

# BÜTÜNLEŞİK BİR DÜNYADA SAĞLIK İLETİŞİMİNİN PARADOKSAL KONUMU

Sergün KURTOĞLU  
İstanbul Üniversitesi, Türkiye  
sergunk@istanbul.edu.tr  
<https://orcid.org/0000-0002-5109-9931>

<i>Atıf</i>	AFET KURTOĞLU, S. (2024). BÜTÜNLEŞİK BİR DÜNYADA SAĞLIK İLETİŞİMİNİN PARADOKSAL KONUMU. <i>İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi</i> , 16(2), 153-183
-------------	---

## ÖZ

Sağlık iletişimi; sağlık alanında hem doğrudan deneyimlediğimiz hem de dolaylı olarak etkilendiğimiz sorunların giderilmesinde iletişimin stratejik önemini açıklamaya ve bu amaca yönelik uygulamaları özendirmeye çalışan disiplinlerarası bir kavram ve uygulamalar bütünüdür. Sağlık hizmetlerinde giderek artan maliyetler karşısında, 1970’li yıllarda sağlık alanı, pazar sistemi içine alınarak bir taraftan alanda gelir-gider dengesini sağlanması diğer taraftan bu alandan kâr elde edilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla ilişkili olarak sağlık hizmetleri yaklaşımı, tıbbi yaklaşımın yerini almıştır. Bu yeni yaklaşım ile neredeyse yaşama ilişkin her tür konu, sağlıkla ilişkilendirilmek yoluyla, sağlığın kapsamına dahil edilerek sağlık alanı bir pazar alanı olarak büyütülmeye çalışılmıştır. Çağdaş anlamda sağlık iletişimi, böyle bir dönemde, global dinamiklerin gerektirdiği bir ekonomi-politik bağlamda ortaya çıkmıştır. Sağlık iletişimi, sağlıkla ilişkili sorunların giderilmesinde faydalı olsa da küresel makro (yapısal) dinamiklere bağlı olarak geliştirilen yeni sağlık yaklaşımına meşruluk kazandırmanın araçlarından biri olması nedeniyle çelişkili bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu dinamikler; sağlık sorunlarının, özellikle sağlık eşitsizliklerinin artmasındaki temel belirleyiciler olduklarından zaten sağlık iletişimi ile geliştirilebilecek çözümleri sınırlandırır. Bu oldukça karmaşık bir durumdur. Bu durumu ihmal ederek, sağlık alanındaki sorunlara yönelik olarak sağlık iletişimi üzerinden stratejik çözümler geliştirmek amaçlansa da hem hastalık-sağlık olgusunun taşıdığı belirsizlikler hem de iletişim olgusunun sorunlar üreten doğası nedeniyle bunu başarmak gene de güçtür. Ayrıca bu yazıda geliştirilen ‘kriz pandemisi’ kavramı ile sağlıktaki sorunların küresel diğer sorunlarla biraradaltığı anlatılmakta, dolayısıyla sağlık sorunlarının yalnızca sağlık sistemine ilişkin olarak üretilen çözümlerle giderilemeyeceği ifade edilmektedir. Çalışmada; sağlık iletişiminin tarihsel gelişimi üzerinden gidilerek, günümüzde sağlık alanındaki sorunlara bu disiplin aracılığıyla bir çözüm geliştirebilmenin ve uygulamada başarılı örnekler verebilmenin güçlüğü tartışmaya açılmaktadır. Problemlleştirme metodolojisi kullanılarak, sağlık alanında birtakım

Geliş tarihi: 11.03.2024 – Kabul tarihi: 11.04.2024, DOI:10.17932/IAU.IAUSBD.2021.021/iausbd\_v16i2001

Derleme - Bu makale iThenticate programıyla kontrol edilmiştir.

Copyright © İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi

sorunları çözmesi ve alanı geliştirmesi beklenen sağlık iletişimi kavram ve olgusu bu bağlamda sorgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** *Kriz Pandemisi, Empati, Simetrik-Asimetrik İletişim, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Covid 19 Pandemisi.*

## **THE PARADOXICAL POSITION OF HEALTH COMMUNICATION IN A CONNECTED WORLD**

### **ABSTRACT**

Health communication is an interdisciplinary concept and set of practices that aims to explain the strategic importance of communication in addressing the health issues that we both directly experience and are indirectly affected by in the field of health, and to encourage applications towards this end. In the face of rising healthcare costs, the health field was integrated into the market system in the 1970s, with the aim of balancing its income and expenditure on the one hand, and making a profit from it on the other. In relation to this goal, the health services approach replaced the medical approach. This new approach aim to expand the field of health as a market by associating almost every aspect of life with health and including them in the scope of health. Health communication in the contemporary sense emerged at such a time, in an economic and political context driven by global dynamics. While health communication is beneficial in addressing health-related issues, its role as a means of legitimizing new health approaches driven by global macro dynamics creates a paradoxical situation. These dynamics, which are the primary determinants of increasing health problems, especially health inequalities, inherently limit the solutions that can be developed through health communication. This is a rather complex situation. Although it is aimed to develop strategic solutions to the problems in the field of health through health communication by neglecting this situation, it is still difficult to achieve this due to both the inherent uncertainties of the disease-health phenomenon and the problem-creating nature of the communication phenomenon itself. In addition, the concept of 'crisis pandemic' developed in this article highlights the interconnectedness of the problems in the field of health with other global problems, and therefore argues that these problems cannot be solved by developing solutions to the health system problems alone. The study examines the historical development of health communication and discusses the challenges that this discipline faces in providing solutions to the problems in the field of health and presenting successful practical examples in today's world. In this context, the concept and phenomenon of health communication, which is expected to solve some problems in the field of health and to improve the field, is questioned using the method of problematisation.

**Keywords:** *Crisis Pandemic, Empathy, Symmetric-Asymmetric Communication, Preventive Health Services, Covid 19 Pandemic*

## GİRİŞ

Covid 19 pandemisi ile birlikte, sağlık iletişimi üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır. Pandeminin bir kriz olmasının yanısıra; mali yetersizlikleri başta olmak üzere sağlık sistemindeki yetersizlikler, pandemi boyunca oluşan bilgi kirliliği ve sağlık alanı dışında kaldığı halde sürece eklenen pek çok sorun ve ayrıca süreç içinde sorun haline gelen unsurlar var olan krizi derinleştirerek krizi, sağlık krizi olmasının ötesine taşımıştır. Bu yazıya özgü olarak ‘kriz pandemisi’, bu durumu tanımlamak üzere oluşturulmuş ve mutlaka geliştirilmeye açık duran bir kavramdır.

Pandemi sırasında ve sonrasında sağlık iletişimine ilişkin oldukça fazla sayıda akademik çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan birisi, “COVID-19 Study on Scientific Articles in Health Communication: A Science Mapping Analysis in Web of Science” (Sağlık İletişiminde Bilimsel Makaleler Üzerine COVID-19 Çalışması: Web of Science’ta Bir Bilim Haritalama Analizi) (de Las Heras-Pedrosa vd., 2022) adlı metanalitik bir çalışmadır. Bu metanalitik çalışmada sağlık iletişimi kavramının eşlik ettiği ve bilimsel yayılım açısından en üretken makaleler analiz edildiğinde, başlıkların; sürece ilişkin bilgi ve farkındalık, kamunun bilgilendirilmesi, bilgilerin erişilebilirliği, kaynak güvenilirliği, sosyal medyanın etkisi, aşılama yönelik tutumların belirleyicileri ve duyguların analizi ile ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır (de Las Heras-Pedrosa vd., 2022). Makalelerde sağlık iletişiminin biliçlendirme ve güven sağlama etkilerinin yanısıra aşıya yönelik tutumları yönlendirme ve pandemiden kaynaklanan duygusal karmaşaları hafifletme etkileri üzerinde durulması, başka bir ifadeyle sağlık iletişiminin etkilerine ve/veya süreçte bu etkiyi arttıran veya azaltan unsurlara odaklanılması, tündengelimsel anlayışın bu alanda öne çıktığını göstermektedir. Bu tercihin öne çıkması, Covid 19 pandemisi (ya da herhangi bir kriz) ortaya çıktıktan sonra öncelikle amaçlanan bu krize yönelik çözüm geliştirilmesi ve zararların giderilmesi olduğundan, başka bir ifadeyle krizin aktif olduğu (reaktif kriz) süreçte ilkin sorunun anlaşılması değil çözüme yönelik etki sağlanması acil olduğundan olağandır (İnan, 2009, s. 220-221).

Küresel ağ toplumu yalnızca insanları değil kurumları ve sektörleri de birbirine bağladığından, sağlık krizleri diğer kurumsal alanlara yayılarak iç içe geçen karmaşık sorunlara yol açar. Dünyanın tek, bütünleşmiş bir pazar haline dönüşümüne yol açan küreselleşme (Şaylan, 1999, s. 122), doğası gereği gittikçe daha fazla küreselleşmeye neden olmakta (Steger, 2005, s.13), bu süreç küredeki etkileşimleri giderek daha sıkı hale getirmektedir. Dolayısıyla küresel bir dünyada sağlık krizi/pandemisi sağlık alanında sınırlı kalmamakta diğer kurumsal ve sektörel alanları da etkileyerek küreye yayılmaktadır. Sağlık alanından ya da başka bir kurumsal veya sektörel alandan başlayarak küreye yayılan tüm krizler, sağlık alanını etkileyerek küresel bir sağlık sorununa dönüşebilecek bir potansiyele sahiptir. Bu tür küresel krizler sağlık sistemlerini doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz

etkilediği gibi insanları da ruhsal ve toplumsal bakımdan olumsuz etkiler. Sağlıklı olmak, yalnızca fiziksel değil ruhsal ve toplumsal bakımdan da iyi olma hali olduğundan bu durumdan kaçınmak güçtür. Bu noktada tıbbi bir terim olan pandemi terimi ödünç alınarak ‘küresel pandemi’ terimi üretilmiştir. “Pandemi, bir hastalığın bir kıta veya birkaç memleket üzerinde aynı anda yaygın şekilde görülmesi; geniş salgın” (Kocatürk, 1984, s. 537) olarak tanımlanmaktadır. Böylece, “kriz pandemisi” ile anlatılmak istenen, sağlık alanının ötesine taşın ve bir bütün olarak kurumsal ve sektörel alanları etkileyecek düzeyde yaygın küresel bir kriz durumudur.

