olduğunu da hatırlattı.

Türk Kardiyoloji Derneği Kadın ve Kalp Sağlığı Proje Ekibi üyesi Doç. Dr. Meral Kayıkçıoğlu da, "Yumurta ve kolesterol konusundaki doğrular" başlığında yayımladığı yazısında, vücutta pek çok fonksiyonu olan kolesterolün, fazlalığının damar sertliğine yol açtığını belirtti. Yumurta tüketimindeki artışın kalp damar hastalığı ve ölüm riskini arttırdığının saptandığını belirten Doç Dr. Kayıkçıoğlu, "Bu zararlı etki en fazla şeker hastalarında görülmüştür" dedi. Doç Dr. Kayıkçıoğlu tüm bunların, "Kesinlikle yumurta yemeyin anlamına gelmediğini vurguladı (Hürriyet, 24.12.2008, s.4).

Benzer bir tartışma, Türk mutfaklarında uzun yıllardan beri önemli bir yere sahip margarinin son yıllarda içinde bulunan trans yağlar nedeniyle, tercih edilmemesi önerilen yağlardan biri olması ile ilgilidir. Düşen margarin satışları nedeniyle, 2008 yılında, margarin üreticileri ortak bir çalışma ile, margarinin çok az trans yağ içerdiğini ve sağlıklı olduğunu savunmuştur. Özetle yıllar içinde, moda haline getirilen ya da yasaklanan

yiyeceklerin modasının geçtiği ya da yıllar sonra aklandığı görülmektedir.

Çok hızla değişen bilgiler, tartışmalar, en çok, bu bilgiyi gündelik yaşamlarında kullanacak bireyler açısından önem taşımaktadır. Hangi bilgi doğru, hangi bilgi güvenilir sorularından doğan karışıklık nedeniyle, bireylerin davranış kalıpları yanlış yönde değişebilmektedir. Örneğin öğrendiği bilgiler nedeniyle, kolesterol yüksekliği olmamasına rağmen, bireyin kendisi ya da çocuklarının yumurta yememesi gibi bir sonuç doğurabilir.

Sağlıklı beslenme modası gibi, estetik, kozmetik ve egzersiz için de moda yaratıldığı; "burun estetiğinde son trendler", "2009 burun estetiği modası" vb haberlerin yapıldığı da görülmektedir.

Mucize ve modanın yanı sıra, sağlıkla ilgili skandal haberleri medyadaki yerini korumaktadır. Sağlık skandalı haberleri en sık gazetelerde görülmektedir. Günümüzde daha çok doktor hatasından kaynaklanan skandal haberlerine rastlandığı söylenebilir:

> Hamile anne 1.5 YTL'lik iplik olmadığı için öldü
>
> Sivas'ta merkeze bağlı Gazi Köyü'nde dördüncü çocuğuna hamile 3 çocuk annesi Fatma Ayan (26), doğumuna 10 gün kala rahatsızlandı. Yeşil Kartlı Ayan, eşi Şahin Ayan (32) İstanbul'da olduğu için, 7 Temmuz günü kayınbiraderi Yıldıray Ayan tarafından Numune hastanesi doğum servisine götürüldü.
>
> Hastanede yapılan ilk müdahale ve incelemeler sonucunda, anne karnında kordonu kopan bebeğin öldüğü anlaşıldı. Doktor M.B. tarafından yapılan sezaryenle ölü bebek alındı. Operasyon sonrasında kanamanın devam ettiğini gözleyen doktor, kanamanın durmaması halinde rahmin de alınabileceğini hastanın yakınlarına iletti. Doktor M.B. bu operasyon için hastayı doktor L.K.'ya teslim ederek ayrıldı. Kanama durmayınca ikinci bir operasyon yapılmasına karar verildi.
>
> Operasyonun yapılabilmesi için iddiaya göre hastane içerisinde bir süre "sütür1" denilen ameliyat ipliği arandı ancak bulunamadı. Hasta bir süre bekletildikten sonra, acil olarak Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesine sevk edildi. Burada da bir süre bekletilen Ayan ameliyata alındı. Ancak aşırı kan kaybettiği için yaşamını yitirdi.
>
> Olay sonrasında Fatma Ayan'ın yakınları Cumhuriyet Başsavcılığı'na başvuruda bulunarak ihmal olup olmadığının belirlenmesini istedi. Numune Hastanesi'nden kusurları olmadığı yönünde rapor gelince Savcılık takipsizlik kararı verdi. Türkiye'de anne ve bebek ölümlerini derinlemesine inceleyen Sağlık Bakanlığı'nın talimatıyla olayı araştıran Sivas Sağlık Müdürlüğü ise, daha önce verilen doktor ifadelerinin aksine, müdahale yapılamamasının nedeninin, "sütür1" adlı ameliyat ipliğinin bulunmaması olduğunu belirledi. Yapılan soruşturma kapsamında, ameliyat ipliğinin, geçen yıl mayıs ayında Sağlık Bakanlığı tarafından "Çin Malı" ve "uygun ürün olmadığı" gerekçesiyle toplatıldı. Hastane yönetiminin de zamanında

yeni ihale açmayarak bu tıbbi malzemenin alımını geciktirdiği iddia edildi (Hürriyet, 07.03.2008, s.5).

Bir başka skandal haberi de doktor hatasından kaynaklanan durum ile ilgilidir:

> Yine bir doktor hatası
>
> Bebeğin down'lu olduğunu söylemeyen doktor hatalı
>
> Bir hastanede kadın doğum uzmanı olarak çalışan A.Ç. test yaptırmalarına rağmen İlhami ve Mücella Patoğlu çiftine, bebeklerinin "down sendromlu" olduğunu söylemediği için bilirkişi tarafından hatalı bulundu. Minik Süreyya'nın babası İlhami Patoğlu, "down sendromlu bir çocuğun bakımı çok zor. Erken öğrenmiş olsaydık gebeliğe son verebilirdik. Şimdi bize bir şey olursa ona kim bakar" dedi... (Hürriyet, 08.04.2008, s.5)

Yargıya intikal etmiş ve tartışmaları bitmemiş bu ve benzeri olaylar medyada sık yer almaktadır. Medyaya hiç yansımayan bu ve benzeri sağlık skandallarının gerçekleşmesinin önüne geçmek, sağlık politikalarıyla birlikte toplumun bilinçlendirilmesiyle mümkün olacaktır.

Doktor veya hastane olanakları nedeniyle gerçekleşen sağlık skandallarının yanında, zayıflama uğruna kaybedilen yaşamlar da *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde konu edilmektedir.

Medyada "formda olmak" ve "zayıflamak" konusunda yapılan vurgunun fazlalığı nedeniyle bireyler, bedenlerinden ve dolayısıyla kilolarından mutsuz olmaya başlamaktadır. Sürekli olarak "zayıflamak gerektiği" ve "kolay zayıflama yöntemleri" sunulduğundan, bireyler kendilerini bir diyet ve zayıflama yönteminden diğerine koşarken bulmaktadır. Hızlı ya da kontrolsüz zayıflamaya çalışan birçok bireyin sağlık sorunu yaşadığı bilinen bir gerçektir. Dayatılan zayıflık idealini gerçekleştirmek için yüksek ücret ödemeye razı olanlar zaman zaman hayatını yitirmektedir.

Dr. Muzaffer Kuşhan'ın İstanbul Polonezköy'deki zayıflama kliniğinde, gerekli sağlık kontrolleri yapılmadan, ağır bir diyet ve zayıflama kampına giren genç kızın aniden ölmesi Kuşhan'ın kliniğinin kapanmasına ve bu konudaki tartışmaların büyümesine neden olmuştur. Elbette, gerekli önlemlerin alınması gerekliliği ölümle sonuçlanan vakalar olmadan gerçekleştirilmelidir.

Ayrıca özellikle obezite sorunu yaşayan bireyler için, çok daha büyük miktarlarda kilo kaybetmelerini sağlayan mide kelepçesi takılması ve benzeri ameliyatlar da, medyada yazı dizileri veya program konuları olmaktadır. Bu ameliyatların basit, küçük operasyonlar olarak algılan-

ması, ameliyatın olası risklerinin düşünülmemesi sonucunu doğurabilmektedir. Bu tür ameliyat sonrası hayatını kaybeden bireyler ile ilgili haberler de medyada yer bulmaktadır:

> 45 kilo aldırdı kalp krizinden öldü
>
> Türkiye'de ilk kez gerçekleştirilen ameliyat ile vücudundan 45 kilo yağ alınıp, 225 kilodan 180 kiloya düşen 68 yaşındaki Aydın Kesler, geçirdiği kalp krizi sonucu yaşamını yitirdi. Konya'da, 3 çocuk babası Aydın Kesler, 15 yıl önce yakalandığı obezite nedeniyle 225 kiloya kadar çıkmıştı. Aldığı kilolar sebebiyle son 1 yıldır göbeğinden bacaklarının arasına kadar sarkan yağlar yüzünden yürüyemez hale gelen Kesler, geçen ocak ayında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde ameliyat edilmişti. 5.5 saat süren ameliyatla vücudundan 45 kilo yağ alınan Kesler, 180 kiloya düşmüştü. Kesler, iki hafta gözlem altında tutulduktan sonra taburcu edildi. Konya'daki evine dönen Kesler dün Nalçacı Mahallesi'ndeki evinde kalp krizi sonucu yaşamını yitirdi (Hürriyet, 07.03.2008, s.5).

Operasyonların belirli risklere sahip olduğu bilinmektedir. Ayrıca, sadece zayıflama ameliyatlarına bağlı olarak değil; çok farklı sağlık sorunları nedeniyle gerçekleştirilen operasyonlara bağlı ölümler gerçekleşebilmektedir. Burada önemli olan, öncelikle giderek yaygınlaşmakta olan obezite sorununa kökten çözüm yolları bulmaya çalışmak; hareketsiz yaşam tarzını değiştirecek olanaklar yaratmak; medyada zayıflama konusundaki yoğun bilgi akışı ve bilgi kirliliğini azaltmak gerektiğidir. Bilgilerin doğruluğunun sağlanarak bireylerin bilinçlendirilmesinin de bu konudaki adımlara destek olacağı söylenebilir.

Sağlık haberlerinin arasında özellikle dikkat çeken başlıklardan bir diğeri "Türk doktor" konusuna yapılan vurgudur. Çoğunlukla yurtdışında yaşayan ve başarılı çalışmalara imza atan doktorlarla ilgili haberlerde "Türk" oldukları özellikle belirtilmektedir. Türkiye'de görev yapan "Türk" doktorların da başarılı çalışmaları olmasına rağmen, yurtdışında yaşayan Türk doktorların başarıları "gurur" vesilesi olarak sunulmaktadır:

> En iyi kardiyologlar arasında bir Türk
>
> ABD'nin Pittsburgh Üniversitesi'nde dersler veren Türk kardiyolog Prof. Dr. Özlem Soran, dünyanın en iyi kardiyologlarına aynı platformda sunum yaptı. Amerikan Kardiyoloji Koleji'nin (ACC) 57'nci bilimsel oturumuna bu yıl 57 yıl aradan sonra ilk kez bir Türk doktor katıldı. ABD'nin Chicago kentinde gerçekleştirilen ve 30bin kişinin takip ettiği ACC'nin bu toplantısı, kardiyoloji dünyasının en önde gelen toplantılarından birisi olarak oldukça önemli. Prof. Dr. Özlem Soran, ABD'de 1995 yılından bu yana damar tıkanıklığı tedavisinde uygulanan "Güçlendirilmiş Eksternal Kontrpulsasyon" (EECP) yönteminin, kalp yetmezliğinde de etkin ve güvenilir

bir şekilde kullanılabilirliği ile ilgili bir sunum yaptı. Bu sistemi ilk kez kendisi ispatlayan ve bunu büyük bir başarıyla sunan Prof. Soran katılımcıların büyük takdirini kazandı. Prof. Soran'ın çalışması kongrede sunum için seçilen 12 çalışmadan biriydi (Hürriyet, 13.04.2008, s.4).

Sağlık haberleri arasında yer alan bir diğer konu da hasta hikâyeleridir. Hasta hikâyeleri çoğunlukla hastalıktan kurtulma ümidi, hastalığın devamı, ölüm gibi sonuçları ile gündeme gelmektedir. Hasta hikâyelerinde daha duygusal ifadelere yer verilmektedir. "Zavallı kadın", "son isteği", "tek hayali" gibi ifadelere hasta hikâyelerinde sıklıkla rastlanmaktadır:

Bir kalp bulunabilse Oğuzhan da koşacak

Oğuzhan henüz iki aylıkken minik kalbinde sorunlar başladı. Bugün 10 yaşında ve kalp yetmezliği yüzünden yoğun bakımda yatıyor. Bir aydır da nakil için uygun kalp bekliyor. Okulun en başarılı öğrencisi olan Oğuzhan'ın tek hayali ise bir gün akranları gibi sokaklarda özgürce koşabilmek... (Hürriyet, 14.01.2008, s. 7)

Bu haberde de görüldüğü gibi, hikâye anlatır gibi yazılmış haberde, "henüz iki aylıkken", "minik kalbinde", "en başarılı öğrenci", "tek hayali" ve "sokaklarda özgürce koşabilmek" gibi vurgular yapılmıştır. Okuyucu ile haber arasında kurulmaya çalışılan bağ, genel olarak herhangi bir sağlık sorununa çözüm olmazken, nadir durumlarda hayırsever bir vatandaşın cihaz, protez, tekerlekli sandalye ve benzerlerini hastaya ulaştırmasına neden olabilmektedir.