Diğer taraftan insanlık, bir bütün olarak sosyal hakların giderek daha olumsuz biçimde etkilendiği bir dünya düzeni ile karşı karşıyadır. Globalleşmenin özellikle 1980’ler sonrası ürettiği ve yaydığı olumsuzlukların sosyal hakları doğrudan etkilediği böyle bir yapı içinde, sağlıklı ilişkili olsun olmasın, bu türden krizlerin devamının geleceği endişesi, bir başka ifadeyle sürekli olacağına ilişkin duygu durumu (ve belki de gerçeği) da pandemik krizlerin bir sonucudur ve aynı zamanda kendisi de pandemik bir krizdir. Bu durumda ‘pandemik kriz’ olarak kavramsallaştırmaya çalıştığımız kriz durumunun, nitelik olarak kendisini büyüten ve üreten bir iç dinamiğe sahip olduğunu söyleyebiliriz. Bu tür bir kriz durumunun nereden başladığından ve nereye evrildiğinden bağımsız olarak, ortaya çıktığı her durumda, sağlık alanının yaşamsal bir alan olmasından ötürü, bu krizin sağlık alanına yansıyan olumsuz etkileri yoğun olarak hissedilecek ve bir sağlık krizi olarak öne çıkacaktır.

Bu tür krizler yakın geleceğimizi de etkilemekte olduğundan; sağlık ile ilgili kavramların, tanımların ve uygulamaların, bu durumu dikkate alarak yeniden gözden geçirilmesi önem taşımaktadır. Sağlık iletişimi de bunlardan bir tanesidir.

Sağlık iletişimi, sağlık alanına özgü bazı kazanımlar sağlamak üzere iletişim disiplininin yararlanılmasıdır. “İletişim sürecinin merkeziliği, iletişimin sağlık bilgisinin oluşturulması, toplanması ve paylaşılmasında oynadığı yaygın role dayanmaktadır.” (Kreps vd., 1998).

Bu makalede, ilk olarak, sağlık iletişimine bütüncül bir tanım olarak başvurmak yerine, sağlık ve iletişim olgularını ayrı ayrı değerlendirmek yoluyla bu olguları birbirine doğal olarak bağlayan, ayrılmaz kılan hususlar ortaya konmaya çalışılmıştır.

Sağlık iletişimi; sağlık alanındaki sorunlara, iletişim stratejilerinden yararlanarak etkin çözümler geliştirebilme amacı taşıyan bir disiplin ve uygulama alanı olarak 1970’ler sonrasında çağdaş anlamda geliştirilmeye başlanmasına rağmen, geçen zaman içinde sağlık alanındaki sorunların giderek arttığını de bilmekteyiz. Bu durum, doğal olarak dünya düzeni ile ilişkilidir. Ancak sağlık iletişiminin; ortaya çıkış nedenlerinin ve hangi nedenlerle kavramsal ve pratiğe yönelik dönüşümlere uğradığının bilinmesi, sağlık alanındaki sorunlara ne şekilde ve ne düzeyde yanıt

verebileceğini anlamak bakımından önemlidir. Bu yazının sorunsallaştırdığı bir konu da budur. Bu nedenle sağlık iletişiminin süreç boyunca nasıl dönüştüğü üzerinde durulmaktadır. Bu süreç, özellikle Thomas'ın (2006), "Health Communication" (Sağlık İletişimi) adlı kitabında ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Bu alanda rehber niteliğindeki bir diğer kaynak olan Schiavo'nun (2013) "Health Communication: From: Theory to Practice" (Sağlık İletişimi: Teoriden Pratiğe) adlı kitabıdır. Schiavo, sağlık alanı ile sosyal alan arasındaki bağlantının önemine dikkat çekerek sağlık iletişiminin insan odaklı olmasının önemine odaklanmaktadır.

Bu makale, alanda rehber niteliğindeki eserlerden farklı olarak, sağlık alanının pazar dinamiklerinin belirleyici olduğu bir zeminde bulunması sebebiyle, sağlık iletişimi ile hedeflenenlerin hedeflendiği şekliyle başarılabilmesinin güç olduğunu açıklamaya çalışmaktadır. Sağlık iletişimi ile onun bağlamı arasındaki çelişki, onun çağdaş bir disiplin olarak ortaya çıkışından günümüze değin gelmektedir. Bu çelişkiyi, nedensel düzeyde bütüncül bir yaklaşımla değil ama ampirik düzeyde inceleyen bir çalışma ise Hornik'in editörlüğündeki (2002) "Introduction Public Health Communication: Making Sense of Contradictory Evidence" (Halk Sağlığı İletişimine Giriş: Çelişkili Kanıtları Anlamlandırmak) adlı kitaptır. Kitapta; sağlığa ilişkin eğitimin ve iletişimin, sağlık sorunlarını azaltmada her zaman etkili olmadığı ama gene de bazı çalışmaların/kampanyaların bu konuda başarılı sonuçlar verdiği belirtilmekte ve sağlık iletişimiyle ilgili çalışmalar bölümler halinde verilmektedir. Kitapta, sağlık iletişiminde neden bazı çalışmaların diğerlerinden farklı olarak başarılı olduğunu anlayabilmek için ortamsal unsurların etkileri üzerinde durulmasının yararlı olabileceğinin altı çizilmektedir. Hornik'in editörlüğündeki kitap, sağlık iletişimi çalışmaları ile elde edilen ve edilemeyen sonuçlar üzerinden (tümdengelimsel) bir arayış içine girerken, bu makale; sağlık iletişiminden fayda sağlamaya yönelmeden önce, elde edilmek istenen faydalar/etkilere ilişkin beklentilerin gerçeğe uygun olup olmadığını, bu disiplinin var olduğu başlangıç koşullarını ve onu şekillendiren dinamikleri öne çıkararak (tümevarımsal) anlamaya yönelmektedir.

Sağlık alanında, sağlık politikalarından sağlık hizmetlerinin düzenlemesine kadar hangi aşamada olursa olsun, iletişimin fayda sağlayacak şekilde biçimlendirilebilmesi bakımından yol gösterici nitelikteki bazı kavramlar da bu makalede öne çıkarılmaktadır. Empatik iletişim ve simetrik iletişim geliştirebilmenin güçlüğü ve aynı zamanda tıbbi alanın doğasına özgü belirsizliklerin yarattığı güvensizlik, yapısal (makro) sorunlarla ve kişilerarası iletişime ilişkin (mikro) sorunlarla beslenmekte ve sağlık iletişiminin amaç ve hedeflerini sınırlandırmaktadır. Bu makalenin altını çizdiği bir diğer husus da budur. Sağlık iletişimi ile elde edilebilecek kazanımlar, doğal olarak gerçeğe uygun düşen amaç ve hedefler oluşturulması yoluyla sağlanabilecektir.

Makale; böylece sağlık iletişiminin etkilerine değil, sağlık iletişimi ile istenilen ve planlanan etkileri sağlama olanağının, sağlık ve iletişim olgularının ayrı ayrı

sorunlar üreten doğası ile birlikte içinde bulunduğumuz küresel düzenin (neoliberalizmin) talepleri tarafından sınırlandırıldığına odaklanmaktadır. Sağlık iletişimi, dolayısıyla, baştan sorunlu bir çerçeveye yola çıkmış görünmektedir.

Çalışma, problemleştirme/sorunsallaştırma metoduna dayalı olarak, kabul edilmiş gerçekleri sorgulamaya yönelmektedir. Problemleştirme, belirli bir konuda doğru görüşü veya cevabı bulmakla ilgili olmayıp bunun yerine belirli bir kavramın/olgunun kabul edilmişliğini sorgulamak için kullanılan bir yöntemdir (Bazin, 2014). Bazin (2014), problemleştirmeyi, kurumsallaşmış düşünüyü şeklinin dışına çıkararak Freire'nin ifadesiyle "eleştirel bir bilinç geliştirme stratejisi" olarak tanımlamaktadır. Bu yöntem, problematize etme sürecini kendi başına garanti edemez, ancak düşünümsel (reflexive) bir bakış açısı sunmaya çalışır (Alvesson ve Sandberg, 2011, s. 267). Çalışmada, sağlık iletişimi ile hedeflenen etkilerin realiteye uygunluğu problemleştirme yoluyla sorgulamaya açılmaktadır.

Bu makale, disiplinden belirli beklentiler kurmak yerine hangi beklentilere girilmemesi gerektiğini, diğer bir deyişle, disiplinin kendisinin hangi öz nitelikleri içerdiğini ve hangilerini dışarıda bıraktığını tartışmakta ve bağlamsal/yapısal unsurları değiştirmeksizin sağlık iletişiminin, engelsiz bir uygulama alanı geliştiremeyeceğini açıklamaya çalışmaktadır.

### **SAĞLIK VE İLETİŞİM OLGULARI NEREDE BİRLEŞİR?**

Özellikle sağlık hizmetlerinde (ve genel olarak sağlık alanında) var olan sorunların giderilmesinde sağlık iletişiminin çözüm geliştirici bir disiplin ve uygulama olarak var olabilmesi önemlidir. Sağlık iletişiminde doğru bir işleyişin gerçekleşmesi ve beklenen sonuçlara ulaşılabilmesi için hem sağlığa ve iletişime ilişkin hem de daha önemlisi onların bulunduğu ortak paydaya ilişkin bazı bilgilerin açık olarak bilinmesi gerekir.

Sağlık, temel bir tanımla, yalnızca fiziksel (tıbbi) değil aynı zamanda ruhsal-mental (zihinsel) ve toplumsal (sosyal) olarak da iyi olma halidir. Diğer bir ifadeyle sağlık, bireyin bütünde iyi olabilmesi ve buna bağlı olarak da toplumun bütünde iyi olması durumudur. Ancak yerel ve küresel düzeyde yaşanmakta olan çeşitli türden sorunlara bakıldığında bu tanımın pratikte karşılığını bulması kolay görünmemektedir. Global dünyanın koşulları, daha gelişkin arayışları olan insanın taleplerine aykırı biçimde, bu arayışları değersizleştirmektedir. Daha gelişkin bir sağlık hakkı talebi de bu taleplerden bir tanesidir. Bölgesel savaşlar, iklim krizleri, ideolojik veya değil terörizm, sağlık pandemileri, sermayenin tekelleşmesinin dayattığı standardizasyon nedeniyle potansiyelini kullanamayan hatta bu potansiyelinin farkında dahi olmadığından türüne yabancılaşan insan, tüm bu nedenlerle varlığını bireysel, toplumsal ve daha kötüsü biyolojik olarak sürdürülebilir sorunuyla karşı karşıyadır. Bu çelişki tek başına bile sağlık sorunları üreten bir potansiyel taşır. Bu durumda, sağlık bakımından; varlık sorunu bir tarafta, arayışları bir tarafta olan insanın sağlığına ilişkin endişelerinin belirgin biçimde artması kaçınılmazdır.

Sağlığın toplumsal olarak da iyi olma hali anlamına gelmesi, sağlık ve iletişim olguları arasındaki bağın doğrusal ve dolaysız olmasıyla ilişkilidir. İletişim sözcüğü; Latince’de benzeşenlerin oluşturduğu ortaklık ya da topluluk anlamına gelen communis sözcüğünden türetilmiş olan communication kavramının karşılığıdır, bu nedenle doğrudan toplumsallaşma anlamını da içermektedir (Oskay, 1997, s. 309-310). İnsan iletişimde bulunarak toplumsallaşır ve sosyal bir tür olması sebebiyle iletişimde bulunmaya devam etmek zorundadır, bu nedenle iletişim ve toplumsallaşma birbirinden ayırabileceğimiz süreçler değildir. İnsanı diğer türlerden ayıran en önemli özelliği esasen sosyal bir varlık olabilmesidir. İnsanın varlığını sürdürebilmesi tarihsel süreçte toplumsallaşması ile olanaklı hale gelmiştir ve bu durumdan soyutlanması iletişimsiz kalmak anlamına geldiği gibi varlığını kaybetmesi anlamına da gelir. İnsan sağlığı ancak insanın varlığında söz konusudur. Bu nedenle sağlık aynı zamanda toplumsal bakımdan iyi olma halidir, başka bir deyişle (doğru) iletişimde bulunmak sağlık için dışsal değil içsel bir gerekliliktir.

Sağlık ile iletişim arasında yalnızca toplumsallaşma bakımından değil ruhsal-mental bakımdan da doğrusal ve dolaysız bir bağ vardır. İletişim yoluyla toplumsallaşan insan yalnızlığını yener ve dışlanmışlık duygusu ile başa çıkar ki böylece ruhsal-mental bakımdan iyilik halini tamamlayabilir ya da sürdürebilir. Ruhsal-mental bakımdan sağlıklı olma, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kapsamlı biçimde tanımlanmıştır.

Ruhsal-mental sağlık, zihinsel bozuklukların veya engellerin bulunmaması ile sınırlı bir durum değildir. Bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, verimli çalışabildiği ve topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir. İnsanlar olarak düşünme, duygularımızı ifade etme, birbirleriyle etkileşimde bulunma, geçimimizi sağlama ve hayattan keyif alma konusundaki kolektif ve bireysel yeteneklerimiz için temel öneme sahiptir (who.int).

Fiziksel (tıbbi) bakımdan sağlık ile iletişim arasındaki bağa değinecek olursak, bu bağın diğerlerinde olduğundan daha fazla önem taşıdığını belirtmek gerekecektir. Bu durumu iletişimden sağlığa değil, sağlıktan iletişime doğru açıklamak üzere Illich’in yaklaşımından yararlanalım.

*Sağlığın Gaspsı* adlı kitabında Illich sağlığın biri özgürlük diğeri de haklar olmak üzere iki yönü olduğundan söz etmekte ve sağlıklı olmanın birey için özgürlük anlamına geldiğini, çünkü bireyin ancak sağlıklı olması durumunda hem kendi biyolojik durumunu ve hem de ilişkide olduğu çevresini kontrol edebileceğini ve böylece bedeni ve çevresi arasında uyumlu bir ilişki kurabileceğini belirtmektedir (2014, s. 160).

Sağlıksız bir kişinin bu uyumu üretebilmesi çok olanaklı değildir. Sağlıksız kalmak aynı zamanda iletişimsiz kalmaktır.

Şu halde sağlığı oluşturan bu üç boyut; fiziksel (tıbbi), toplumsal (sosyal) ve ruhsal-mental (zihinsel) boyut iletişim olgusu ile doğrusal ve dolaysız ilişki içindedirler, içiçe geçmişlerdir ve bu boyutları iletişimden ayrı ayrı ele almak sağlık olgusunu kavramak bakımından eksik bir kavrayış olur.

Diğer taraftan sağlığın bu üç boyutu aynı zamanda birbirlerini etkilerler ki her günkü gözlemlerimiz bunu doğrulamaktadır. Bu olguların her biri diğerlerini de içerir, bir başka ifadeyle aralarında ilişkisellikten öte biraradalık ve ayrıştırılmazlık vardır, bir bütün olarak işleyiş gösterirler. Sağlık olgusu, bütüncül (holistik) bir yapıdan kuruludur. O halde tıbbifiziki sağlık yalnızca bedene iyi bakılarak sağlanamaz veya ruhsal-mental sağlık, fiziki ve toplumsal sağlık durumundan bağımsızca var olamaz. Ve iletişim bozuklukları ile kopuklukları, ayrı ayrı sağlığın bu boyutları veya bütünü üzerinden sağlığın bozulması yönünde etkili olur.

## **MODERN TIBBIN KURUMSALLAŞMASINDAN ÖNCE SAĞLIK İLETİŞİMİ**

Sağlık iletişiminden beklenen; iletişim disiplininin yöntem ve uygulamalarının, sağlığı kazanmak ve sürdürmek üzere etkin biçimde kullanılabilmesidir. Bu nedenle sağlık iletişimi üzerine geliştirilen yaklaşımlar, sağlık için iletişimin araçsallaştırılması yönündedir.

Thomas (2006), *Sağlık İletişimi (Health Communication)* adlı kitabında, sağlığın yaşam alanı içinde ayrı bir değer olarak kavramsallaştırılmasından başlayarak sağlık iletişimini bir disiplin olarak geliştiren unsurları tarihsel süreç içinde açıklamaktadır (s. 39):

Sağlığın önemli bir kişisel sorun olarak ortaya çıkması ve 20.yy'ın ortalarında ABD'de sağlık hizmetlerinin önemli bir kurum olarak yükselişi, sağlık iletişimi alanının gelişimindeki ana faktörlerdi. ABD toplumunda 'sağlık'ın ayrı bir değer olarak kavramsallaştırılması, sağlık kurumunun ortaya çıkışında büyük bir gelişmeyi temsil ediyordu. II. Dünya Savaşı'ndan önce sağlık, Amerikalılar tarafından genellikle bir değer olarak kabul edilmiyordu ancak diğer refah kavramlarıyla belli belirsiz bir şekilde ilişkilendiriliyordu. Savaşı takip eden yıllarda kişisel sağlık giderek artan bir endişe haline geldi ve sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sağlanması Amerikan halkının zihninde önemli bir konu haline geldi. 20. yy'ın son çeyreğine gelindiğinde sağlık, Amerikalılar için bir takıntı haline gelmişti.

Thomas'ın açıklamalarına baktığımızda; II. Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle ABD'de sağlığa ilişkin endişelerin merkezi bir sorun haline aldığı anlaşılmaktadır. Bu endişelerdeki artış, doğal olarak Savaş'ın insan üzerinde yarattığı tahribat



ile de ilişkilidir. Sağlık iletişiminin varolma ve gelişme dinamikleri bakımından bu kısım önemlidir. Sağlıkın Savaş sonrası bir endişe olarak yükselmesinde; süreci etkileyen öncülleri ararsak diğer bir deyişle duruma tümevarımsal yaklaşırsak, Savaş'ın etkilerine ilişkin tezler üretmek gerekecektir. Diğer taraftan tündengelemsel bir yaklaşımla Savaş sonrası dünyanın nasıl şekillendiğine ve bu yeni şekillenmede ABD'nin nasıl bir konum aldığına baktığımızda sağlığa ilişkin farklı tezler ortaya çıkar.

Savaş sonrası dünya sistemi kapitalist ve sosyalist iki kutup olarak ayrışsa da, kapitalizmde uluslararasılaşma dönemi ile emperyalist dalganın yükselmesi ve yayılmasıyla, merkez kapitalist ülkeler ile onlara bağımlı çevre kapitalist ülkelere oluşan genişçe bir alan kendi içinde kapalı bir sistem modeli olarak biçimlenmeye başlamıştır. Bu durumu anlaşılır kılmak üzere, Savaş sonrası sağlık alanındaki duruma çok yakından, kendi ülkemizden baktığımızda (Soyer, 2001, s. 428):

Uluslararası ilişkilerin Türkiye'de önemli bir yer tutmaya başladığı ve sağlığın bazı alanlarında uluslararası kuruluşların yönlendirmesine girildiği bir dönem yaşandığı görülür. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF ile gelişen ilişkiler kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele için kimyasal maddelerin yaygın bir şekilde alınması gibi örnekler bu yönlendirmenin sonuçlarındandır. Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde Doğu Avrupa'dan etkilenerek uygulamaya konulan koruyucu hekimlik çalışmalarının giderek terk edildiği bu dönemde, Sağlık Bakanlığı da bakanların sık sık değiştirilmesi nedeniyle istikrarını yitirmeye başlamıştır.