Ölümle sonuçlanmış hasta hikâyelerinde de "son dakikaya kadar direndi", "umudunu hiç kaybetmedi" gibi ifadeler kullanılmaktadır:

10 yıl organ bağışı bekledi nakilden 10 saat sonra öldü

Trafik kazasında beyin ölümü gerçekleşen Mehmet Cihanoğlu'nun (19) karaciğeri, 10 yıldır organ bekleyen Mersinli imam Halil Kaygısız'a (48) nakledildi. Büyük bir umutla sağlığına kavuşmayı bekleyen Kaygısız, ameliyattan 10 saat sonra vücudundaki kan pıhtılaşması nedeniyle hayatını kaybetti (Hürriyet, 02.02.2008, s.6).

10 yıl organ bağışı bekleyen hasta ile ilgili haberde, hem uzun yıllar beklediği, sabrettiği hem de sağlığına kavuşmayı umut ettiği vurgulanmaktadır.

Hasta hikâyelerinden bir diğeri de iyileşmesi güç ya da nadir olan hastalıkları yenmiş kişilerin hikâyeleridir. "Kanseri nasıl yendim", "Siz de başarabilirsiniz" gibi yazı dizileri ve kitaplarla iyileşen hastalar, aynı durumda olan hastalar için bir umut olmakta, moral vermektedir.

2. İstatistik-Araştırma-Buluş

Hürriyet gazetesi ve eklerindeki haberde/yazıda sağlığa ilişkin istatistik, araştırma ve buluş konularına yer verilme oranı %11'dir (3008/332).

Sağlık ve sağlığa ilişkin haberlerde/yazılarda tıp alanındaki gelişme haberleri de yer bulmaktadır. Buluş ve gelişmelerle ilgili haberler, sağlıklı yaşam önerilerinden daha az bir orana sahip olsa da, özelikle ilaçlarla ilgili araştırma geliştirmeler sansasyonel haberlerle medyada yerini almaktadır. İlacın geliştirilme safhası tamamlanmadan, ne zaman kullanılabileceği bile henüz belli olmadan, "Kansere çare bulundu!", "Obeziteyi sonlandıracak ilaç", "Migrenin sırrı çözüldü", "Yeni ilaç tümörleri yok ediyor!" benzeri başlıklı haberler, okuyuculara boş ümitler vaat edebilirken, hayal kırıklıklarına da sebep olabilmektedir:

> Yüksek tansiyona karşı aşı bulundu
>
> İsviçreli bilim adamları, damarların daralmasına neden olan hormonun seviyesini düzenleyerek yüksek tansiyonu önleyen bir aşı geliştirdiler. Dr. Martin Bachmann'ın önderliğinde geliştirilen "AngQb" isimli aşıyla yüksek tansiyon hastaları felç ve kalp krizi riskinden korunmuş olacak. Yüksek tansiyona neden olan "angiotensin 2" adı verilen hormonun, vücutta kan basıncını artırdığı ve yeni geliştirilen bu aşıyla da vücudun savunma sisteminin hormona karşı bir antikor geliştireceği belirtildi. Bahmann, aşının 72 kişi üzerinde başarıyla denendiğini ve 4 yıl içerisinde piyasaya sürüleceğini bildirdi (Hürriyet, 08.03.2008, s.6).

Yüksek tansiyona aşı bulunduğu ile ilgili haberde ne kadar zaman sonra piyasaya çıkacağına dair bir bilgi olmasına rağmen, çoğu haberde böyle bir bilgi bulunmamaktadır. Araştırma veya buluşla ilgili haberlerin, teşhis ve tedavi ümidi içindeki hastaları yanlış bilgilendirebilmeleri olasılığı, bu tür haberlerin daha dikkatli yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Özellikle çağın hastalığı olarak kabul edilen kanser hastalığı ile ilgili gelişmeleri konu alan araştırma ve buluş haberleri, bireylerin boş ümitlere kapılmasına, bu bilgilerle henüz başlamamış tedavileri aramasına neden olabilir:

> Meme kanserini yayan süper gen keşfedildi
>
> Meme kanserinin diğer organlara yayılmasına neden olan "süper gen" bulundu. Amerikalı bilim adamları, "ana düzenleyici" olduğunu belirledikleri SATB1 kodlu genin, tümör hücreleri içindeki 1000'den fazla diğer genin davranışlarını yönettiğini keşfetti. İngiliz bilim dergisi Nature'da yayınlanan araştırmayı yöneten Berkeley Üniversitesi bilim adamı Termu-

mu Kohwi-Shigematsu, "SATB1 kanser tedavisinde kayda değer bir hedef olacak" dedi. Söz konusu "süper gen" aşırı faal durumdayken kanser hücrelerinin yayılmasına neden olurken etkisiz hale getirildiğinde hücrelerin bölünüp göç etmesini engelliyor. Araştırma sonuçları sayesinde meme kanserinde metastaz sürecini önleyecek yeni ilaçların geliştirilmesi de mümkün olacak (Hürriyet, 13.03.2008, s.7).

Bununla beraber, Prozac ve Viagra gibi, sansasyonel haberlere konu olan, mucizevi gibi gösterilen ilaçların da doktor kontrolünde alınması gerekliliği, bu tür haberlerin etkisiyle gözden kaçabilmektedir.

İlaçlardaki gelişmelerin yanı sıra tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler de medyada yer bulmaktadır. Tıbbi teknoloji haberleri de zaman zaman olduğundan daha etkili, teşhis ya da tedaviyi çok daha kolay hale getirmiş gibi gösterilmektedir. Teknolojinin nerede, ne amaçlı kullanıldığını bilmeyen hastaların, hekimlerine teşhis ve tedavi için başvurmasına neden olabilmektedir. Medyada sağlık editörlerinin yer alması ve daha sıkı bir denetimin olması, bilgi kirliliği ve yanlış bilgilenmenin önüne geçebilir.

3. Yasal Düzenleme-Sağlık Politikaları-Rutin Sağlık Haberleri

Haberde/yazıda yasal düzenleme, sağlık politikaları ve rutin sağlık konularına yer verilme oranı %10,6'dır (3008/318).

Türkiye'de, 2008 yılında tütün kullanımına yönelik geliştirilen sağlık politikası, yasal düzenlemelerle hayata geçirilmiştir. Kapalı alanlarda tütün kullanımının yasaklanmasına ilişkin yasal düzenlemelerle, bu yasal düzenlemelerle ilgili bilgilendirmenin yaygınlaşmasını sağlamak amacıyla hazırlanan *Dumansız Hava Sahası* kampanyası medyada yer almıştır.

Tütün kullanımına ilişkin politika ve yasal düzenlemelerin yanı sıra, geliştirilen sağlık politikaları ile ilgili hazırlanan tüm yasal düzenlemeler ve bu düzenlemelerle ilgili gelişmelerin bireylere farklı kanallar aracılığıyla, anlaşılır bir dille verilmesi; yapılan gerekli düzenlemelerin uygulanabilirliği açısından önem taşımaktadır. Farklı ya da eksik bilgiler süreç içinde kafa karışıklığı yaratabilmekte; uygulama esnasında sorunlar yaşanabilmektedir.

Özellikle hastane ve ilaç alımı ile ilgili bireylerin gündelik yaşam pratikleri arasında önemli bir yere sahip olan konulardaki düzenlemeler hakkında, medya aracılığıyla daha fazla bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Yapılan değişiklik ya da düzenlemeden haberdar olmayan bireylerin, hastane ya da eczanelerde ilgili kişilerle tartışmakta olduğu bilinmektedir.

Doktorların çalışma süresi ile ilgili çıkarılan *Tam Gün Yasası, Hürriyet* gazetesinde yer alan yasal düzenlemelerle ilgili haberlere örnek olarak verilebilir:

> Doktor tam günle haftada 40 saat çalışacak
>
> Sağlık Bakanı Recep Akdağ sağlık kurumlarında tam gün uygulamasına geçilmesiyle ilgili taslağın Başbakanlığa gönderildiğini söyledi. Akdağ düzenlemenin tarafların görüşüne açıldıktan sonra TBMM'ye sevk edileceğini söyledi. Akdağ TBMM'de sorular üzerine Sağlık bakanlığı kadrolarındaki her 100 doktordan 70'inin tam gün çalıştığını belirtti. Kanunun yüzde 30'luk kısmın yönetilmesi için hazırlandığını anlatan Akdağ, "kanun taslağı şu anda Başbakanlıkta. Başbakanlık bir toplantı yapacak. Sivil toplumdan da görüşler alacak. Ondan sonra da Bakanlar Kurulu'na gelecek" dedi. Akdağ, Türk Tabipler Birliği'nin genel yaklaşımının da tam gün yasası olmasından yana olduğunu söyledi.
>
> Akdağ doktorların tam gün çalışmasıyla ilgili yasa taslağı hakkında şu bilgileri verdi: "Kamu hastanelerinin döner sermaye uygulamaları ile üniversitelerin döner sermaye uygulamalarını paralel hale getiriyoruz. Bu üniversitelerin de talebiydi. Hekimlerimizin özlük haklarıyla ilgili iyileştirmeler var. Bütün sağlık çalışanlarının özlük haklarıyla ilgili iyileştirmeler var. 45 saatlik çalışma süresini 40 saate indiriyoruz. Nöbet ücretleriyle ilgili iyileştirmeler getiriyoruz. Doktorların emeklilik maaşlarının iyileştirilmesiyle ilgili düzenleme de taslağımızda var." (Hürriyet, 30.04.2008, s.10).

Hürriyet gazetesinde rutin sağlık haberleri sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerin yanı sıra yer verilen haberler arasındadır. Kongre, açılış, bazı sağlık konularında yapılan periyodik açıklamalar rutin sağlık haberleri olarak değerlendirilmiştir:

> Antalya'da dev kongre
>
> Hasta Güvenliği Derneği'nin "Hasta güvenliği için küresel bilgi paylaşımı" ikinci uluslararası kongresi 25-29 Mart tarihleri arasında Antalya'da yapılacak. ABD, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Polonya ve Türkiye'den alanlarında uzman seçkin doktorların katılacağı zirveye 70 ülkenin katılması bekleniyor. Kongre boyunca hasta güvenliği bütün boyutlarıyla masaya yatırılacak (Hürriyet, 10.03.2008, s.4).

Son yıllarda Türkiye'de kene ısırmasından kaynaklanan sağlık sorunları yaşanmaktadır. Kene ısırması nedeniyle tedavi edilenler ve ölenler ile ilgili haberler sıklıkla yer almaktadır:

> Keneden 2 kişi tedavide
>
> Ankara'nın Beypazarı ilçesine bağlı Akaya Köyü'nde kene tarafından ısırılan iki kişi tedavi altına alındı. Kenenin ısırdığı fark edilen 4 ya-

şındaki Serhat A.'nın ailesi ile 36 yaşındaki Fevziye O., Beypazarı Devlet Hastanesine başvurdu.

Dr. Nesrin K. Uysal, hastaların derisine yapışan kenelerin kontrollü olarak çıkarıldığını, ilk tedavilerinin ardından taburcu edildiklerini söyledi. Hastalar 10 gün kontrol altında tutulacak. Dr. Uysal geçmişte de ilçede kene ısırma vakalarının meydan geldiğini ancak Kırım Kongo hastalığının görülmediği söyledi (Hürriyet, 20.03.2008, s.6).

Kene ısırması ve Kırım Kongo kanamalı hastalığı gibi konularda, bireylerin dikkat etmesi gereken durumları da içeren bilgilendirici haber/yazı ya da programlar ulusal boyutta olmasa da planlanmalıdır. Bir yıllık dönem incelendiğinde gazetede kene ısırması nedeniyle tedavi olan veya ölenlerle ilgili haberlerin, ilgili gün ve sayfada kapladığı yerden daha büyük olduğu görülmektedir.

Özetle *Hürriyet* gazetesi ve ekleri 1 Ocak-31 Aralık 2008 tarihleri arasında sağlık ve sağlıklı yaşam tarzı önerilerinin sunumunu ortaya koymak amacıyla analiz edilmiştir. Haberlerin/yazıların mevsime göre farklılık gösterdiği, sıklıkla magazinel bir dil ve konuşma üslubu kullanıldığı, doktora ya da uzmana yönlendirmenin az olduğu görülmüştür. Sağlık haberlerinde/yazılarında mucizelere, buluşlara, araştırmalara ve sağlık hikâyelerine de yer verildiği tespit edilmiştir.

Analiz edilen 3008 haberde/yazıda sağlık konusunun büyük oranda mevcut sağlık söyleminin paralelinde, tıbbileştirilmiş ve bireyselleştirilmiş biçimde sunulduğu görülmüştür. Tıbbileştirilen ve bireyselleştirilen sağlık bilgileri, beslenme, diyet, kozmetik girişim, estetik operasyon, egzersiz gibi yaşam tarzı önerileri içinde yer almaktadır. Gündelik yaşama ait pratiklerin içine gizlenmiş sağlıklı yaşam önerileri bireye yönelik olarak sunulmaktadır. Birey, her gün gazeteden sağlık konusundaki gelişmeleri takip edip, "sağlıklı yaşam" için neler yapması gerektiğini okuyarak öğrenmek ve uygulamak durumunda bırakılmaktadır. Ağırlıklı olarak yaşam tarzı önerilerinin tıbbileştirilmesi ve bireyselleştirilmesi ile sunulan sağlık bilgilerinin arasında toplum sağlığına dikkat çekecek, harekete geçirecek, eleştirecek ve politika geliştirilmesini sağlayacak haberlere/yazılara çok az sayıda yer verilmesi dikkat çekicidir.