Çevre kapitalist ülkeler için çekici hale getirilen dışa açılma politikaları, ilerlemenin ve gelişmenin diğer bir deyişle modernitenin kaçınılmaz bir gereği olarak sunulmuş ve meşrulaştırılmıştır. Örneğin Marshall Planı'na bağlı olarak süt tozunun alınması, zaten tarım ve hayvancılık ile geçinen ülkeler için bu türden bir gerekliliktir. Sağlık alanında dışarıdan getirilmesinin gereği olmayan süt ve benzeri bazı yabancı ürünlerin ABD tarafından bu ülkelere verilmesi, ABD'nin sağlıkta iktisadi alana/pazar alanına doğru kayma eğilimini açıkça göstermektedir. Sağlıkın bir endişe olarak doğmasını izleyen süreçte ABD, bu ve benzeri pratiklerle ABD sınırları dışında da bu endişeyi kurumsallaştırmak yoluyla, sağlık alanında küresel düzeyde bir pazar anlayışını geliştirilmeye ve genişletmeye yönelmiştir.

Çağdaş anlamda sağlık iletişimi olmamakla birlikte, Thomas'a göre 1960'lı yıllar öncesinde tıbbi alanda iletişim önemlidir. Süreç içinde tıbbi deneyimlerin biriktirilmiş olması ve sağlıkta pozitif bilginin giderek artan belirleyici rolü, 1960'lı yıllara gelindiğinde hasta ile doktor arasındaki iletişim sürecinin önemini yitirmesine neden olmuş ve bu durum 1970'li yıllara kadar sürmüştür (Thomas, 2006, s. 41). Bu anlaşılabilir bir durumdur. Tıbbi alandaki bilgiler, insan organizmasının

yapısından işleyişine giden tüm boyutlarda anlamayı ve açıklamayı sağlayabilmelidir. Bu bilgiler, biyoloji temel bilimi ve tıbbi alanla ilişkili diğer bilim alanları çerçevesinde elde edilmektedir. Bu bilgi edinme süreci ise, yöntemsel olarak, analize ve senteze dayalı yaklaşımların diğer bir deyişle birbirini tamamlayan yaklaşımların birarada kullanılmasını gerektirmektedir. Tıbbi bakımdan organizmadaki her bir yapı; yapısallığından işlevselliğine kadar, ayrı ayrı ele alınarak yani mikro düzeyde çözümlenebilmelidir/analiz edilebilmelidir ve aynı zamanda bir bütün olarak organizmanın nasıl bir ilişkisellik içinde devinim gösterdiği yani makro düzeyde bir genellemeye gidilebilmelidir/senteze varılabilmelidir. Ancak bu yolla sağlık-hastalık ile ilişkili durumlara bilimsel düzeyde anlam verilebilir ve açıklanabilir. Bu yöntemsel çabalara ek olarak, tıbbi alanda etkin biçimde bilgi arayışına yönelebilmek için, insan organizması ile ilgili sınırlı düzeyde de olsa bir başlangıç noktası oluşturabilecek bazı bilgilerin elde olması gerekir. XX. yy. başlarında ise tıbbi alanda bilimsel çalışmalara başlangıç oluşturabilecek düzeyde yeterli bir bilgi birikimi yoktur ve aynı zamanda bu durumu tersine çevirebilecek teknolojik gelişmeler de emekleme aşamasındadır. Bu nedenle 1960'ların öncesinde çağdaş anlamda değilse de tıbbi alanda güçlü bir iletişim kurmak, sağlık alanında başarılı olabilmenin güçlü bir belirleyicisi olmuştur. Thomas bu konuda şunu belirtmektedir (2006, s. 40): “Tıp tarihçileri, çoğu hastalığı tedavi edebilecek becerilere sahip kimse olmadığına dikkat çekerek etkin iletişim becerilerine sahip olanların tedaviyi etkilemede en iyi şansını yakaladıklarını belirtmektedirler.” Dolayısıyla sağlık iletişimi, çoğu kaynakta her ne kadar 1970’li yıllarla birlikte gelişmeye başlamış bir disiplin olarak yer alıyorsa da esasen modern tıbbın kurumsallaşmasından önce sağlık alanında ihtiyaç duyulan ve merkezi öneme sahip bir uygulama olmuştur. Böyle bir saptama sonrası bazı sorulara yanıt vermek gerekecektir.

Sağlık alanında hasta ile doktor arasındaki iletişime 1960’ların öncesinde kilit bir rol verilmesiyle birlikte bu iletişimin nasıl bir nitelik taşıdığı ve hasta ile doktorun birbirlerini anlayabildiği ya da en azından anlamaya yönelik bir sürecin ne düzeyde gerçekleştirilebildiği sorgulanmaya değerdir. Özellikle bu iletişim sürecinin, sağlık alanında 1970’li yıllar sonrasında geliştirilmeye çalışılan iletişim sürecinden farklılaştığı noktaları ortaya koymak gerekir. Dünya döndükçe koşullar değişir ve yaşanan dönemler kendine has niteliklerini taşıdıkları herşeye damgalarlar. Bu nedenle insanın yaşama ve insan varlığına bakış açısı (paradigması) dolayısıyla arayışları değişir. Yalnızca bu nedenle bile sağlık alanında sözü edilen bu farklı dönemlerdeki iletişim süreçleri ve hedefleri farklı nitelikler taşıyor olmalıdır.

Gerçekten de modern tıbbın kurumsallaştığı 1960’lı yıllara kadar doktorlar eldeki bilgi ve olanakların yetersizliği nedeniyle hastalarına destek olmak adına iletişimi etkin olarak kullanmaya çalışmışlardır ama buradaki iletişim süreci, özünde, hastaya rehberlik edilmesi yoluyla hastanın tedaviye katılımını kolaylaştırma ve bu şekilde onu rahatlatmaya yöneliktir. Dolayısıyla hasta ile doktor arasındaki

ilişkide süreç, nitelik bakımından, bugün hasta ile doktor arasında kurulan simetrik iletişim sürecinden farklıdır. 1960'lı yıllar öncesinde; hastalıklar konusundaki birikimlerin henüz yetersiz olması ve hastaların asgari düzeyde bir sağlık okuryazarlığına bile sahip olmaması gibi nedenlerle doktorun hastasına yaptığı açıklamalar, zaten hastanın tıbbi sağlığına ilişkin bilginin hastanın anlayabileceği bir dille iletilmesi amacını taşıyamaz. Burada daha çok hastanın tedavi sürecine uyum kazanmasını sağlamak için hastaya aktarılan iletiler vardır ve başarı doğal olarak yüksek oranda doktorun iletişim yeteneğine bağlıdır. Aralarındaki süreç bir taraftan diğer tarafa yani doktordan hastaya bir ileti aktarımı ile sınırlı olmayıp hastanın karşı tarafa doğru iletilerini içermekte de olabilir, ancak böyle olduğu durumlarda bile nitelik olarak bu iletiler, özde, fiziksel (tıbbi) sağlıkla ilgili bir durumu anlamaya, açıklamaya, iletmeye ve sonuç olarak sağlıkla ilgili bilgi üzerinde anlaşmaya dayalı değildir. Oysaki günümüzde sağlık iletişimi ile ifade etmek istediklerimizden biri, sağlıkla ilişkili bilgi üzerinde doktor ile hasta ve yakınlarının karşılıklı olarak anlaşabilmeleridir. Dolayısıyla taraflar, sağlık bilgisi bakımından aralarındaki mesafeyi azaltmaya yönelik bir iletişim süreci kurmaktadır, diğer bir deyişle süreç, bir tarafın diğer tarafa rehberlik etmesi şeklinde gerçekleşen paternal bir süreç olmaktan çıkmıştır. Ancak hasta ve yakınlarının iletişim sürecine aktif olarak katıldıkları karşılıklı bir iletişim sürecinde bile belirli bir başarı düzeyine ulaşmak çoğu defa zor ve oldukça sorunlu bir durumdur. Paternalizm; bir kişiye, daha iyi durumda olacağı veya zarar görmekten korunacağı iddiasıyla o kişinin iradesi dışında müdahale edilmesidir (Dworkin, 2020).

1970'lerden itibaren, dönemin koşulları gereği, hasta ve hasta yakınları ile doktor ve sağlık personeli arasında simetrik/bakımsız bir iletişim süreci geliştirmenin önemi anlaşılmıştır. Simetrik iletişim; ilgili sağlık sorununa yönelik olarak, her iki tarafın birbirlerinin söylediklerinden olabildiğince doğru anlamı çıkardıkları ve anlamada/anlamlandırmada sorun yaşandığı zaman bu karmaşayı düzeltmek üzere birbirlerine geri bildirimde buldukları, kısacası tarafların aktif olarak katılım sağladıkları bir süreci ifade etmektedir. Simetrik iletişimde amaçlanan, karşılıklı olabilmek/karşılığını bulabilmek ve sonuçta hastanın sağlığına ilişkin olarak iletişimsel hatalardan doğabilecek olumsuz gelişmelerin önüne geçebilmektir. Böyle bir simetrik iletişimi sağlayabilmek, sağlık iletişiminin hedefleri arasındadır ve büyük oranda sağlık okuryazarlığı ile dolayısıyla sağlık eğitimi ile bire bir ilişkilidir.