Sonuç

Son yıllarda sağlık ve hastalık kavram çiftinin gündelik yaşam içindeki ağırlığının arttığı gözlemlenmektedir. Sağlık anlayışının odağı, "hasta" olmaktan "sağlıklı" olmaya doğru yön değiştirmiştir. Sağlık konusundaki yasal düzenlemelerden "sağlıklı yaşam endüstrisinin" alandaki yerini genişletmesine uzanan bir dizi gelişmenin, sağlık konusunu bilgi kirliliği içinde karmaşık bir düzleme çektiği söylenebilir. Bu düzlemde medyayı sağlık ve hastalık söyleminin ana mecrası olarak saptamak mümkündür.

Özellikle son on yıl içinde sağlık ve hastalık konularının beraberinde medyanın kozmetize edilmiş sağlık konularına her geçen gün daha fazla yer verdiği gözlemlenmektedir. Medyada haber bültenleri, özel sağlık programları, gazete ve dergilerin özel sağlık sayfaları, yazı dizi-

leri ve internetteki sağlık temalı sayfalardaki belirgin artış, sağlık konusundaki söylemin ardına bakmayı gerekli kılmaktadır.

Bu söylemin ardında, tıbbi otoritenin –doktordan sonraki– yeni aktörleri olarak ifade edilebilecek "sağlıklı yaşam endüstrisi"nin olduğu iddia edilebilir. İlaç endüstrisi, kozmetik endüstrisi, tıbbi teknoloji üretenler, özel hastane ve klinikler, sağlık sigorta sektörü gibi geniş bir alanda ele alınabilecek, ticari kaygılarla hareket eden bu "endüstri", sağlık başlığında bireylerin gündelik yaşamlarını, dolayısıyla bedenlerini denetim altına almaktadır.

Foucault'nun (1993) biyo-iktidar olarak tanımladığı bu denetim aracılığıyla tıbbi sosyal kontrol sağlanmakta ve sağlık/hastalık meselesi toplumsal bir sorunsal olarak görülmek yerine, bireyin yaşam deneyimi ve sorumluluğu olarak inşa edilmektedir. Son tahlilde, sağlığa ilişkin sunumların kime hizmet ettiği ise, tıbbi sosyal kontrolle görünmez kılınmaktadır.

Sağlık sorunsalının medya ve medya söylemleri ekseninde analizi ve sağlık iletişimi perspektifinin bu sorunsalı açıklama ve analiz etmekdeki katkısı çalışmanın iki ana eksenini oluşturmaktadır. Birinci amaç olarak ifade edilen medyada sağlık söylemini ortaya koymak üzere, gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi kavramları ortaya atılmıştır.

Daha önceden hastalık olarak tanımlanmayan sağlık ile ilgili konuların ve gündelik yaşam pratiklerinin her geçen gün tıbbileştirildiği söylenebilir. Günümüzde sağlık önemli bir "değer" olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlığın korunmasını sağladığı iddia edilen alanların genişletilmesi, tıbbi sosyal kontrolü sağlamak açısından önem taşımaktadır. Yaşam alanları tıbbileştirildikçe birey, kendine sunulan bilgi, ürün ve hizmetleri tüketmekte; ancak bunların kontrol aracı olduğunu fark edememektedir.

Conrad'ın ifade ettiği gibi (2007, s. 146), "tıbbileştirme salgını" son yıllarda geniş bir alana yayılmıştır ve yayılmaya devam edecek gibi görünmektedir. Özellikle de tıbbın ilgi alanına girmeyen konular ve gündelik yaşam pratiklerinin tıbbileştirilmesi, yakın gelecekte daha fazla alanın tıbbi hale gelebileceğinin habercisi olarak kabul edilebilir.

Sağlıkla ilgili olan ve olmayan birçok konunun tıbbileştirilmesi, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak yaratılmış endişeye kapılmaları ve dolayısıyla çözüm arayışına girmeleri bedenlerin denetiminden beklenen bir sonuçtur. Bireyin sorumluluğu olarak sunulan sağlığı koruma ve geliştirme anlayışı, bireylerin kendilerine sunulan, "sağlık için" olduğu iddia edilen vaat ve önerileri sorgulamadan tüketmelerine neden

olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve buna bağlı olarak sağlık sektöründeki rekabetin, sağlık gibi hayati bir konunun bulanıklaştırılmasına ve sağlıklı yaşam vaatlerinin ardındaki gelişmelerin gizlenmesine neden olduğu söylenebilir.

Bu "sağlık rüyası" paketlenmiş olarak, parça parça ve çeşitli tekniklerle (diyetler, paket programlar vb) bireye sunulmaktadır. Bu durumda bireye, sağlığı için sunulan sağlık önerilerinden birini seçmek kalmaktadır. Her kurum, hizmet sunan, iyileştirici ya da "guru" kendine özgü bir yaklaşım önermekte; her yaklaşım, bir öncekinden farklı ve "daha etkili" olmaktadır. Bilgi bombardımanı içinde, "sağlıkları" için bireyler bir programdan diğerine koşmakta, randevularına yetişmekte, verilen önerilere uymaya çalışmakta, sonuçlarını çevresindeki kişilerle paylaşmaktadır. Bedenlerinin sorumluluğunu almaları beklenirken, bunu nasıl yerine getireceğini bilemeyen bireyler, medya aracılığı ile yenilenen yeni bilgiler ve deneyimlerle donatılmakta; nasıl davranmaları, yaşamaları gerektiği bilgileriyle yeniden biçimlendirilmektedir. Tüm çabalarına rağmen bireyin vaat edilen "ideal sağlığa" veya "standartlaştırılmış bedene" ulaşması mümkün olmamaktadır.

Sağlık genç, zayıf ve formda olmak biçiminde yeniden tanımlanmakta; bireylere bu tanıma uygun, sağlıklı bedene ulaşmanın yolları sunulmaktadır. "Ruhsal ve fiziksel tam iyilik hali"nin[58] karşılığı bu koşullar altında yeniden oluşturulmaktadır. Tüm bu yaklaşımlara rağmen sağlık sorunsalının toplumsal, ekonomik, politik makro bağlamı sorundan bağımsız olarak gündeme bile gelmemektedir. Çok sayıda basit, çabuk çözüm öneren, nitelikli niteliksiz sağlıklı yaşam sunumları, büyük ölçekli sağlık problemlerinin önemsizleşmesine ve görmezden gelinmesine neden olmaktadır.

Kısaca medyanın, toplumsal boyutta ele alınabilecek sağlık sorunlarını, bireyselleştirilmiş seviyedeki problemlere indirgediğini söylemek yerinde bir tespit olacaktır. Medya sağlık sorunsalını kısıtlı olarak ele almakta; nedenler ve çözümler üretilmesine ilişkin ortamın genişlemesine imkân sağlamamaktadır. Iyengar'ın da (1991) belirttiği gibi, medyanın, sağlığı bireysel bir sorumluluk olarak kabul eden epizodik çerçevelendirme ile sunduğu söylenebilir.

Bu noktada sağlık iletişimi perspektifi, sağlık ve sağlıklı yaşam vaatlerinin sunumuna yönelik farklı bir bakış açısı sunabilmesi açısından önemli yer kaplamaktadır. Ancak ne kadar titizlikle hazırlanmış ve ne kadar iyi yürütülmüş olursa olsun, sağlık iletişimi faaliyetlerinin de hedefinin "birey" olduğu unutulmamalıdır. Bireye terk edilmiş bir

58. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947 yılında resmen benimsediği sağlık tanımı.

mekanizma ile toplum sağlığının iyileştirileceğini ummak da hayalcilik olacaktır. Toplum sağlığının iyileştirilmesi sadece bireyin değil; toplum sağlığı için politika yapıcılarının, yani kamu otoritelerinin de sorumluluğundadır.

Ayrıca bir alternatif arayışı içinde, toplum sağlığının iyileştirilmesi için sağlık iletişiminden mucize beklenmemesi gerektiğinin de altının çizilmesi gerekir. Sağlık iletişiminin katkı sağlayıcı özellikleri her ne kadar önemli olsa da, asıl görev politika yapıcılarındır. Toplum sağlığının iyileştirilmesi sadece bir iletişim faaliyeti değil, büyük oranda politika faaliyetidir.

Yukarıda tanımlanmaya çalışılan sağlık konusunda yaşanmakta olan gelişmeler, işlemselleştirilen kavramlar –gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi ve sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi– aracılığıyla irdelenmiş; medyadaki sağlıklı yaşam sunumları, işlemselleştirilen kavramlarla analiz edilmiştir.

Hürriyet gazetesi ve eklerinde yer alan sağlık ve sağlıklı yaşam sunumlarında, bir yıllık süre içinde haberlerin tıbbileştirilme ve bireyselleştirilme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Gündelik yaşam pratikleri arasında belki de en temel olan beslenme konusunun, büyük oranda hem tıbbileştirildiği hem de bireyselleştirildiği görülmüştür. Yaşam boyu vazgeçilmez bir yaşam pratiği olan beslenmenin, sağlıklı yaşam önerisi olarak sunulması çok da şaşırtıcı değildir. Görünmezlik ve dolaylılık açısından etkili olarak kullanılabilecek beslenme önerileri, idealize edilmiş beden ölçüleriyle daha da önemli hale gelmektedir. Zayıf olması gerektiği zihnine kazınmış bir birey, zayıflayabilmek için her tür beslenme önerisini, diyeti uygulayacak ve sunulan sihirli formülleri deneyecektir. Hatta beslenmenin sık yapılan bir yaşam pratiği olmasından kaynaklanan bir sebeple, bir öneriden diğerine hızla geçebilecek, hepsini deneyebilecek ve "zayıflayabilecektir". Bu kontrol, hem bireyselleştirilmiş hem de tıbbileştirilmiş önerilerle daha "kolay" gerçekleşecektir.

Sağlıklı beslenme önerileri dışında, genç, güzel veya yakışıklı olma önerilerinin *Hürriyet* gazetesi ve eklerinde önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Çoğunlukla kadınlara yönelik olan kozmetik pazarı, erkeklerin de dahil edildiği bir pazar haline getirilmeye çalışılmaktadır. Tıp kozmetikleştirerek ve kozmetik de tıbbileştirilerek birbirine geçmiş iki alan olarak karşımıza çıkmaktadır. "İdeal beden"e ulaştıracak kozmetik girişim ve estetik operasyon önerileri mevsime göre farklılaşmakla birlikte; sonuçta ulaşılmaya çalışılan hep aynı "ideal"dir. Farklı uygulama ve teknolojiler, istenilen bedene ulaşma yolu olarak sunulurken; estetik

operasyon ve kozmetik girişimlerin büyük bir ticari pazar yarattığı ve büyümeye devam ettiği de ekonomi haberlerinde yer almaktadır. Sağlık tanımı içinde daha çok "ruhsal sağlığın iyiliği"ne hizmet eden estetik ve kozmetik sektörü hızla büyümekte ve kârlılığını artırmaktadır.

Sağlıklı yaşam ve hastalıklar konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik haberlerin oranı yüksek olmasına rağmen, bu bilinçlendirmenin ağırlıklı olarak bireye verilen sorumluluğu yansıttığı söylenebilir. Bu bilgilerle birey, sağlığını korumak, hastalık belirtileri hakkında uyanık olmak, doğru ve sağlıklı beslenme yollarını bilmek, hangi besinin, hangi yöntemin veya hangi tedavinin doğru olduğunu fark etmek ve tercih etmek durumunda bırakılmaktadır. Bilinçlendirmeye yönelik sunumların ise, bireyleri değil toplulukları harekete geçirici, eyleme dönük sunumlar olmaktan çok, bireysel yaklaşımları pekiştirmeye yönelik olduğu söylenebilir.

Egzersiz bir başka yaşam tarzı önerisi olarak sunulsa da, bu sunumun daha çok zayıflamaya destek amacıyla yapıldığı; aynı zamanda bir hastalığın tedavisine destek niteliğinde önerildiği belirtilmelidir. Kısaca egzersiz, istenilen kiloya, hedeflere ulaşmak ve hastalıktan kurtulmak üzere yararlanılması gereken bir "destek" olarak konumlanmaktadır. Bununla beraber egzersizin, "hedeflere" ulaşılması halinde "seksi" ve "çekici" bir bedeni beraberinde getireceği sunumları da mevcuttur. Ancak egzersizin "zayıflamak" ve "seksi" olmaktan öte, yaşam pratiği haline getirilmesi gerekliliği gözden kaçmaktadır. Özellikle büyük şehirlerdeki hareketsiz yaşam nedeniyle gelişmeye başlayan ve yakın gelecekte daha büyük boyutlarda karşılaşılabilecek sağlık sorunlarına yönelik, egzersizin yaşam pratiği haline getirilmesi gerekliliği ise medyada çok nadir yer bulmaktadır.

Sağlıklı yaşam önerilerine ilişkin bir diğer konu olan yaşlılık dönemi, tıbbileştirilen sağlık konularından bir diğeridir. Yaşlanma tıbbileştirildikçe, bireyin sağlık sistemi içinde "tüketici" olarak varlığının devamı da mümkün olmaktadır. Foucault'nun (1993) da belirttiği gibi biyo-iktidarın devamlılığı için günümüzde bireyin ölmesi değil, yaşaması daha önemli hale gelmiştir.

Medyada sağlıklı yaşam önerilerinin yanı sıra, bazı hastalıklarla ilgili tıbbi tedavi, buluş ve yöntemler "mucize" gibi sunulmakta; bu sunumlara ilişkin olarak zaman zaman bireyler yüksek beklentileri nedeniyle hayal kırıklığı yaşamaktadır.

Kitabın iki ana ekseni olan, iktidar aracı olarak medyada sağlık söylemi ve sağlık iletişimi perspektifi birlikte ele alındığında, bireyin toplumsal bağlamdan ayrı olarak düşünüldüğü söylenebilir. Birey gö-

zetlenen, denetlenen, kontrol altında tutulan bir beden olarak, sağlığının geliştirilmesi ve devamlılığının sorumluluğunu üstlenmesi gereken; bu nedenle de kendine sunulan sağlıklı yaşam önerilerini ve sağlık iletişimi faaliyetleriyle sunulan doğru sağlık davranışlarını hayata geçirmesi beklenen bir konumdadır.

Sağlıkla ilgili irdelenen bu duruma, bireyin karşı koyması veya mücadele etmesi hemen hemen olanaksızdır. Ancak bireyin mücadele alanını biçimlendirmek ve bireyin sağlık üzerindeki etkinliğini güçlendirmek üzere bazı yaklaşımlardan yararlanılabilir.

Öncelikle sağlık konusunda bireyin hasta hakkının etik değerler doğrultusunda korunması gerektiğinin altı çizilmelidir. Birey, sağlık hizmetlerinden yararlanmak konusunda "razı olmak" üzerine kurulu konumlandırılışından işbirliği içinde görülebileceği bir pozisyona taşınmalıdır. Son yıllarda artan hasta hakları anlayışının, bireyin ulaşabileceği, öğrenebileceği ve anlayabileceği bir şekilde –medyanın da aracılığı ile– sunulması, sağlık sistemi içinde bu anlayışın rutin olarak işler hale getirilmesi, uygulanmadığı takdirde yaptırım mekanizmalarının harekete geçirilmesi, bireyin güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

Hasta haklarının yanı sıra, sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi konusunun gündeme getirilmesi yerinde olacaktır. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin, kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesle aktarmaları olarak tanımlanabilir. Bu tanımdan hareketle, Türkiye'de, alınan eğitimlerden bağımsız, sağlık okuryazarlığının yetersiz seviyede olduğu saptaması yapılabilir. Doktor ile hasta arasındaki iletişim, hastaya verilen tedavinin anlaşılması ve uygulanması açısından her bireyi ilgilendiren ve büyük önem taşıyan sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisine erişimin kolaylaştığı günümüzde daha da önemli hale gelmiştir. Özellikle medya ve internet tarafından sağlıkla ilgili bilgi bombardımanına uğrayan bireylerin, yetersiz sağlık okuryazarlığı ile nitelikli bilgiye ulaşması zorlaşmaktadır.

Bu noktada öncelikle bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yükseltilmesine yönelik çalışmaların yapılması, bu çalışmalar doğrultusunda eleştirel sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi de önemli bir adım olarak ifade edilebilir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı (Nutbeam, 2001, s. 265) ile birey, sağlık hizmeti sunanlardan edindiği sağlık bilgileriyle, medyada yer alan sağlık bilgi ve haberlerini doğru yorumlama becerisini de edinecektir. Sağlık hakkındaki bazı gerçeklerin de bilinçli bir çarpıtmanın sonucunda ortaya çıktığı unutulmamalıdır. Bu nedenle

bireylerin, çarpıtılmış, yanlış ya da sağlıksız medya tasvirlerine ve mesajlarına direnmesine, medya okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı katkı sağlayacaktır.

Medyada savunuculuk, medyadaki sağlık söylemine ilişkin alternatif bir yaklaşım olarak sunulabilir. Medyada savunuculuk, kamu sağlığı politikaları ve bu politikaları geliştirmeye desteği artırmak için, kamu tartışmasını açmak, şekillendirmek ve harekete geçirmek amacıyla medyanın kullanılması olarak tanımlanabilir (Atkin ve Arkin, 1990, s. 25; Wallack, 1993, s. 73). Yaklaşım, bireysel risk faktörlerini, dolayısıyla bireysel davranışları değiştirmeyi değil; toplum sağlığını ilgilendiren sorunlara dikkati çekmeyi amaçlar. Farklı bakış açısı sunabilecek bu yaklaşımın, birey ya da kurumlarca, baskın bireysel *(epizodik)* çerçevelendirmeye karşı kullanılması, bireylerin sağlık sistemi konusunda bilgi ve söz sahibi olmaları gerektiğinin vurgulanması yerinde olacaktır.

Bireyin, sağlığı ile ilgili bir dizi sorumluluğunun yanı sıra, medyanın sorumluluğu da unutulmamalıdır. Biyoetik konusu, mevcut uygulamalarından farklı olarak, medyanın yerine getirmesi gereken sorumluluklar arasında sıralanabilir.

Medyada yer alan sağlık bilgilerinin ve hemen her türlü sağlık sorununu çözebilecekleri izlenimi veren haber, program veya yazı dizilerinin, etik kaygılarla hazırlanması gerekliliği vurgulanmalıdır. Etik kaygılardan uzak bir sağlık söylemi, sağlık gibi çok boyutlu bir konunun bireyin sorumluluğu olarak sınırlandırılmasına ve diğer boyutlarının görmezden gelinmesine neden olabilmektedir.

Bunlara ek olarak, iletişim ve sağlık ile ilgili lisans ve yüksek lisans programlarında sağlık iletişimi derslerine yer verilmesi, sağlık iletişiminin farklı boyutlarıyla öğrenilmesine, mevcut sorunların farkına varılması ve çözümüne yönelik bilincin oluşmasına katkı sağlayacaktır.

Son olarak, medya araştırmalarının etki paradigması, üzerinde durulması yerinde olacak bir başka konu olarak sunulabilir. Medya araştırmalarının etki paradigması incelendiğinde, iki temel içsel faktörün manipülasyonuna dair araştırma ve eleştirilerle karşılaşılacaktır. Bunlar, şiddet ve cinsellik içeriklerine içsel faktör olarak katkı yapan şiddet güdüsü ve haz ilkesi olarak saptanabilir. Bu iki kavram etrafında, belki de tüm medya literatüründen daha fazla miktarda yayın ortaya koyulmuştur denilebilir. Şiddet ve cinselliğin herhangi bir kültürel tercümeye gerek bırakmadan izleyici ilgisi toplaması, iletişim alanında çalışan pek çok araştırmacı tarafından bir tür "kıstırılmışlık" ve "kolay manipülasyon" odağı olarak okunmasına neden olmuştur. Benzer bir yaklaşım "sağlık" ve "hastalıktan kaçınma" konusunda da ortaya atılabilir.

Sağlıklı olmak, hastalıktan arınmış bir yaşam sürdürmek, şüphesiz cinsellik ve şiddet kadar temel bir insan güdüsüne hitap eder: hayatta kalma güdüsü (*survival instinct*). Televizyonda yer alan sağlık programlarının ve diğer sağlık(lılık) konseptli mesajların güçlü bir izleyici kitlesinin bulunması bu güdü ile açıklanabilir. Eğer medya içerik üreticilerinin, kolay kabul edilebilir ve temel bir güdüye hitap eden içerik olarak cinsellik ve şiddeti bir tür anahtar olarak devreye soktukları kabul edilecek olursa, hayatta kalma güdüsünün de benzer bir stratejinin anahtarı olduğunu kabul etmek gerekecektir. "... marka bitkisel yağ, kalp dostudur" gibi bir mesaj, hiç kuşkusuz, başka mesajlar arasından doğrudan bir sağlık meselesi olarak sıyrılacak ve hedefine ulaşacaktır. Bu basit örnek neredeyse sınırsız bir kapsama genişletilebilir. Öte yandan, hayatta kalma güdüsüne hitap eden mesajları cinsellik ve şiddet güdüsüne hitap eden mesajlardan ayıran bir özellik, gerçekte bu strateji ile üretilen mesajların diğerlerine kıyasla daha büyük bir etkililiğe ulaşmasını sağlamasıdır. Bu nedenle sağlığa ilişkin mesajların şiddet ve cinsellikten farklı "masum" bilgiler olarak, kontrolsüz olarak sunulması üzerinde durulması gereken önemli konulardan bir diğeridir.

Özetle sağlık ve hastalık ikilisine dair eski çağlardan günümüze kadar gelen bilim öncesi inanışların bazı toplumlarda hâlâ değişmediği ve devam ettiği söylenebilir. Her ne kadar modern tıbbın olanaklarından yararlanıyor olsa da, geçmişten gelen bir anlayışla birey hastalığa karşı "neden ben?" sorusunu hâlâ sormakta; "mucize"lerden, "sihirli formüllerden" fayda beklemeye devam edebilmektedir. Aynı zamanda, hayatta kalma içgüdüsü ile hareket eden birey, tarihsel ve ideolojik olarak oluşturulmuş bir değer olan sağlığın korunması gerektiği bilgisinden hareketle, sağlığını korumak için sürekli çaba harcamakta; sağlık için tüketim yapmaktan kaçınmamaktadır. "Sağlıklı yaşam endüstrisi" olarak adlandırılabilecek mekanizma ise, bu yönelimi sağlık söylemi yoluyla desteklemekte; bedenler üzerinde denetim oluşturmakta; tüketim alışkanlıklarını biçimlemekte ve artırmaktadır.

Kaynakça

Adams, Leen ve Geuens, Maggie (2007). "Healty or Unhealthy Slogans: That's The Question..." *Journal of Health Communication 12*, s. 173-185.

Ahıska, Meltem ve Yenal, Zafer (2006). *Türkiye'de Hayat Tarzı Temsilleri 1980-2005*. İstanbul: Osmanlı Bankası Arşiv ve Araştırma Merkezi.

Akçalı, Selda İçin (2006). *Gündelik Hayat ve Medya*. İstanbul: Babil Yayınları.

Albrecht, Gary L., vd., (der.) (2000). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications.

Algan, Ece (2007). "Medya Okuryazarlığı Alanında Teorik ve Pratik Yaklaşımlar." *Medya Okuryazarlığı*. Nurçay Türkoğlu ve Melda Şimşek Cinman (der.) içinde. İstanbul: Kalemus Yayınları. s. 68-78.

Altheide, L. David (1996). *Qualitative Media Analysis*. USA: Sage Publications.

Argın, Şükrü (1992). "Boş Zamanın Toplumsal Anlamı Üzerine Notlar." *Birikim 43 (*Kasım), s. 29-41.

Arnott, S.J., vd. (2005). *Gilles Deleuze'de Toplum ve Denetim*. Çev. Barış Başaran. İstanbul: Bağlam Yayınları.

Atkin, Charles ve Wallack, Lawrence (der.) (1990). *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*. USA: Sage Publications.

Babrow, Austin S. ve Mattson, Marifan (2003). "Theorizing About Health Communication". *Handbook of Health Communication*. T. L. Thompson vd. (der.) içinde. USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 35-61.

Badura, Bernhard ve Kickbush, Ilona (1991). *Health Promotion Research 37 (European Series)*. Kopenhag: WHO Regional Publications.

Baloğlu, Burhan (2006). *Sağlık ve Hastalık – Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla*. İstanbul: Der Yayınları.

Baudrillard, Jean (2004). *Tüketim Kültürü*. Çev. Ferda Keskin, Hazal Deliçaylı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Baudrillard, Jean (2006a). *Sessiz Yığınların Gölgesinde Toplumsalın Sonu*. Çev. Oğuz Adanır. 3. Basım. Ankara: Doğu Batı Yayınları.

Baudrillard, Jean (2006b). *Amerika*. Çev. Yaşar Avunç. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Bauman, Zygmunt (1998). "Postmodern Adventures of Life and Death." *Modernity, Medicine and Health*. Graham Scambler ve Paul Higgs (der.) içinde. London: Routledge, s. 216-231.

Bauman, Zygmunt (2001). *Parçalanmış Hayat*. Çev. İsmail Türkmen. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Bauman, Zygmunt (2005). *Bireyselleşmiş Toplum*. Çev. Yavuz Alogan. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Beaud, Michel (2003). *Kapitalizmin Tarihi*. Çev. Fikret Başkaya. Ankara: Dost Yayınları.

Beck, Christina S. (der.) (2008). *Communication Yearbook 32*. New York: Routledge.

Beisecker, Analee E. (1990). "Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know." *Health Communication* 2(2), s. 105-122.

Belek, İlker ve Köksal, Can Deniz (1998). "Sağlığın Ekonomik Belirleyicileri – Ekonometrik Bir Analiz." *Toplum ve Bilim* 76 (Bahar), s. 213-230.

Belek, İlker (2001). *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği*. 2. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

Berman, Marshall (1994). *Katı Olan Her Şey Buharlaşıyor*. Çev. Bülent Peker, Ümit Altuğ. İstanbul: İletişim Yayınevi.

Bernhardt, Jay M. ve Cameron, Kenzie A. (2003). "Accessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy." *Handbook of Health Communication*. Teresa Thompson vd. (der.) içinde. USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 583-605.

Bilgili, Can (2006). *Medyada Olmayanlar (Medya Eleştirileri 2006)*. İstanbul: Beta Yayınları.

Binark, Mutlu ve Gencel Bek, Mine (2007). *Eleştirel Medya Okuryazarlığı*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.

Blaxter, Mildred (1990). *Health & Lifestyles*. London: Routledge Publication.

Bocock, Robert (2005). *Tüketim*. Çev. İrem Kutluk. Ankara: Dost Yayınları.

Bourdieu, Pierre (2002). *Distinction*. 11. Baskı. Cambridge, Massachusets: Harvard University Press.