## **DÜNDEN BUGÜNE DEĞİŞENLER: İNSAN, TIBBİ BİLGİ VE TEKNOLOJİ**

**1.** İnsan; bilişsel ve duygusal bakımdan, arayışları bakımından vb. sebeplerle artık dündeki insan değildir. Bu doğal bir durumdur. Ancak doğal olmayan bir kısım vardır ki o da insan arayışlarının nerdeyse sadece talebe dönüştüğü bir yaşam döngüsünün deneyimlenmekte oluşudur. Bu durum sağlık alanında da mantıklı (rasyonel) olmayan beklentiler geliştirilmesine neden olmaktadır. Taraflar bakımından değerlendirmek gerekirse şunlar söylenebilir: Doktor ve sağlık personeli,

mesajlarının ve kendilerinin hasta ve yakınları tarafından daha fazla anlaşılacağını ummaktadırlar. Hasta ve hasta yakınları ise işlemler ve tedavi konusunda doktordan ve sağlık personelinin daha tatmin edici sonuçlar beklemektedirler. Oysaki 1970'ler sonrası dönemi temsilen iç içe geçen çok boyutlu gelişmelerle kendine has bir çerçeve çizen yeni liberalizm (neoliberalizm), bu talep ve beklentilerin karşılanmasını ya da gerçekleşmesini engellemektedir. Ne var ki sıradan insanın çarçabuk olması gereken bir yaşam döngüsünde, kendisini çevreleyen dinamikleri kavramak üzere vakti kalmamıştır. Zaman çok hızlanmıştır. Bu döngü işte yukarıda sözü edilen 'kriz pandemisi'nin doğrudan doğruya kendisidir.

Tarafların birbirlerinden beklentileri gerçekçi değildir. Bu anlayış farklılığının birkaç sebebi vardır. Bir kere tıp bilimi teknolojinin gelişmesiyle giderek daha fazla pozitif bilime dayalı hale gelmiştir. Bunun anlamı, taraflar arasındaki bilgi farkının artmasıdır. Bir diğer sebep ise, hem küresel düzeyde ülkeler/toplumlar arasında hem de özellikle çevre kapitalist ülkelerde çok daha belirgin olmak üzere, ülkelerin/toplumların kendi içlerinde gelir dağılımı, eğitim ve benzeri konularda yaşadıkları eşitsizliklerdir. Bu eşitsizlikler, insanların büyük bölümünü sosyal ve kültürel alanlardan dışlayarak, dünya nüfusunun büyük bir bölümünün yaşam kalitesini düşürmektedir. Böyle bir toplumsal bağlam, enformasyon toplumlarının sunduğu olanaklar doğrultusunda daha fazla gelişmesi beklenen empati becerisini, sanıldığı aksine, paradoksal bir şekilde giderek zayıflatmaktadır. Sonuç olarak, sağlıkla ilişkili gerçeğe uygun düşmeyen beklentiler, iki taraf arasındaki iletişimi asimetrik/bakışsız hale getiren temel bir unsur olarak işlev görmektedir.

**2. Tıbbi bilginin, deneyime dayalı olarak biriktirilmesi tıp biliminin temelini oluşturmuştur. Günümüzde ise kanıta dayalı tıptan söz edilmektedir. Teknolojinin sağladığı imkânlar doğrultusunda, büyük ölçüde deneme yanılma yoluyla elde edilmiş ve biriktirilmiş tıbbi bilgiler yeniden değerlendirilmekte ve yeni bilgi arayışları doğrultusunda öncekilerden farklı ve çok daha çeşitli araştırma konularına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum birbirine karşıt iki sonucu doğurmaktadır. Biri, pozitif bilimin tıbbi alanda daha merkezi bir konuma taşınmasıdır. Bunun anlamı, sağlık alanındaki bilgilerde belirsizliklerin azaltılmasıdır. Diğeri de bu yaklaşımın bilginin hızlı değişiminde belirleyici bir rol alması nedeniyle sağlığa ilişkin bilgilerde belirsizliklerin giderek artmasına verdiği katkıdır. Burada da taraflar bakımından asimetrik iletişimi güçlendiren koşullar vardır. Pozitif bilime dayalı sağlık bilgisi, hastanın ve yakınlarının iletişim esnasında yorum getirebileceği bir bilgi türü değildir. Kendisiyle ilgili her tür konuda söz sahibi olmak isteyen günümüz insanı için bu durum adeta hasta haklarına ket vurulması gibidir. Diğer taraftan bilgide belirsizlik hasta ve yakınlarının güven duygusunu kırmaktadır. Bilginin geçmişe oranla daha hızlı dönüşüyor olması ve bu durumun sağlık alanındaki bilgilerde de sürekli artan belirsizliklere ve olasılıklara yol açması, sağlıkla ilgili bilgilerde mutlaklığı kesin biçimde dışlamaktadır. "Tıpta hastalık yoktur hasta vardır." özdeyişi giderek daha haklı bir konum kazanmaktadır. Bu gelişmelerin**

pratikteki anlamı, hastalık süreci ile ilişkili olasılıkların artmakta olduğudur. Tıp etiği gereği doktor, hastalık süreci ile ilişkili olasılıkları hastasına ve/veya hasta yakınlarına iletmekle sorumludur. Ancak doktorun yapacağı bu tür bir bilgilendirme bazen onun yeterli bilgiye sahip olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır ve bu yöndeki yorumların sayısı hiç de az değildir. Hastalar bu nedenle başka doktor ya da hastane arayışlarına da yönelirler ki bu sıkça gözlemlenen bir durumdur.

**3.** Teknolojinin giderek daha ulaşılabilir olması ile her türden bilgi sanal ortamdan elde edilmekte ve referans olarak kullanılmaktadır. Belirsizlikleri doğasında taşıyan sağlık bilgisinin yanına bir de sanal ortamdaki kirli bilgi eklenmekte, bu ise hasta ve yakınlarının zihnini bulandırarak tıbbi sağlığını daha da olumsuz etkilemektedir. Sanal ortamda verilen bilgiler doğru olsa bile şu noktayı atlama gerekir: ‘Tıpta hastalık yoktur, hasta vardır.’ Aynı hastalık başka kişilerde başka biçimlerde seyredebilir ve/veya kişiler aynı tedaviye farklı yanıt verebilir. İnsanın bu doğası gereği hastalıklar değil hastalar tedavi edilir. İnsan organizması bütüncül bir şekilde işlev görür ve bu bakımdan her bir kişi diğerlerinden farklıdır. Diğer taraftan insanın organik yapısına ilişkin bilinmeyenler bilinenlerden çok fazladır, kaldı ki yaşam boyunca insan organizmasının kendisi de değişimler gösterebilmektedir. En basitinden daha önce alerjen etkisi olmayan bir etken artık kişi için alerjen özellik kazanabilir.

Burada açıklanmaya çalışılan üç nedenle (ki nedenleri çoğaltabiliriz) sağlık alanında artan asimetrik iletişim, en azından sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında doktor ve sağlık personeli ile hasta ve yakını arasındaki iletişimin tekrar gözden geçirilmesini gerektirmektedir.

Buraya kadarki kısımda; 1960’lı yıllar öncesinde sağlık alanında iletişimin önemli olduğu, ancak 1960’lı ve 1970’li yıllarda iletişim olgusunun değer kaybetmeye başladığı ve 1970’lerden günümüze kadar gelen süreçte geçmişte olduğundan farklı anlamlar yüklenmiş olarak daha önemli bir konuma taşındığı anlatıldı. Sağlık alanında 1970’li yıllardan günümüze değin yaşanan değişimlere/gelişmelere devam etmeden önce metinde kullanılmış olan ve bu yazı için temel öneme sahip bazı kavramlara, sağlık alanı ile ilişkili olarak daha yakından bakmak gerekecektir. Sağlık politikalarından sağlık hizmetlerinin düzenlemesine kadar hangi basamakta olursa olsun sağlık alanında iletişimin fayda sağlayacak şekilde biçimlendirilmesinde yol gösterici nitelik taşıyan bu kavramlar; empati, simetri-asimetri ve belirsizliktir.

### **YAPISAL SORUNLARA BAĞLI OLARAK TÜRKİYE ÖRNEĞİ ÜZERİNDEN SAĞLIK HİZMETLERİNDE EMPATİK SÜREÇ GELİŞTİRİBİLMENİN GÜÇLÜĞÜ**

Empati toplumda yaygın olarak; insanın karşısındaki kişiyi içinde bulunduğu durum ve koşullar itibarıyla değerlendirerek onun baktığı pencereden insanlara, ilişkilere, olagelenlere, kısaca yaşama bakmayı denemesi ve bu durumda o kişinin duygu ve düşüncelerine akıl erdirmeye çalışması olarak bilinmektedir. Ancak

empati kavramı bundan daha fazlasını içermektedir. Karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerinin ne şekilde anlamlandırıldığı ile ilgili geri bildirimde bulunmak da empati sürecinin tamamlanması için gereklidir (Dökmen, 1988, s. 158).

Tanıma tekrar döndüğümüzde ne denli emek isteyen bir süreç olduğunu kavrarız. Üstelik hızın, sabırsızlığın ve süreksizliğin temel yaşam değerlerini oluşturduğu günümüz dünyasında, bilinç bakımından daha gelişkin olduğunu varsaydığımız insan, bu değerleri yüklenmiş olduğundan bilincine paradoksal biçimde empati kurmakta zorlanmakta, daha da kötüsü reddedebilmektedir.

Doktor ve sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasındaki ilişkiler, sağlık iletişiminin inceleme başlıklarından biridir ve özellikle Türkiye için bu konuda ilk başlık olması gerektiği söylenebilir. Son zamanlarda bu ilişkide ortaya çıkan anlaşmazlıkların şiddetle hatta ölümle sonuçlanması bu inceleyi zorunlu hale getirmektedir.