Braudel, Fernand (2004). *Maddi Uygarlık: Gündelik Hayatın Yapıları*. Çev. Mehmet Ali Kılıçbay. İstanbul: İmge Kitabevi.

Brown, Jane D. ve Einsiedel Edna F. (1990). "Public Health Campaigns: Mass media Strategies." *Communication and Health*. Eileen Berlin Ray ve Lewis Donhew (der.) içinde. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc., s. 153-170.

Bunton, Robin vd. (1995). *The Sociology of Health Promotion*. New York: Routledge Inc.

Burkell, Jacquelyn (2004). "Health Information Seals of Approval: What Do They Signify?" *Information, Communication & Society* 7(4) (December), s. 491–509.

Bury, Michael (1998). "Postmodernity and Health." *Modernity, Medicine and Health*. Graham Scambler ve Paul Higgs (der.) içinde. London: Routledge, s. 1-28.

Caldwell, John T. (2003). "Alternative Media in Suburban Plantation Culture." *Media, Culture & Society* 25, s. 647–667.

Cangöz, İncilay (2001). "Özgürlük ve Medyada Üretilen Özgürlük Anlayışı." *Birikim* 141 (Ocak).

Cassel, Michael M., vd. (1998). "Health Communication on the Internet: An

Effective Channel for Health Behavior Change?" *Journal of Health Communication* 3, s. 71–79.

Chamberlain, Michael A. (1994). "New Technologies in Health Communication: Progress or Panacea?" *American Behavioral Scientist* 38(2) (Nov/Dec), s. 271-284.

Chaney, David (1999). *Yaşam Tarzları*. Çev. İrem Kutluk. Ankara: Dost Yayınları.

Cirhinlioğlu, Zafer (2001). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Cirhinlioğlu, Zafer ve Mutlu, Sevda (2002). "Postmodern Söylemlerde Sağlık." *Toplum ve Hekim* 17(5) (Eylül-Ekim), s. 350-357.

Cline, Rebecca J. Welch (2003). "Everyday Interpersonal Communication and Health." *Handbook of Health Communication*. Teresa Thompson vd. (der.) içinde. USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 285-313.

Cockerham, William C. vd. (1993). "Max Weber, Formal Rationality and Health." *The Sociological Quarterly* 34 (3), s. 413-425.

Cockerham, William C. vd. (1997). "Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber", *The Sociological Quarterly* 38(2), s. 321-342.

Conrad, Peter (1992). "Medicalization of Social Control." *Annual Review of Sociology* 18, s. 209-232.

Conrad, Peter (2007). *Medicalization of Society*. USA: The Johns Hopkins University Press.

Craig, Robert T. (1993). "Why Are There So Many Communication Theories." *Journal of Communication* 43(3), (Summer), s. 26-33.

Cregan, Kate (2006). *The Sociology of The Body*. USA: Sage Publications.

Çabuklu, Yaşar (2004). *Toplumsalın Sınırında Beden*. İstanbul: Kanat Kitap.

Çabuklu, Yaşar (2006). *Bedenin Farklı Halleri*. İstanbul: Kanat Kitap.

Çınarlı, İnci ve Yılmaz, Elgiz (2007). "Sağlık Bilincinin Oluşturulmasında Medya Okuryazarlığının Önemi." *Medya Okuryazarlığı*. Nurçay Türkoğlu ve Melda Şimşek Cinman (der.) içinde. İstanbul: Kalemus Yayınları, s. 266-275.

Çınarlı, İnci (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Çöklü, Ece Y. (2002). "Sağlık Sektöründe İnteraktif Bir Pazarlama Yaklaşımı: Sağlık İletişimi ve Florence Nightingale Hastanesi Örmeği." *Selçuk Üniversitesi İletişim* 2(2), s. 48-55.

Dağtaş, Erdal (2006). *Türkiye'de Magazin Basını*. Ankara: Ütopya Yayınevi.

Davin, Solange (2003). "Healthy Viewing: The Reception of Medical Narratives." *Sociology of Health & Illness* 25(6), s. 662-679.

Davin, Solange (2004). "Healthy Viewing: The Reception of Medical Narratives." *Health and Media*. Clive Seale (der.) içinde. USA: Blackwell Publishing, s. 143-159.

Debord, Guy (1996). *Gösteri Toplumu*. Çev. Ayşen Ekmekçi, Okşan Taşkent. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Dedeoğlu, Necati (2004). "Sağlık ve Yoksulluk." *Toplum ve Hekim* 19(1), (Ocak-Şubat), s. 51-53.

Demirer, Yücel (2006). "Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlıkta Kavramsallaş-

tırma: "Hasta" ve "Hastalık" Önerileri. Toplum ve Hekim. 21(1) (Ocak-Şubat), s. 25-31.

Demirhan Erdemir, Ayşegül (1996). *Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi.* Bursa: Güneş&Nobel Tıp Kitapevleri.

Denzin, Norman K. ve Lincoln, Yvonna S. (der.) (2003). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials.* 2. Baskı. USA: Sage Publications.

DiMatteo, M. Robin vd. (1994). "Enhancing Medication Adherence Through Communication and Informed Collaborative Choice." *Health Communication* 6(4), s. 253-265.

Donohew, Lewis ve Ray, Eileen Berlin (1990a). "Introduciton: Systems Perspectives on Health Communication." *Communication and Health.* Eileen Berlin Ray ve Lewis Donhew (der.) içinde. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc., s. 3-8.

Donohew, Lewis ve Ray, Eileen Berlin (1990b). "Public Health Campaigns: Individual Message Strategies." *Communication and Health.* Eileen Berlin Ray ve Lewis Donhew (der.) içinde. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc., s. 136-152.

Douglas, Mary ve Isherwood, Baron (1999). *Tüketimin Antropolojisi.* Çev. Erden Attila Aytekin, Ankara: Dost Yayınları.

Dursun, Çiler (2000). "Zaman: Modern ve Postmodern." *Toplum ve Bilim* 84, (Bahar), s. 189-211.

Edgar, Timothy ve Freimuth, Vicki S. (2006). "Introduction: 10 Years of Health Communication Research." *Journal of Health Communication* 11, s. 7-9.

Eng, R. Thomas vd. (1999). "Introduction to Evaluation of Interactive Health Communication Applications." *American Journal of Preventive Medicine* 16(1), s. 10-15.

Ellison, Shane (2008). *Batı Tıbbı Sağlığınızın Altını Nasıl Oyar?* Çev. Arzu Aygen. İstanbul: Hayykitap.

Erbaydar, Tuğrul (2002). "Sağlık; Kimin İçin?" *Toplum ve Hekim* 17(4), (Temmuz-Ağustos).

Erbaydar, Tuğrul (2003). "Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi." *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25(4), (Özel ek), s. 45-51.

Ergüder, Toker ve Oğuzhan, Türkan (2004). "Avrupa Birliği Genişlemesi ve Sağlık Düzeyi Farklılıkları." *Amme İdaresi Dergisi* 37(2), (Haziran), s. 149-162.

Ergül, Hakan (2000). *Televizyonda Haberin Magazinelleşmesi.* İstanbul: İletişim Yayınları.

Ergülen, Haydar (2003). "Halk Sağlığı İletişiminde Tanıtım Sorunları." *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25(4), (Özel ek), s. 52-55.

Featherstone, Mike ve Hepworth, Mike (1998). "Ageing The Lifecourse and Sociology of Embodiment." *Modernity, Medicine and Health.* Graham Scambler ve Paul Higgs (der.) içinde. London: Routledge, s. 147-175.

Featherstone, Mike (2005). *Postmodernizm ve Tüketim Kültürü.* Çev. Mehmet Küçük. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Fırat, Fuat vd. (1995). "Marketing in a Postmodern World." *European Journal of Marketing* 29(1), s. 40-56.

Finnegan, John R. ve Viswanath, K. (1990). "Health and Communication: Medical and Public Health Influences on the Research Agenda." *Communication and Health*. Eileen Berlin Ray ve Lewis Donhew (der.) içinde. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc., s. 9-23.

Fiske, John (1999). *Popüler Kültürü Anlamak*. Çev. Süleyman İrvan. Ankara: Ark Yayınları.

Flay, Brian R. ve Burton, Dee (1990). "Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns." *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*." Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 129-146.

Foucault, Michel (1992). *Hapishanenin Doğuşu*. Çev. Mehmet Ali Kılıçbay. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Foucault, Michel (2010). *Cinselliğin Tarihi*. Çev. Hülya Uğur Tanrıöver. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, Michel (2002a). *Kliniğin Doğuşu*. Çev. İnci Malak Uysal. Ankara: Epos Yayınları.

Foucault, Michel (2002b). *Kliniğin Doğuşu*. Çev. Temel Keşoğlu. İstanbul: Doruk Yayınları.

Foucault, Michel (2002c). *Toplumu Savunmak Gerekir*. Çev. Şehsuvar Aktaş. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Foucault, Michel (2005). *Özne ve İktidar*. Çev. Işık Ergüden, Osman Akınhay. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Freedman, Des (2006). "Dynamics of Power in Contemporary Media Policy-Making Media." *Culture & Society* 28(6), s. 907–923.

Freund, Peter E.S. (1982). *The Civilized Body, Social Domination Control and Health*. Philadelphia: Temple University Press.

Glassner, Barry (1989). "Fitness and Postmodern Self." *Journal of Health and Social Behavior* 30(2), (June), *s.* 180-191.

Gibson, Timothy A. (2007). "WARNING – The Existing Media System May Be Toxic to Your Health: Health Communication and The Politics of Media Reform." *Journal of Applied Communication Research* 35(2), (May), s. 125-132.

Giddens, Anthony (2004). *Modernliğin Sonuçları*. Çev. Ersin Kuşdil. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Giet, Sylvette (2006). *Özgürleşin Bu Bir Emirdir: Kadın ve Erkek Dergilerinde Beden*. Çev. İdil Engindeniz. İstanbul: Dharma Yayınları.

Gillett, James (2003). "The Challenges of Institutionalization for AIDS Media Activism." *Media, Culture & Society* 25, s. 607–624.

Gorz, André (2001). *Yaşadığımız Sefalet*. Çev. Nilgün Tutal. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Gould, Nicholas ve Gould, Elizabeth (2001). "Health as a Consumption Object: Research Notes and Preliminary Investigation." *International Consumer Studies* 25(2), (June), s. 90-101.

Groopman, Jerome (2007). *Doktorlar Nasıl Düşünür?* Çev. Serhat Ataman. 2. Baskı. İstanbul: Mikado Yayınları.

Gunter, Barrie (2000). *Media Research Methods*. London: Sage Publication.

Guttman, Nurit (2003). "Ethics in Health Communication Intervention." *Handbook of Health Communication.* Teresa Thompson vd. (der) içinde. New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 651-679.

Gürbilek, Nurdan (1992). *Vitrinde Yaşamak.* İstanbul: Metis Yayınları.

Gürel, Demet (1996). "Sağlık Kozası." *Yeni Türkiye* 8, s. 372-376.

Haarni, Ilka (2008), "Lay Perspectives", http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health/citizens/lalhtml. Erişim tarihi 4 Temmuz 2008.

Haider, Muhiuddin (2005). *Global Public Health Communication Challenges, Perspectives and Strategies.* USA: Jones and Bartlett Publishers:

Hale, Jerold L. ve Dillard, James Price (1995). "Fear Appeals in Health Promotion Campaigns." *Designing Health Messages.* Edward Maibach ve Roxanne Louiselle Parrott (der.) içinde. UK: Sage Publications, s. 65-80.

Halfon, Neal ve Hochstein, Miles (2002). "Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy and Researh." *The Milbank Quarterly* 80(3), s. 433-479.

Hamzaoğlu, Onur (2004). "Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Ne Etken, Sorun Nasıl Çözülür?" *Toplum ve Hekim* 19(1), (Ocak-Şubat), s. 54-57.

Hardey, Michael (2001). "E-Health: The Internet and The Transformation of Patients into Consumers and Producer of Health Knowledge." *Communication & Society* 4(3), s. 388-405.

Harootunian, Harry (2006). *Tarihin Huzursuzluğu: Modernlik, Kültürel Pratik ve Gündelik Hayat Sorunu.* Çev. Mehmet Enver Dinçer. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Hassan, Robert (2003). "The MIT Media Lab: Techno Dream Factory or Alienation as A Way of Life?" *Media, Culture & Society* 25, s. 87–106.

Hatun, Şükrü (2003). "Piyasa ve Sağlık Hizmetleri." *Birikim* 170-171, (Temmuz).

Hornik, Robert C. (der.) (2002). *Public Health Communication Evidence for Behavior Change.* USA: Lawrance Erlbaum Associates, Inc.

Hornik, Robert C. (2002a). "Public Health Communication: Making Sense of Contradictory Evidence." *Public Health Communication.* Robert C. Hornik (der.) içinde. USA: Lawrance Erlbaum Associates, Inc., s. 1-19.

Hornik, Robert C. (2002b). "Evaluation Design For Public Health Communication Programs." *Public Health Communication.* Robert C. Hornik (der.) içinde. USA: Lawrance Erlbaum Associates, Inc., s. 386-405.

Hornik, Robert C. vd. (2002c). "Communication in Support of Child Survival: Evidence and Explanations From Eight Countries." *Public Health Communication.* Robert C. Hornik (der.) içinde. USA: Lawrance Erlbaum Associates, Inc., s. 219-248.

Hoşgeçin, K. ve Tozkoparan, G. (1995). *Kitle İletişim Araçlarında Sağlık Haberciliği ve Halkın Sağlık Eğitiminde Kullanımı.* Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü İletişim ve Dokümantasyon Grubu.

Illich, Ivan (1989). *Şenlikli Toplum.* Çev. Ahmet Kot. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Illich, Ivan vd. (1994). *Profesyoneller İktidarı.* Çev. Cevdet Cerit. İstanbul: Pınar Yayınları.

Illich, Ivan (1995). *Sağlığın Gaspı*. Çev. Süha Sertabiboğlu. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

İnal, Ayşe (1999). "Medya, Dil ve İktidar Sorunu: İletişim Çalışmalarında Medya ve Siyaset İlişkisini Nasıl Tartışmalıyız?" *Gazi Üniversitesi İletişim* 3, s. 13-35.

İnceoğlu, Yasemin ve Kar, Altan (der.) (2010). *Kadın ve Bedeni*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Iyengar, Shanto (1991). *Is Anyone Responsible? How Television Frames Political Issues*. London: Univesity of Chicago Press Ltd.

İrvan, Süleyman (1997). *Medya, Kültür, Siyaset*. Ankara: Alp Yayınevi.

Jackson L.D. ve Duffy B.K. (der.) (1999). *Health Communication Researh: A Guide to Developments and Directions*. USA: Greenwood Press.

Jensen Bruhn, Janskowski (der.) (1991). *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research*. London: Routledge.

Jols, Tessa ve Thoman, Elizabeth (2008). *21. Yüzyıl Okuryazarlığı*. Çev. Der. Cevat Elma, Alper Kesten. Ankara: Ekinoks Yayınevi.

Karpf, Anne (1998). *Doctoring The Media*. London: Routledge.

Kartoğlu, Ümit (1992). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplumu Tanıma ve İletişim*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları Sürekli Tıp Eğitimi Dizisi 1.

Kasapoğlu, Aytül (1999). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.

Kazancı, Metin (2009). *Kamuda ve Özel Kesimde Halkla İlişkiler*. 8. Baskı. Ankara: Turhan Kitabevi.

Kenkel, Donald S. (1991). "Health Behavior, Health Knowledge and Schooling." *The Journal of Political Economy* 99(2), (April), s. 287-305.

Keskin, Ferda (1997). "Foucault'da Öznellik ve Özgürlük." *Toplum ve Bilim* 73, (Yaz), s. 30-44.

Keyder, Ç. vd. (der.) (2007). *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Keyder, Çağlar (2007). "Giriş", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (der) İstanbul: İletişim Yayınları, s. 7-35.

Kırınayer, Laurence J. (2004). "Cultural Diversity of Healing: Meaning, Metaphor and Mechanism." *British Medical Bulletin* 69, s. 33-48.

Kızılçelik, Sezgin (1995). "Postmodernizm ve Alternatif Tıp (1)." *Birikim* 80, s. 38-47.

Kızılçelik, Sezgin (1996). "Postmodernizm ve Alternatif Tıp (2)." *Birikim* 81, s. 66-73.

Kiefer, Kristen M. (2001) *Health Litearacy: Responding to the Need for Help*. USA: The Center for Medicare Education.

Kirsch, S. Irwin vd. (2002). *Adult Literacy in America*. USA: U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement.

Klaidman, Stephan (1990). "Roles and Responsibilities of Journalists." *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*. Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 60-70.

Kline, Kimberly N. (2003). "Popular Media and Health: Images, Effects and Institutions." *Handbook of Health Communication*. T. L. Thompson vd.

(der.) içinde. USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 557-581.

Kline, Kimberly N. (2006). "A Decade of Research on Health Content in the Media: The Focus on Health Challenges and Sociocultural Context and Attendant Informational and Ideological Problems." *Journal of Health Communication* 11, s. 43–59.

Kline, Stephen (2003). "Media Consumption as a Health and Safety Risk Factor." *North Vancouver Media Risk Reduction Intervention*. Vancouver: Simon Fraser University.

Koçoğlu, M. Ferit (2001). "Türkiye'de Verem Savaşı." *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I* 7(39), (Mayıs-Haziran), s. 724-728.

Konyar, Hürriyet (2000). "Tüketim Kültürünün Belirlediği Yeni Toplumsal Kimlikler." *Ankara Üniversitesi İletişim* 6, s. 19-34.

Kotler, Philip ve Clarke, Roberta (1987). *Marketing for Health Care Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.

Kreps, Gary L. ve Thornton, Barbara C. (1992). *Health Communication Theory and Practice*. USA: Waveland Press Inc.

Kreps, Gary L. vd. (1998). "The History and Development of the Field of Health Communication." *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*. L.D. Jackson ve B.K. Duffy (der.) içinde. USA: Greenwood Press, s. 1-15.

Kreps, Gary L. vd. (2005). "Emergency/Risk Communication to Promote Public Health and Respond to Biological Threats." *Global Public Health Communication*. Muhiuddin Haider (der.) içinde. USA: Jones and Bartlett Publishers, s. 349-362.

Kumar, Krishan (1995). *Sanayi Sonrası Toplumdan Post-modern Topluma Çağdaş Dünyanın Yeni Kuramları*. Çev. Mehmet Küçük. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.

Küçükusta, Ahmet Rasim (2006). *Modern Zaman Hastalıkları*. İstanbul: Hayy Kitap.

Lapinski, Maria Knight ve Witte, Kim (1998). "Health Communication Campaigns." *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*. L.D. Jackson ve B.K. Duffy (der.) içinde. USA: Greenwood Press, s. 139-161.

Larson, James S. (1999). "Conseptualization of Health." *Medical Care Research and Review* 56(2), (June), s. 123-136.

Lawton, Julia (2003). "Lay Experiences of Health and Illness: Past Research and Future Agendas." *Sociology of Health & Illness* 25, (Silver Anniversary Issue), s. 23–40.

Lee, Chul-Joo (2008). "Does the Internet Displace Health Professionals?" *Journal of Health Communication* 13, s. 450-464.

Lefebre, Henri ve Regulier, Katherine (2005). "Ritim Çözümlemesine Dayanan Bir Proje, Gündelik Hayat ve Ritimleri." *Birikim* 191, (Mart).

Lewis, Tania (2006). "Seeking Health Information on The Internet: Lifestyle Choice or Bad Attack of Cyberchondria?" *Media, Culture & Society* 28(4), s. 521–539.

Lodziak, Condrad (2003). *İhtiyaçların Manipülasyonu Kapitalizm ve Kültür.* Çev. Berna Kurt. İstanbul: Çitlembik Yayınları.

Lupton, Deborah (1994a). *Medicine as Culture, Illness, Disease and The Body in Western Societies.* London: Sage Publications.

Lupton, Deborah (1994b). "Toward the Development of Critical Health Communication Praxis." *Health Communication,* 6(1), s. 55-67.

Lyotard, J.F. (2000). *Postmodern Durum.* Çev. Ahmet Çiğdem. Ankara: Vadi Yayınları.

Macdonald, Theodore H. (1998). *Rethinking Health Promotion.* New York: Routledge Inc.

Macfarlane, Alan (1993). *Kapitalizm Kültürü.* Çev. Remzi Hakan Kır. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Maibach, Edward ve Parrott, Roxanne Louiselle (der.) (1995). *Designing Health Messages.* USA: Sage Publications.

Maibach, Edward W. ve Cotton, David (1995). "Moving People to Behavior Change." *Designing Health Messages.* Edward Maibach ve Roxanne Louiselle Parrott (der.) içinde. UK: Sage Publications, s. 41-64.

Marshall, Catherine ve Rossman, B. Gretchen (2006). *Designing Qualitaitve Research.* USA: Sage Publications.

Mason, Jennifer (2002). *Qualitative Researching.* 2. Baskı. New York: Sage Publicaitons.

Mattelart, Armand (1995). *Beyin İğfal Şebekesi.* Çev. İ. Gürbüz. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

McAlister, Alfred ve Fernandez, Maria (2002). " 'Behavioral Journalism' Accelerates Diffusion of Healty Innovations." *Public Health Communication.* Robert Hornik (der.) içinde. USA: Lawrance Erlbaum Associates, Inc., s. 315-326.

McMillan, Sally J. (1999). "Health Communication and the Internet: Relations Between Interactive Characteristics of the Medium and Site Creators, Content, and Purpose." *Health Communication* 11(4), s. 375-390.

Merquior, J.G. (1986). Foucault. Çev. Nurettin Elhüseyni. İstanbul: AFA Yayıncılık.

Meyer, Philip (1990). "News Media Responsiveness to Public Health." *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts.* Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 52-59.

Morris, Martin (2005). "Interpretability and Social Power or Why Postmodern Advertising Works." *Media, Culture & Society* 27(5), s. 697–718.

Moynihan, Ray ve Cassels, Alan (2006). *Satılık Hastalıklar.* Çev. Gökçesu Tamer, Evren Yıldırım. İstanbul: Hayy Kitap.

Murphy, David vd. (2007). "Communicating Health Information: The Community Engagement Model for Video Production." *Canadian Journal of Communication* 32, s. 383-400.

Mutman, Mahmut (1994). "Kriz ve Değer: 21. Yüzyılın Eşiğinde Kapitalizm ve İdeoloji." *Toplum ve Bilim* 63, (Bahar), s. 7-37.

Müftüoğlu, O. vd. (2001). "Sağlık Sistemimizin Değişim Zorunluluğu ve Metropol Kentler İçin Yeni Bir Model Önerisi." *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*

II, 7(40), (Temmuz-Ağustos), s. 1240-1265.

Myerson, George (2004). *Ekoloji ve Postmodernliğin Sonu*. Çev. Ebru Kılıç. İstanbul: Everest Yayınları.

Nalçacı, Erhan vd. (2006). *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*. İstanbul: Nâzım Kitaplığı – Dünya Yayıncılık.

Navarro, Vicente (1976). *Medicine Under Capitalism*. New York: Neale Watson Academic Publications Inc.

Nettleton, Sarah ve Watson, Jonathan (der.) (1993). *The Body in Everyday Life*. London: Routledge.

Nettleton, Sarah vd. (2004). "Health E-Types? An Analysis of The Everyday Use of The Internet for Health." *Information, Communication & Society* 7(4), s. 531–553.

Neuendorf, Kimberly A. (1990). "Health Images in the Mass Media." *Communication and Health*. Eileen Berlin Ray ve Lewis Donhew (der.) içinde. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc., s. 111-135.

Nikiforuk, Andrew (2001). *Mahşerin Dördüncü Atlısı: Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*. Çev. Selahattin Erkanlı. İstanbul: İletişim Yayınları.

Noar, Seth (2006). "A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go From Here?" *Journal of Health Communication* 11, s. 21–42.

Nutbeam, Don (2000). "Health Literacy as Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century." *Health Promotion International* 15(3), s. 259-267.

Oğuz, Gürsel Yaktıl (2005). "Bir Güzellik Miti Olarak İncelik ve Kadınlarla İlgili Beden İmgesinin Televizyonda Sunumu." *Selçuk Üniversitesi İletişim*, 4(1), s. 31-37.

Okay, Ayla (2009). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Farmaskop/MediaCat Yayınları.

Orçan, Mustafa (2004). *Modern Türk Tüketim Kültürü*. Ankara: Kadim Yayınları.

Özad, Bahire Efe (2007). "Medya Okuryazarlığı ve Yetişkinlerin Öğrenmesi." *Medya Okuryazarlığı*. Nurçay Türkoğlu ve Melda Cinman Şimşek (der.) içinde. İstanbul: Kalemus Yayınları, s. 94-103.

Özdemir, Gamze Yücesan ve Özdemir, Ali Murat (2006). "Medya ve Sağlık: Patolojik Bir İlişki." *Toplum ve Hekim* 21(1), (Ocak-Şubat), s. 32-38.

Özkan, Hande (2001-2002). "Michel Foucault'nun Tarihleri." *Toplum ve Bilim* 91, s. 323-333.

Özsarı, S. Haluk (2001). "Sağlıkta da Yeniden Yapılanma.", *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*, 7(40), (Temmuz-Ağustos), s. 1209-1225.

Parrott, Roxanne (2004). "Emphasizing "Communication" in Health Communication." *Journal of Communication*, December, s. 751-787.

Pfau, Michael (1995). "Designing Messages for Behavioral Inoculation." *Designing Health Messages*. Edward Maibach ve Roxanne Louiselle Parrott (der.) içinde. USA: Sage Publications, s. 99-113.

Petty, R.E. ve Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporaray Approaches*. Dubuque, IA: W. M. C. Brown.