Sağlık hizmetleri sürecinde yaşanan sorunların bazıları yapısal niteliktedir:

1. Bunlardan biri, hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerinden talep ve beklentilerinin, bu hizmetin yapılandırılması ile uyumlu olmamasıdır. Sağlık nedeniyle veya diğer nedenlerle megakentlere doğru akan nüfus ise bu sorunu derinleştirmektedir.
2. Bir diğeri, küresel göçün sağlık sistemine getirdiği yüklerdir.
3. Bir başkası ise sağlık kurumlarına özgü olmamakla birlikte, kurumsallaşmanın, Türkiye'nin gereklerine uygun biçimde yapılandırılmamış olması ve buna dayalı olarak hizmet verme süreçlerinde belirli bir kalite düzeyinin yakalanamamasıdır. Burada sıralanan sorunlar, sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen makro düzey yani yapısal sorunlardır.

Sağlık hizmetinin alınması sırasında yaşanan sorunlar daha çok mikro düzeyde sorunlar yani kişiler arası sorunlar olarak gözlemlenmektedir. Kişiler arası iletişimdeki sorunlar hem hizmeti alan hem de hizmeti veren taraf için empati kurma becerisinin yetersizliği bakımından tartışılabilir. Ne var ki makro düzeydeki sorunlar diğer bir ifadeyle arka planda işleyen yapısal sorunlar, sağlık hizmetleri süreçlerinde Türkiye'de yaşanan sorunların belkemiğini oluşturmaktadır. Hizmet içi eğitimler verilmesiyle kişiler arası sorunlar azaltılabilirse de yapısal sorunlar devam ettiği sürece, mikro düzeydeki bu sorunlar yeniden açığa çıkabileceği gibi sağlık hizmetleri süreçlerinin bir bütün olarak iyileştirilmesi/geliştirilmesi de mümkün olmayacaktır. Bu nedenle, sağlık alanında; realiteye uygun politik kararların alınması, uzmanlık becerisi gerektiren stratejik çözümlerin üretilmesi ve hizmet alım süreçlerinde kalite esaslarının üretilmesi gibi yapısal çözümlerin geliştirilmesi gereklidir.

## **Makro (Yapısal) Düzeydeki Sorunlar**

**1. Sağlık hizmet sunumunun, bu hizmetin yapılandırılmasındaki esaslara uymayan/aykırı bir işleyiş içinde olması, sorun alanlarından birisidir. Hizmet sunumu üç basamakta yapılandırılmıştır.**

“Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik”, sağlık hizmet sunumunda; ilk basamağı toplum sağlığı merkezleri (TSM), aile sağlık merkezleri (ASM) vb., ikinci basamağı eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri vb., üçüncü basamağı Bakanlık’a bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler vb. olarak belirlemiştir (mevzuat.gov.tr).

Bu sıralamaya göre birinci basamaktan üçüncü basamağa doğru işleyen bir akış olması gerektiği halde, olanaklar elveriyorsa, genellikle üçüncü basamağın doğrudan tercih edildiği, dolayısıyla eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerine doğru yığılmaların olduğu bilinmektedir. Aciliyeti ve tanı-tedavi için yüksek teknoloji ihtiyacı ile üçüncü basamağa yönelen hastaların yanısıra ilk veya ikinci basamakta sağlık sorununu çözmesi olanaklı olan hastalar da üçüncü basamağa yönelmektedir. Yığılma ister istemez sağlık personelini yetersiz hale getirmektedir. Hasta doktora ulaşmadan önce hastane personeli ile iletişim kurmaktadır. Personel; gelen nüfusun yoğunluğu, özellikle göçle gelen insanlara ilişkin dil vb. den kaynaklanan iletişim sorunları, hizmete ilişkin olsun olmasın araya giren iletişim kopmaları ile hastayı karşılamada yetersiz kalmaktadır. Tarafların birbirlerini anlamada güçlük çektiği bu durumdan dolayı oluşan iletişim gü-rültüsü ortamın gü-rültüsü ile karışmakta ve böylece hizmet süreci verimsiz hale gelmektedir. Hastayı doğru biçimde hizmete yönlendirebilmek için, önce personel ile hasta ve yakını arasındaki kişiler arası iletişim yetersizliklerinin ya da sorunlarının aşılması gerekmektedir. Diğer taraftan toplumumuzda sağlık okur-yazarlık düzeyinin yetersiz olması da hizmet esnasındaki iletişim sürecini zora sokmaktadır. Böyle bir tabloda empati kurmanın ne kadar güç olacağı aşikârdır ve zaten gözlemlenmekte olan da budur. Empatinin ne olduğuna-ne olmadığına ve gerekliliğine ilişkin yeterli bir bilinç ve pratik olmadığı gibi böyle bir tabloda empati kurabilecek yeterli zaman da kalmamıştır.

Empati, başkalarını anlamaktan ibaret bir süreç değildir. Empatinin sonraki aşaması, karşı tarafa ilişkin olarak ne anlaşıldığının doğrudan veya dolaylı biçimde ona bildirilmesidir. Bu aşamada amaç, karşı tarafın bakış açısının ve duygularının doğru bir şekilde anlaşılıp-anlaşılmadığının ona gösterilmesidir. Her zaman doğru bir anlama gerçekleşmez. Eğer yanlış anlama varsa, geri bildirim ile karşı tarafa kendisi hakkındaki yanlışlıkları ve/veya eksiklikleri düzeltmesi için bir fırsat verilmiş olur ve böylece iletişimin devamlılığı da sağlanmış olur. Sonuçta, kişi kendisine yönelik olarak karşı tarafın güven duygusunu kazanır ve iletişimin sağlıklı bir zemine yerleşmesi sağlanmış olur. O halde empatinin sorumluluklar yükleyen bir süreç olduğunun ve keyfeten yürütülecek bir işleyiş olmadığının

altını özellikle çizmek gerekir. Kısaca, empati bir bilinç meselesidir.

İlk(el) toplumda insanlar, henüz fantezi yetileri gelişmemiş olmasından dolayı birbirleriyle empati kuramazlar veya empati yetileri bazı içgüdüsel beklentileri anlamaktan öteye geçmez. Toplumların ilerlemesi, insanın fantezi gücünün artmasına ve insanların ilkesel olarak birbirlerini daha iyi anlama olanağına kavuşmasını beraberinde getirmiştir. Fakat mülkiyetin ve giderek özel mülkiyetin oluşmasıyla insanlar arasında yabancılaşmadan kaynaklanan empati kurma yetisi kaybolmuştur (Göçmen, 2016, s. 6).

İnsanın insana ve bundan dolayı insan ilişkilerine yabancılaşması, kendi öz farkındalığını yitirmesi anlamına gelir ki bu tür bir durum, sosyal bir varlık olan insanda bilinç bakımından sorunlara yol açar. Empati bilinçle ilgili bir olgu olduğundan, yaşanan sosyal dönemin nitelikleri de empati sürecinin geliştirilmesinde ve kalitesinde belirleyicidir. Dolayısıyla, empatiyi teoriden pratiğe taşımak, diğer bir deyişle onu soyut bir düşünceden öte somut bir beceriye dönüştürmek, yaşamakta olduğumuz dünyanın kaotik yapısı nedeniyle hiç kolay değildir.

Empati geliştirmenin güç olduğu bir ortamda, megakentlere doğru akan nüfusun oluşturduğu yoğunluk, empati geliştirmeyi özellikle sağlık kurumlarında daha da güç hale getirmektedir. Ayrıca, bu nüfusun da yerleşik nüfus gibi, belki onlardan daha yoğun bir şekilde, sağlık hizmetlerini son basamaktan başlayarak kullanmak istemesi, sağlık sisteminin kurumsallaşmasına ilişkin sorunları arttırmaktadır. Bütün bunlar, sonuç olarak sağlık alanındaki sorunları derinleştirmekte, genişletmekte ve büyütmektedir.

**2. Küresel göçün sağlık sistemine getirdiği yükler, bir diğer sorun alanıdır.** Kontrollü olsun ya da olmasın, küresel göç hareketleri toplumsal yapılarda ve kurumsal düzende sarsılma yaratmakta ve onları değişime zorlamaktadır. Göç yapılan yerleşimde nüfus yoğunluğunun artması, bölgesel bazı enfeksiyonların bu yerleşime taşınması ve yayılması, farklı davranışların ve alışkanlıkların yeni yerleşime taşınmasıyla başlayan sosyokültürel uyumsuzlukların toplumsal dağılmalara yol açması ve benzeri sorunlar toplumsal yapıları derinden etkilemekte ve kurumsal düzeni değiştirmeye zorlamaktadır. Bu durum, sağlık kurumlarında ve özellikle de sağlık hizmetlerinde çok daha belirgin olarak yaşanmaktadır. Sonuç olarak göç hareketleri, hem sayısal/nicelik hem de kalite/nitelik bakımından sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını makro düzeyde engellemeye başlar. Diğer sosyal haklar için de benzer bir durum vardır, ancak sağlık, varlıkla doğrusal ve dolaysız ilişkili bir alan olduğundan, sağlık kurumlarında/hizmetlerinde bu sorun, diğer sosyal haklarla ilgili kurumlara göre daha ağır olarak yaşanmaktadır.

Yasalarla güvence altına alınması gereken sosyal haklardan biri olan sağlık hizmetinin, özgürlüklerin düzenlenmesi anlamına geldiğini belirten Illich (2014), sağlığın adil bir dağılımı yasalarla güvence altına alınıp eşit olarak dağıtılsa bile,



hizmetin belirli bir yoğunluk düzeyinin üstüne çıkması durumunda değil sağlığı korumak sağlığı engelleyeceğini, dolayısıyla özgürlükleri engelleyeceğini ifade etmektedir (s. 160).