Petty, R.E. ve Cacioppo, J. T. (1983). "Central and Peripheral Routes to Ad-

vertising Effectiveness: The Moderating Role of Involvement." *Journal of Consumer Research* 10, s. 135-146.
Petty, R.E., ve Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and Persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change.* New York: Spinger-Verlag.
Porter, Dorothy (1999). *Health, Civilization and The State.* New York: Routledge Inc.
Postman, Neil (2004). *Televizyon Öldüren Eğlence.* Çev. Osman Akınhay. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
Rabinow, Paul (1984). *The* Foucault *Reader.* USA: Random House Inc.
Ratzan, Scott Z. (2001). "Health Literacy: Communication for the Public Good" *Health Promotion International* 16(2), s. 207-214.
Ratzan, Scott Z. (2002). "Public Health at Risk: Media and Political Malpractice." *Journal of Health Communication* 7, s. 83-85.
Ratzan, Scott Z. (2008). "Health in the 21st Century-Immunizations and Progress." *Journal of Health Communication* 13, s. 617-618.
Ray, Eileen Berlin (der.) (2005). *Health Communication in Practice A Case Study Approach.* USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
Ray, Eileen Berlin ve Donhew, Lewis (der.) (1990). *Communication and Health.* USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
Rice, Ronald E. (2001). "The Internet and Health Communication: A Framework of Experiences." *The Internet and Health Communication.* USA: Sage Publications, s. 5-46.
Rice, Ronald E. ve Katz, James E. (der.) (2001). *The Internet and Health Communication Experience and Expectations.* USA: Sage Publications.
Ritzer, George (1994). *Büyüsü Bozulmuş Dünyayı Büyülemek.* Çev. Şen Süer Kaya. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
Ritzer, George (1996). "McUniversity In The Postmodern Consumer Society." *Quality In Higher Education* 2(3), s. 185-199.
Rivers, W.H.R. (2004). *Tıp, Büyü ve Din.* Çev. İbrahim Enis Köksaldı. İstanbul: Epsilon Yayın.
Rodgers, Shelly vd. (2007). "Media Usage as Health Segmentation Variables." *Journal of Health Communication* 12, s. 105–119.
Rogers, Everett M. (1994). "The Field of Health Communication Today." *American Behavioral Scientist* 38(2), (November), s. 208-214.
Rowe, David (1996). *Popüler Kültürler.* Çev. Mehmet Küçük. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
Rutherford, Paul (2000). *Yeni İkonalar.* Çev. Mustafa K. Gerçeker. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
Sanjek, David (1990). "Creative Consumption of Populer Culture." American Quarterly 42(4), s. 684-691.
Sarı, N. vd. (2007). *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı.* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
Sayar, Kemal (2001). "Bedenimi Alabilirsin, Tabii Ruhumu da, Küreselleşmenin Psikolojik Boyutları." *Defter* 14(44).
Sayek, Füsun (1998). "Türkiye'de Sağlık." *Yeni Türkiye* 23-24, s. 2022-2032.
Sayın, Zeynep (2000). "Batı'da ve Doğu'da Bedenin Temsilinde Haysiyet ve

Zillet." *Defter* 13(34).
Scambler, G. ve Higgs, P. (der.) (1998). *Modernity, Medicine and Health, Medical Sociology Towards 2000*. London: Routledge.
Schiavo, Renata (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. USA: Jossey Bass.
Seal, Clive (2004). "Health and Media: An Overview." *Health and Media*. in Clive Seale (der.) içinde. USA: Blackwell Publishing. 1-19.
Seal, Clive (2003). "Health and Media: An Overview." *Sociology of Health&Illness* 25(6), s. 513-531.
Seale, Clive (der.) (2004). *Health and Media*. USA: Blackwell Publishing.
Selden, C.R. vd. (2000). *Health Literacy*. USA: U.S. Department of Health and Human Services.
Sezgin, Deniz (2003), Avrupa Birliği ve Türkiye'de İlaç Reklamcılığı Konusundaki Düzenlemeler. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitütüsü Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
Schiller, Herbert (2005). *Zihin Yönlendirenler*. Çev. Cevdet Cerit. İstanbul: Pınar Yayınları.
Shilling, Chris (1993). *The Body and Social Theory*. London: Routledge.
Signorelli, Nancy (1990). "Television and Health:Images and Impact" *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*. Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 96-113.
Signorelli, Nancy (1999). " Health Images on Television." *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*. L.D. Jackson ve B.K. Duffy (der.) içinde. USA: Greenwood Press, s. 163-179.
Silverman, David (der.) (1997). *Qualitative Research Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications.
Sombart, Werner (1998). *Aşk, Lüks ve Kapitalizm*. Çev. Necati Açа. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
Sontag, Susan (2005). *Metafor Olarak Hastalık/AIDS ve Metaforları*. Çev. Osman Akınhay. İstanbul: Agora Kitaplığı.
Soyer, Ata (1995). "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme." *Birikim* 70, s. 40-53.
Spiegel, John ve Machotka, Pavel (1974). *Messages of The Body*. New York: The Free Press.
Springston, J. K. ve Weaver Lariscy, R. A. (2003). "Health as Profit: Public Relations in Health Communication." *Handbook of Health Communication*. T.L. Thompson, vd. (der.) içinde. USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 537-556.
Stewart, Moira ve Roter, Debra (der.) (1989). *Communicating With Medical Patients*. USA: Sage Publications.
Street, Richard (2003). "Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective." *Handbook of Health Communication*. T.L. Thompson vd. (der.) içinde. USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, s. 63-89.
Stuyck, Stephen C., (1990), "Public Health and the Media:Unequal Partners?" *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*. Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 71-77.

Su, Süreyya M. (1995). "Postmodern Dönem Semptomları." *Birikim* 74, s. 46-49.

Suggs, L. Susanne (2006). "A 10-Year Retrospective of Research in New Technologies for Health Communication." *Journal of Health Communication* 11, s. 61–74.

Sütlaş, Mustafa (2002). "Sağlık ve Tıp Haberlerine Kamuoyunun ve Sağlıkçıların İlgisi." *Toplum ve Hekim* 17(6), s. 445-449.

Sütlaş, Mustafa (2006). "Sağlıklı Sağlık Medyası Okuryazarlığı", http://bianet.org/biamag/bianet/88203-saglikli-saglik-medyasi-okuryazarligi. Erişim tarihi 25/09/2009.

Sütlaş, Mustafa (2007). *Medya İçin Sağlık Sağlık İçin Medya.* İstanbul: Türkiye Gazeteciler Cemiyeti.

Sweeney, Robert E. vd. (1989). *Cases and Select Readings in Health Care Marketing*. New York: The Haworth Press Inc.

Swingewood, Alan (1996). *Kitle Kültürü Efsanesi.* Çev. Aykut Kansu. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Şaylan, Gencay (2006). *Postmodernizm.* Ankara: İmge Kitabevi.

Tabak, Ruhi Selçuk (1999). *Sağlık İletişimi.* İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Tabak, Ruhi S. ve İkizler, Can (1999). "İletişim Kuramları ve Sağlık İletişimi." *Sağlık ve Toplum* 9(3), s. 13-18.

Taşkıran, Nurdan Öncel (2007). *Medya Okuryazarlığına Giriş.* İstanbul: Beta Yayınları.

Tekelioğlu, Orhan (1999). *Michel* Foucault *ve Sosyolojisi.* İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Theofanos, Mary F. ve Mulligan, Conrad (2004). "Empowering Patients Through Access to Information." *Communication & Society* 7(4), s. 466-490.

Thomas, Richard K. (2006). *Health Communication.* USA: Springer Science+Business Media Inc.

Thompson, Teresa L. (1999). "The Patient/Health Professional Relationship." *Health Communication Researh: A Guide to Developments and Directions.* L.D. Jackson ve B.K. Duffy (der.) içinde. USA: Greenwood Press, s. 37-55.

Thompson, Teresa L. vd. (der.) (2003). *Handbook of Health Communication.* USA. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Thornton, Barbara C. ve Kreps, Gary L. (1993). *Perspectives on Health Communication.* USA: Waveland Press Inc.

Thorson, Esther ve Beaudoin, Christopher (2004). "The Impact of a Health Campaign on Health Social Capital." *Journal of Health Communication* 9, s. 167–194.

Tokat, Mehmet (2001). "Türk Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanmasının Ekonomik Boyutu." *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II,* 7(40), (Temmuz-Ağustos), s. 1676-1682.

Topçuoğlu, Nur (1996) *Basında Reklam ve Tüketim Olgusu.* Ankara: Vadi Yayınları.

Toprak, Oğuz (1998) "Sağlığa Neo-Liberal Saldırı: Hasta Toplum." *Mülkiyeliler Birliği Dergisi* 21(196), s. 49-61.

Turner, Bryan S. (1992). *Regulating Bodies Essay in Medical Sociology*. Routledge Publications.

Turner, Bryan S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*. Sage Publications.

Turner, Byran S. (2000). "The History of Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories." *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage Publications, s. 9-23.

Tutal Cheviron, Nilgün, (2007), "Medya Okuryazarlığı: Erişim Sorunu, Seyirselleşme ve Sansasyonelleşme." *Medya Okuryazarlığı*. Nurçay Türkoğlu ve Melda Cinman Şimşek (der.) içinde. İstanbul: Kalemus Yayınları, s. 192-210.

Türkdoğan, Orhan (2006). *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Türkoğlu, Nurçay ve Cinman Şimşek, Melda (der.) (2007). *Medya Okuryazarlığı*. İstanbul: Kalemus Yayıncılık.

Türkoğlu, Nurçay (2007). "Okuryazarlıktan Medya Okuryazarlığına: Şifrelerin Ortaklığını Aramak." *Medya Okuryazarlığı*. Nurçay Türkoğlu ve Melda Cinman Şimşek (der.) içinde. İstanbul: Kalemus Yayınları, s. 276-283.

Uğur, Aydın (1991). *Keşfedilmemiş Kıta/Günlük Yaşam ve Zihniyet Kalıplarımız*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Urry, John (1999). *Mekânları Tüketmek*. Çev. Rahmi G. Öğdül. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

User, İnci (2010). "Biyoteknolojiler ve Kadın Bedeni". *Kadın ve Bedeni*. Yasemin İnceoğlu ve Altan Kar (der.) içinde. İstanbul. Ayrıntı Yayınları, s. 131-169.

Uzel, İlter (1992). *Tıp Tarihi ve Deontoloji*. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Uzluk, Feridun Nafiz (1958). *Genel Tıp Tarihi*. Ankara: Güzel İstanbul Matbaası.

Viswanath, Kasisomayajula ve Finnegan, John R. (2002). "Reflections on Community Health Campaigns: Secular Trends and The Capacity to Effect Change." *Public Health Communication*. Robert Hornik (der.) içinde. USA: Lawrance Erlbaum Associates Inc., s. 289-312.

Vitberg, Alan K. (1996). *Marketing Health Care into the Twenty-First Century*. USA: The Haworth Press Inc.

Wallack, Lawrence (1990a). "Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge." *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*. Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 41-51.

Wallack, Lawrence, (1990b), "Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing." *Mass Communication and Public Health Complexities and Conflicts*. Charles Atkin ve Lawrence Wallack (der.) içinde. London: Sage Publications, s. 147-163.

Wallack, L. v.d. (1993), *Media Advocacy and Public Health Power for Prevention*. USA: Sage Publications.

Weisgerber, Corinne (2004). "Turning To The Internet For Help On Sensitive Medical Problems: A Qualitative Study of The Construction of A Sleep Di-

sorder Through Online Interaction." *Information, Communication & Society* 7(4), s. 554–574.

Wernick, Andrew (1996). *Promosyon Kültürü.* Çev. Osman Akınhay. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Williams, A. F. vd. (2002). "Increasing Seat Belt Use in North Carolina." *Public Health Communication.* Robert C. Hornik (der.) içinde. USA: Lawrance Erlbaum Associates Inc., s. 85-96.

Williams, Simon J. (1995). "Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?" *Sociology of Health&Illness* 17, s. 577-583.

Williams, Simon J. (2004). "Beyond Medicalization-Healthicization? A Rejoiner to Hislop and Arber." *Sociology of Health&Illness* 26(4), s. 453-459.

Williams, Simon J. (2005). "Parsons Revisited: From The Sick Role To...?" *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine,* 9(2), s. 123–144.

Willis, Susan (1993). *Gündelik Hayat Kılavuzu.* Çev. Aksu Bora, Asuman Emre. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Witte, Kim (2005). "Journey of Life: A Radio Soap Opera on Family Planing in Ethiopia." *Health Communication in Practice A Case Study Approach.* Eileen Berlin Ray (der.) içinde. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc., s. 347-356.

Wright, Kevin B. vd. (2008). *Health Communication in the 21st Century.* USA: Blackwell Publishing.

Yakut, İnci (2008). *Sağlık İletişiminde Katılımın İşlevi.* İzmit-Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Yakut, İnci (2008). *İletişim Bilimleri Perspektifinden Risk İletişimi Stratejileri.* İzmit-Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Yeşilçimen, Kemal (2006). *Hastalık Üreten Yaşam Tarzımız Nasıl Değişir?* İstanbul: Hayy Kitap.

Zhang, Xiaoling (2006). "Reading Between The Headlines: SARS, Focus and TV Current Affairs Programmes in China." *Media, Culture & Society* 28(5), s. 715–737.

Zola, Irving K. (1994). "Sağlık ve Köreltici Tıp." *Profesyoneller İktidarı.* I. Illich, vd. (der.) içinde. Çev. Cevdet Cerit. İstanbul: Pınar Yayınları, s. 43-68.

Zoller, H.M. ve Kline K.N. (2008). "Theoretical Contributions of Interpretive and Critical Research in Health Communication." *Communication Yearbook* 32. New York: Routledge, s. 89-135.

Zorlu, Abdülkadir (2006). *Tüketim Sosyolojisi.* Ankara: Glocal Yayınları.

---------, (2002), "Individualism/Collectivism and Cultures of Happiness: A Theoretical Conjecture on the Relationship between Consumption, Culture and Subjective Well-Being at the National Level." *Journal of Happiness Studies* 3(1).