**3.** Kurumsallaşmaya ilişkin sorunlar, sağlık hizmetlerinin sunumunda bir kalite sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin verildiği kurumların fiziki yetersizliği kadar hiyerarşinin her bir basamağında çalışan potansiyelinin emeğe dönüştürülebilmesindeki yetersizlik, verimsizliği ve kalitesizliği getirmektedir. Öte yandan bu durum, tüm dünyada sağlık alanındaki özelleştirmeleri meşrulaştırmak üzere bir gerekçe olarak sunulmuştur.

Kurumsallaşma, kurumların belirli bir misyon ve vizyon doğrultusunda istikrar ve sürdürülebilirliklerini sağlamaya çalıştıkları bir süreçtir. Bu süreç, özellikle kurum yönetiminin yaklaşımlarından ve enformasyon akış tasarımıyla etkilenir. Bu, anlaşılabilir bir durumdur. İnsanı şekillendiren kültür ve toplum, insan aracılığıyla doğrudan ve dolaylı olarak kendine özgü kurumsallaşma örüntülerini de üretmiş olur. Sağlık olgusunun biyolojik (fiziksel, tıbbi) boyutu dışında bir de kültürel ve toplumsal (sosyal) kökeni olduğu ve bu boyutun da dikkate alınması gerekliliği, ilk defa 1940'ların sonunda ABD'de bağımsız bir disiplin olarak 'sağlık sosyolojisi'nin ortaya çıkmasına yol açmış ve sonrasında, 1950'lerde bu disiplin Avrupa'da gelişmeye başlamıştır (Cihincioğlu & Mutlu, 2002, s. 351). Bu tanıma göre, sağlık sosyolojisi; hem sağlık alanındaki kurumsallaşmanın evrimi konusunda bilgi sağlayan hem de sağlık hizmetlerinin sunumunda doktor ve sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasındaki iletişimin yapısı hakkında öngörü oluşturmamızı olanaklı kılan bir disiplindir ki bu bakımdan sağlık iletişimi disiplini ile iç içe geçmiştir.

Gerçekten de sağlık alanında kurumsallaşmaya ilişkin olarak her bir boyutta ortaya çıkan sorunlar, sağlık iletişimi ile doğrudan ilişkilidir ve bu sorunlara gerçeğe uygun ve fayda sağlayabilecek çözümler geliştirebilmek için, bu sorunların olduğu ve otonomi kazandığı kültürün ve toplumun farkında olmak gereklidir. Diğer bir ifadeyle, sağlık iletişimi, planlama ve uygulamada gerçekçi ve güvenilir/doğru strateji geliştirdiği ölçüde etkili olabilir ki bunun için sağlık sosyolojisine başvurmak gerekli görünmektedir.

### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASİMETRİK İLETİŞİMİN SİMETRİK İLETİŞİME DÖNÜŞTÜRÜLMESİNİN VE STRATEJİK BİR SAĞLIK EĞİTİMİNİN ÖNEMİ**

Doktor ve sağlık personeli ile hasta ve/veya yakınları arasında gelişen ve kişilerin birbirlerini anlayamadıkları bir iletişim süreci asimetrik yani bakışsız bir iletişim sürecidir. Bunun önemli bir nedeni, sağlık alanında iletişime katılan taraflar arasındaki bilgi farkı ve aynı zamanda kurumsal otoritedir (Şengün, 2016, s. 41). İletişim sürecinde hem mesaja hem de mesajı gönderen kişiye, bir bakıma mesaj ile bütünleşmiş kişiye, verilecek anlam önem taşır. Sağlık bilgisinin iletilmesi bakımından mesaja verilecek anlam daha merkezi önemde görünse de kültürün,

kişilere verilecek anlama daha fazla önem atfettiği toplumlarda, örneğin Türkiye’de, mesajın anlamı daha az önem taşıyabilir ve dolayısıyla, mesaj dikkatlerden kaçabilir yani anlamı bozulabilir veya kaybolabilir. Türk toplumunda mesajlar, karşıdaki kişinin beklentisine göre biçimlendirilmediğinde mesajı gönderenin içtenliği konusunda inandırıcı olabilmesi güçtür (Sargut, 2001, s.66). Aynı kültürel bağlam içinde iki tarafın birbirlerini, görece az ya da çok, benzer biçimde değerlendirme eğiliminde olabileceklerini de gözden uzak tutmamak gerekir.

İletişim disiplini; herhangi bir sözcüğe, mesaja, duruma kısaca bir resme anlam verirken içinde bulunulan bağlamın süreci çerçevelediğini dikkate alır. Bağlam, makro (yapısal) bir unsur olarak iletişim sürecine ilişkin tüm unsurları hem ayrı ayrı hem de bir arada bir bütün olarak etkiler ve doğal olarak süreci şekillendiren tüm unsurlardan da etkilenir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki bütünü çevreleyen yapısal bir unsur olarak bağlam, özde niteliksel olarak, tarih, toplum ve kültür gibi yaşantıyı belirleyici temel yapısal unsurlar tarafından şekillendirilir. Bu nedenle etki gücü yüksek ama etkilenme olasılığı düşük olan, bir başka ifadeyle değişme ve dönüşme süreci oldukça ağır işleyen bir iletişim unsurudur.

İletişimde bir denge kurulamadığında, bilgiye sahip taraf iletişimi yönlendirir (Şengül, 2016, s.41). Dolayısıyla asimetrik iletişimi güçlendiren bir diğer unsur, hasta ve/veya yakınlarının, sağlık eğitimi ya da en azından sağlık okuryazarlığı bakımından yetersiz olmasıdır ki bu durumda mesajı ve durumu anlamlandırmaları zorlaşacaktır. Örneğin; hasta ve/veya yakınları, tıbbi bilgilerin somut (ampirik) deneyimlere dayalı olarak biriktirildiğini, dolayısıyla “tıpta hastalık yoktur hasta vardır” gerçeğini bilmediklerinde, hastalığa ilişkin olarak kesinlik taşımayan ve durumun (henüz) belirsizliğini anlatan mesajları nedeniyle doktoru bilgisiz olarak yorumlayabilmektedirler. Bu örnekte hasta ve yakınları, asimetrik iletişim sürecini üreten aktif özne(ler) konumundadır.

Linell ve Luckmann’dan aktaran Wynn; asimetrinin, iletişim sürecinde yaşanmakta olan çeşitli türdeki eşitsizlikler olduğunu ve bu durumun, bilgi ve statü farklılıklarından ve/veya konuya ilişkin kontrolü sağlama ve konuyu geliştirme aşamasında ortaya çıkan katılım farklılıklarından kaynaklanabildiğini belirtmektedir (Porter, 2002, s. 11).

Gerçeği/realiteyi dikkate alarak, sağlık alanında simetrik iletişimi geliştirmeye ve sürdürmeye yönelik bir başarı hedeflendiğinde, sağlık eğitiminin belirli yaş gruplarına uygun şekilde aşamalı olarak verilmesi ve bu yolla sağlık bilincinin oluşturulması (ya da artırılması) temel stratejilerden biri olarak düşünülebilir. Bu strateji ile sağlık alanında her düzeyde simetrik iletişim geliştirebilir. Sağlık eğitimi ile sağlığa ilişkin kültür ve bilinç düzeyi yükseltilerek sağlığa ilişkin sorunlarda çözüm geliştirilebilme kapasitesinin oluşturulması ya da artırılması sağlanır ki bu, sağlık iletişiminin asıl amaçlarından biridir. Bu amaçla verilecek eğitimin ise belirli bir kalite düzeyinde olması gerekeceği açıktır.

Her konudaki eğitimde olduğu gibi sağlık eğitiminde de kalitenin yalnızca teorikte değil pratikte de karşılığını bulması gerekir. Böyle bir yaklaşımla, hayatın kendisinden kopuk olmayan bir sağlık eğitiminde kalite, yönetime dayalı biçimde gerçeğe uygun düşen modellemeler yoluyla sağlanabilir. Eğitimin kalitesine ilişkin unutulmaması gereken bir diğer husus da belirli enformasyonların karşı tarafa iletilmesinin eğitim anlamı taşımadığının, eğitimi hem verenler ve hem alanlar tarafından biliniyor olmasıdır. Bu türden bir sağlık eğitimi, sağlığa ilişkin kültürün ve bilincin geliştirilmesinde stratejik öneme sahiptir. O halde sağlık eğitimi; sağlıkta var olagelen sorunları ve bu sorunların devamlılığına yol açan bağlamsal unsurları dikkate alan ve daha önemlisi bu sorunlara yönelik olarak nasıl değerlendirme(ler) yapabileceğimizi gösteren (yöntemsel öğrenme) kavramsal ve teknik bir altyapıya dayanan bir öğrenme süreci olarak biçimlendirilmelidir.

Sağlık alanında simetrik olmayan asimetric bir iletişim süreci, yani tarafların mesajı aynı anlamda açmadıkları bir iletişim süreci, sağlık hizmetini verenlerin ve alanların, gerçeğe uygun düşmeyen değerlendirmeler yapmalarına yol açmaktadır. Bu durum; sağlık hizmeti verenin iş motivasyonunu düşürebilmekte, hasta ve yakınlarının ise komşularından ve kitle iletişim araçlarından tavsiye almak ve/veya başka doktora görünmek gibi sağlığına ilişkin başkaca arayışlara girmesine neden olabilmektedir. Sağlıkta asimetric iletişim; yalnızca emek, zaman, enerji ve maliyet kaybıyla sonuçlanmaz. Bunların yanında, bazen sağlık sorununun olduğundan daha önemli olarak algılanmasına veya tersine neden olabilir. Hasta ve yakınlarının alternatif çözüm arayışları sırasında geçen zamanda hastalığın ilerlemesi de asimetric iletişim nedeniyle gelişebilecek bir diğer olumsuz durumdur. Bütün bunlar yaşadığımız ve görmezden gelemeyeceğimiz gerçeklerdir.