Web Siteleri

http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=ya%FElanma&ayn=tam Erişim Tarihi 18/01/10

http://tr.wikipedia.org/wiki/Panoptikon Erişim Tarihi 19/03/10

http://www.apha.orgErişim Tarihi 11/07/09

http://www.cancer.org Erişim Tarihi 3/11/08
http://www.cancer.gov Erişim Tarihi 3/11/08
http://www.cancer.gov/pinkbook Erişim Tarihi 01/11/08
http://www.centerforriskcommunication.com/publications.htm ErişimTarihi 17/03/09
http://www.cnnturk.com/2010/turkiye/03/07/bakan.kavaf.escinsellik.bir.hastalik/566620.0/index.html Erişim Tarihi 13/03/10
http://www.kaosgl.com/icerik/kavaf_escinseller_evlenemiyor_evlat_da_edinemezler Erişim Tarihi 13/03/10
http://www.marininstitute.org/action_packs/media_advocacy.htm ErişimTarihi 08/10/09
http://www.pandemicflu.gov/news/rcommunication.html Erişim Tarihi 09/09/09
http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetay&VersionID=45418&Date=08.03.2010&ArticleID=984264 Erişim Tarihi 13/03/10
http://www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi 03/01/10
http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF05A79F75456518CA&Kelime=hastalık Erişim Tarihi 07/06/08
http://www.tipterimleri.com Erişim Tarihi 18/03/10
http://www.thcu.ca Erişim Tarihi 06/02/08
http://www.tipterimleri.com Erişim Tarihi 18/06/09
http://www.ucsfcme.com/MarketingOfMedicines/4DirectToConsumer2/player.html Erişim Tarihi 24/03/10
http://www.who.int/policy/ Erişim Tarihi 08/10/09
http://www.who.int/tobacco/policy/advocacy/en/ Erişim Tarihi 08/10/09
http://www.who.int/foodsafety/micro/riskcommunication/en/ Erişim Tarihi 08/10/09
http://www.who.int/tobacco/policy/advocacy/en/08/10/09; Atkin & Arkin, 1990: 25 Erişim Tarihi 08/10/09
http://www.who.int/tobacco/policy/advocacy/en/ Erişim Tarihi 08/10/09
http://www.whomakesthenews.org/tools/mission-possible-a-gender-and-media-advocacy-training-toolkit.html Erişim Tarihi 08/10/09
http://www.yazarx.com/FYasamMagazin/haluk-geray/27-02-2009/saglik-iletisimi/83407.aspx Erişim Tarihi 27/02/09

Dizin

A
Adalet ve Kalkınma Partisi 15, 233
Akla Dayalı Eylem Kuramı 120, 121, 122
Amerikan Kalp Derneği 134
Amerikan Psikiyatri Derneği 75
Amerikan Tıp Kurumu 140
anti-aging 179, 190
araştırma 17, 20, 30, 70, 76, 82, 90, 91, 92, 95, 98, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 115, 116, 123, 160, 183, 195, 196, 205, 215
Atkin ve Arkin 135, 215
Avrupa Sosyal Şartı 84

B
Babrow, Austin S. ve Mattson, Marifan 115, 116
Bağ-Kur 14, 16
Badura, Bernhard 119
Barnard, Christiaan 19
Bateson 108
Bauman, Zygmunt 36, 49, 54, 81, 82, 217, 218
beden 47, 51, 53, 62, 189, 219, 221, 226
bedenin denetimi 30, 53
Bernhardt, Jay ve Cameron, Kenzie A. 141, 146, 148
beslenme 62, 173, 174, 177, 191
bilinçlendirme-bilgilendirme 184
Binark 146, 218
bireyselleştirme 48, 79, 172
biyoetik 152, 154, 155, 215
Bourdieu, Pierre 50, 51, 218, 231
buluş 137, 160, 205, 213
Bury, Michael 45, 218

C-Ç
Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 91, 122
cinsel hastalıklar 159, 194
cinsel yaşam 195
Cline, Rebecca J. Welch 104, 219
COMBI Modeli 130
Conrad, Peter 54, 55, 56, 59, 61, 64, 66, 67, 71, 73, 76, 78, 210, 219, 229
Craig, Robert T. 115, 219
Çabuklu, Yaşar 43, 69, 219
Çınarlı, İnci 29, 219
Çin tıbbı 42
Çoban 147

D
DeBekay, Michael E. 19
Demirer, Yücel 34, 219
Demirhan-Erdemir, Ayşegül 40, 41
diyet 62, 173
Doctors Without Borders 134
Donohew, Lewis ve Ray, Eileen Berlin 92
Dorsey 109
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 34, 35, 98, 99, 122, 123, 130, 141, 211

E
egzersiz 23, 185, 186, 187, 188, 213
Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi 83
Emekli Sandığı 14, 16

F
Featherstone, Mike 49, 50, 51, 75, 190, 220
Fishbein ve Ajzen 121
Fiske, John 49, 221
formda olmak 22, 35, 176, 182, 202, 211
Foucault 30, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 109, 210, 213, 221, 223, 225, 226, 227, 229
Freidson 60
Freund, Peter E.S. 35, 54, 221

G
Gencel-Bek 146
genç kalmak 22, 189
gençlik 178
Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli 132
Gunter, Barrie 158, 221
Guttman, Nurit 153, 154, 222
gündelik yaşam 57, 63, 156, 212
gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi 18, 21, 22, 159
Gündem belirleme 138
güzellik 50, 74, 98, 179

H
H1N1 Pandemi 123, 162
habitus 50
Haider 109, 117, 120, 121, 124, 126, 128, 130, 131, 132, 222, 224
hastalık 13, 33, 36, 37, 38, 42, 45, 46, 77, 80, 85, 91, 92, 109, 122, 137, 217, 220, 228, 230, 231
Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) 91, 92
Health Communication 109, 110, 111, 112, 113, 155, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231
Healthy People 2010 91, 92, 150
HIV/AIDS 104, 122
Hint tıbbı 42
Hipokrat 41, 42, 153
Hislop ve Arber 76
Hornik, Robert C. 109, 128, 222, 225, 230, 231
Hot 42
Hürriyet 9, 29, 30, 31, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 172, 173, 174, 177, 179, 181, 184, 185, 190, 191, 194, 196, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 224
Hürriyet Cuma 31, 158, 159, 160
Hürriyet Cumartesi 31, 158, 159, 160, 161, 196
Hürriyet Pazar 31, 158, 159, 160, 161, 181, 194

I-İ
Illich, Ivan 24, 36, 38, 44, 59, 60, 61, 66, 68, 69, 109, 222, 223, 231
International Communication Association (ICA) 103
Iyengar, Shanto 136, 138, 211, 223
ideal beden 50, 196
ilaç endüstrisi 20, 210
İlaç İşverenler Sendikası (İEİS) 78
İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 83
İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu 77
istatistik 205

J
Jackson, L. D. ve Duffy, B. K. 151, 153, 155
Journal of Health Communication 111, 112, 217, 219, 220, 224, 226, 227, 229

K
kamu savunuculuğu 134, 135
Katz 110, 227
Keyder, Ç. 14, 15, 16, 223
Kline, Kimberly N. 158, 223, 224, 231
Korsch 111
Kotler, Philip 125, 224
Kotler, Philip ve Roberta, Clarke 125
kozmetik 8, 9, 22, 74, 158, 178, 179, 182, 184
Kreps, Gary L. 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 126, 128, 151, 153, 154, 224, 229
Kreps, Gary L. ve Thornton, Barbara C. 126, 128, 151, 153
Küçükusta, Ahmet Rasim 70, 224

L
Larson, James S. 98, 224
Leventhal 132
Lodziak, Condrad 80, 225
Lupton, Deborah 37, 38, 44, 45, 46, 50, 70, 91, 98, 186, 225

M
Maibach, Edward W. ve Cotton, David 120
medya 29, 79, 112, 135, 136, 137, 139, 146, 147, 148, 152, 155, 187, 211, 215, 217, 218, 219, 223, 226, 229, 230
medyada savunuculuk 135, 136, 139, 215
medya okuryazarlığı 146, 147, 148
Miller 109
moda 23, 24, 72, 73, 158, 160, 183, 186, 193, 198, 199, 200, 201
Moynihan, Ray ve Cassels, Alan 70
mucize 193, 198, 199, 201
Müftüoğlu, Osman 159, 162, 164, 171

N
Navarro, Vicente 79, 226
Nussbaum 111
Nutbeam, Don 141, 142, 150, 214, 226

O
Okay, Ayla 29, 91, 226
OTC (*Over The Counter*–Tezgâh Üstü İlaçlar) 77, 78

P
panoptikon 55, 231
Parrott, Roxanne 91, 92, 109, 123, 222, 225, 226
Parsons 60, 231
Pertschuk 135
Pitts 60
PRECEDE-PROCEED Modeli 131, 132

R
Rabinow, Paul 43, 44, 48, 227
rahatsızlık 37
Ratzan, Scott Z. 140, 227
Ray, Eileen Berlin 92, 109, 218, 220, 221, 225, 226, 227, 231
Rice, Ronald E. 110, 153, 227

risk iletişimi 122, 231
Rivers, W.H.R. 39, 40, 227
Rogers, Everett M. 103, 108, 125, 128, 227
Ruesch 108
rutin sağlık haberleri 207

S
sağlık 13, 14, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 46, 49, 54, 58, 63, 65, 66, 71, 78, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 130, 131, 134, 137, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 162, 163, 172, 176, 178, 185, 198, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231
Sağlık Bakanlığı 26, 65, 78, 201, 222
sağlık iletişimi 26, 27, 28, 89, 90, 91, 92, 94, 96, 97, 100, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 121, 123, 126, 131, 153, 154, 155
Sağlık iletişimi kampanyaları 113, 114
Sağlık İnancı Modeli 117, 118
sağlıklı yaşam 19, 20, 25, 50, 53, 171, 178, 213, 216
sağlıklı yaşam endüstrisi 19, 20, 50, 171, 178, 216
sağlıklı yaşam tarzı 25, 178
sağlık okuryazarlığı 140, 141, 142, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 214
sağlık politikaları 25, 26, 206, 207
sağlık sigortaları 20
Sağlıkta Dönüşüm Projesi 15
Sarı 39, 40, 41, 42, 43, 227
SARS 122, 123, 231
Schiavo, Renata 87, 88, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 107, 109, 117, 120, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 135, 141, 144, 228
Selden 140, 228
Sharf 109, 113
Signorielli, Nancy 154
skandal 30, 160, 162, 198, 201, 202
Smokers' Challenge 126, 127
Sontag, Susan 41, 109, 228
Sosyal kontrol 54, 55
Sosyal Öğrenme Kuramı 119, 120
sosyal pazarlama 29, 125
Sosyal Sigortalar Kurumu 14, 16
Sparks 109
standartlaştırma 72
Stanford Kalp Hastalıklarını Önleme Programı (SHDPP) 126
Szasz 59, 60, 66, 67, 68, 69

T
Tabak, Ruhi Selçuk 29, 229
Tarım Bakanlığı 65, 78, 83
tedavi 40, 103, 192
Thomas, Richard K. 92, 93, 94, 98, 100, 101, 102, 109, 117, 128, 131, 144, 149, 220, 229
Thompson, Teresa L. 109, 111, 142, 143, 217, 218, 219, 222, 223, 228, 229
tıbbileştirme 53, 57, 58, 64, 65, 68, 75, 169, 170
tıbbileştirmeme 75
tıbbi sosyal kontrol 55, 174
Turner, Bryan S. 18, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 45, 48, 74, 82, 230
Türk Kardiyoloji Derneği 156, 200
Türkoğlu, Nurçay 147, 217, 219, 226, 230

W
Wallack, Lawrence 80, 126, 127, 135, 136, 215, 217, 221, 223, 225, 228, 230
Witte, Kim 117, 118, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 132, 133, 134, 224, 231

Wright, Kevin B. 91, 101, 104, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 120, 121, 123, 124, 132, 143, 144, 231

Y

yasal düzenleme 89
yaşlanma 22, 74, 181, 182, 189, 190, 191, 213
yaşlılık 21, 53, 68, 69, 182, 189, 190, 213
Yeniliklerin Yayılımı Kuramı 128
Yeşil Kart 15, 16

Z

Zola, Irving K. 59, 60, 64, 65, 66, 231

Sağlık ve hastalık ikilisine dair eski çağlardan günümüze kadar gelen bilim öncesi inanışlar, farklı toplumlarda, farklı düzeylerde, hâlâ varlığını sürdürmektedir. Modern tıbbın olanaklarından yararlanıyor olsa da, geçmişten gelen bir anlayışla birey hastalık karşısında "neden ben?" demekten kendini alamamakta; bu soruya cevap ararken "mucize"lerden, "sihirli formüllerden" fayda beklemeye devam etmektedir. Hayatta kalma içgüdüsü ile hareket eden birey, tarihsel ve ideolojik olarak oluşturulmuş bir değer olan sağlığın korunması gerektiği bilgisinden hareketle, bu yolda sürekli çaba harcamakta; sağlık için tüketim yapmaktan kaçınmamaktadır. "Sağlıklı yaşam endüstrisi" olarak adlandırılabilecek mekanizma ise, bu yönelimi sağlık söylemi yoluyla desteklemekte; bedenler üzerinde denetim oluşturmakta; tüketim alışkanlıklarını biçimlemekte ve artırmaktadır. Bu noktada sağlık iletişimi perspektifi, sağlık ve sağlıklı yaşam
nelik farklı bir bak
dan önemli bir yer
titizlikle hazırlanm
müş olursa olsun,
rinin de hedefinin
malıdır. Bireye terk
toplum sağlığının
da hayalcilik olacaktır. Toplum sağlığının iyileştirilmesi sadece bireyin sorumluluğunda değil; toplum sağlığı için politika oluşturmakla görevli olanların, yani kamu otoritelerinin de sorumluluğundadır.



AYRINTI YAYINLARI • SCHOLA
ISBN: 978-975-539-600-2
9 789755 396002

19 TL