Sağlık alanında asimetric iletişim süreci; yapısal (makro) ve/veya kişiler arası ilişkilere bağlı (mikro) nedenlerle, iletişim sürecinin pratik/uygulama gerekliliklerinin dikkate alınarak uygulan(a)maması ve bu iletişim pratiğini belirleyen bağlamsal çerçevenin/sorunların fark edil(e)memesi ya da bütün bunların bilerek yok sayılması nedeniyle oluşur. Asimetric iletişim sürecine yol açan nedenler ve bu sürecin yarattığı olumsuzluklar, sağlığa ilişkin yanlış tutum ve davranışların giderek daha güçlü biçimde yerleşmesinde yani kalıplaşmasında belirleyici role sahiptir. Sonuç olarak, sağlığa ilişkin yanlış bir kültür ve bilinç yapısı oluşur (Sezgin, 2011, s. 146).

Sağlık alanındaki sorunların azaltılmasına yönelik bir eğitiminin faydası, özellikle hizmeti alanlarla verenlerin bir arada olduğu sağlık hizmetlerinde görülebilmektedir. Alanda kişilerin en yoğun şekilde karşı karşıya geldikleri sağlık hizmetlerinde kişiler arası iletişimden kaynaklanabilecek pek çok sorun, iletişimin sorunları çözmeye uygun doğası kadar sorunlar üretmeye de uygun doğası nedeniyle kolayca ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle sağlık eğitimi, iletişim olgusunun önemini dikkate alacak şekilde yapılandırılmalıdır. Bromley'in "Reputation, Image and Impression Management" (Algılama, İmaj ve Etki Yönetimi) adlı kitabında

sunulan ve iletişimde 7C ile formüle edilen model, iletişim sürecinde, bildiğimizi varsaydığımız ama çoğu kez kullanmayı ihmal ettiğimiz ya da gözden kaçırdığımız unsurlara dikkat çekmesi bakımından değerlidir (İnan, 2009, s. 60) ve iletişimin bu unsurları, sağlık iletişim süreçleri için de aynı ölçüde önem taşır:

1. Güvenirlilik (Credibility): İletişim ortamının güven verici olması önemlidir.
2. Koşullar (Context): İletilen mesajlar çevre koşulları ile örtüşmelidir.
3. İçerik (Content): Mesaj, alıcıların değer sistemleri ile uyumlu olmalı ve onlar için bir anlam ifade etmelidir.
4. Açıklık (Clarity): Mesaj, hem gönderici hem de alıcı için aynı anlamı taşıyacak şekilde açık olarak ortaya konulmalıdır.
5. Devamlılık-İstikrar (Continuity-Consistency): İletişimin kararlı bir sürece evrilebilmesi, sürekliliği ölçüsünde olanaklıdır.
6. İletişim kanalları (Channels): İletişim sürecinde alıcıya, kullandığı ve güvendiği kanallar yerine yeni kanallar üzerinden ulaşmaya çalışmak risklidir ve bu nedenle akılcı değildir.
7. Hedef kitlenin yeterliliği (Capability of the audience): Hedef kitle alışkanlıkları, okuma kabiliyeti ve ilgili konudaki ön bilgileri ölçüsünde bir yeterliliğe sahiptir. İletişimin etkili olabilmesinde alıcının da çabası gerektiğinden, alıcının/hedef kitlenin bu çabayı gösterebilecek belirli bir yeterlilikte olması önemlidir.

### **TIBBİ ALANIN BELİRSİZ DOĞASI**

Sağlık alanı ve sağlık-hastalık hali yapısal bazı belirsizlikleri içerir. Sağlıkta iletişim süreçlerinin sıkıntılı doğasında bu belirsizliklerin payı oldukça geniştir. Bu belirsizlikleri şöyle sıralayabiliriz (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 11-14):

1. Hastalıklar önceden belirlenemez.
2. Hastalar uygulanan tedavinin (tubbi) niteliği konusunda bilgi sahibi değildir.
3. Sağlık hizmetiyle elde edilecek yararın sınanma olanağı yoktur.
4. Sağlık hizmetinin getirisi, hesaplanabilir bir getiri değildir.
5. Hastalar tedavinin gerçek maliyetini hesaplayamazlar.
6. Hastalık riskinin veya hastalığın birey tarafından tek başına veya az sayıdaki kişi tarafından taşınması halinde tanı ve tedavi için gereken maliyet ve sigorta yükü artar.
7. Hasta, hastalığını ve/veya tedaviyi reddedebilir.
8. Hipokrat yemini çerçevesindeki ahlaki seçimler, istenen sonuç için tek başına yeterli değildir.

Morton ve Tokgöz bu maddeleri, sağlık hizmetlerinin klasik piyasa yapısından farklı yönlerini nitelendirmek üzere sıralamışlardır. Aynı nitelikler, bu yazı bağlamında, sağlık hizmetleri sürecinde iletişimi güçleştiren unsurlar olarak aşağıda yeniden değerlendirmeye alınmıştır:

1. Hastalık hali, istenmeyen ve/veya beklenmeyen, dolayısıyla hastanın karşılaşmakta güçlük çektiği bir süreçtir. Sağlık hizmeti verenlerle hasta arasında sağlıklı bir iletişim bakımından önemli bir etken, sağlık kurumundaki hasta yoğunluğudur. Hasta yoğunluğu ister istemez iletişim süreçlerinin sağlıklı olması ile sonuçlanacaktır. Bu konu, yukarıda Illich'in görüşleri etrafında ayrıntılı olarak açıklanmıştı. Hastalık halini ve dolayısıyla hasta sayısını azaltmak, sağlık hizmetlerinde daha sağlıklı iletişim süreçlerinin oluşturulmasını kolaylaştırarak hasta ve yakınlarının bu güç sürece katlanabilmelerine destek sağlayacaktır. Bu nedenle, hastalıkların önlenmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin geçmişteki merkezi konumuna taşınması, her geçen gün daha önemli hale gelmektedir.

2. Hastalar, doktorun yaptığı teşhisin doğru olup olmadığı ve tedavinin ne derecede faydalı olduğu veya olmadığı konusunda tıbbi bir değerlendirme yapamamaktadırlar. Tıbbi bilgi, teorik tıp eğitiminin usta-çırak ilişkisi içinde pratik edilmesiyle/uygulanmasıyla öğrenilebilir, dolayısıyla böyle bir birikimi olmayan hastanın, yapılan tıbbi işlemlerin doğruluğunu değerlendirme olanağı yoktur, açıkçası bu durum hasta için belirsiz bir alandır. Hastanın bilgi istemesi olağandır. Hasta için belirsiz olan ve onu rahatsız eden hususlar, iletişim sürecinin unsurları doğru biçimde kullanılarak açıklığa kavuşturulmalıdır.

3. ve 4. Sağlık hizmetinden yarar sağlayarak sağlıklarını yeniden kazanan kişiler; kendileri için ve çevreleri için (ve belki bütün insanlık adına) neler yapabileceği kazanmış olduklarını hesaplamazlar ve yaptıklarını da bu bağlamda değerlendirmezler. Oysaki hastalık halinin devam etmesi durumunda yapılabilecekler, sağlığın geri kazanılmış olduğu durumda yapılabileceklerin ne kalitesine ne de düzeyine ulaşamaz. Bu iki durum arasında nicelik ve nitelik olarak fark vardır. Hemen hemen hiç kimse bunları çoğu defa düşünmez ve farkına varmaz. Burada, yaşamı üretme bakımından, hastalığın sürmesi ile sağlığın geri kazanılması arasında niceliksel ve niteliksel bir kıyaslama yapılmış olmakla birlikte bu kıyaslama kestirimseldir/varsayımsaldır, yaşanacak gerçekler her zaman yapılan kestirimlerle/varsayımlarla elbette örtüşmeyebilir. Gene de bu kıyaslama, sağlık hizmeti ile elde edilen yararı sına (nitelik) ve getiriyi hesaplayabilme (nicelik) bakımından bir dereceye kadar bir çerçeve sunmaktadır.

5.ve 6. Sağlık hizmetlerinde basit bir tedavi şeması için bile maliyetler yüksektir. Bazen de hastalığı tek kişi veya az sayıda kişi taşır ki bu türden hastalıkların hem araştırma süreçleri hem çözüm için önerilen tedavi algoritmaları görece daha karmaşıktır ve doğal olarak bu şekilde bir emek süreci maliyeti daha da arttırır. Ancak hasta için tedavinin anlamı iyileşebilmektir. Teşhis ve tedavinin basitliği ya da karmaşıklığı ve bunlarla bağlantılı olarak maliyeti, hasta açısından kendi

sağlık hakkı (ve yaşama hakkı) karşısında anlamını yitirir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan maliyet/fiyat ile hastanın sağlık hakkı arasında bir çelişkidir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde kaçınılmaz olarak var olan bu çelişki, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini hatırlatmaktadır.

7. Hastanın hastalığını ve/veya tedaviyi reddetmesi bazen kestirebilecek ama bazen de önceden kestirilemeyecek bir durumdur. Sağlık hizmeti sürecinde hastalığa eklenen böyle sağlıksız bir tutum, hizmetin sunumunda iletişim sorunlarına yol açacaktır. Bu noktada hasta yakınları ile iletişimin daha fazla önem kazanması gerektiği açıktır.

8. Doktorun bazen hastaya sunduğu seçenekler ya da bazen hasta için yaptığı veya yapmak zorunda kaldığı seçimler, hasta tarafında ahlaki yönüyle tartışılan konulardan biridir. Hipokrat Yemini'nin temel prensibi, "önce zarar verme!" ilkesidir. Hasta için yararlı olmaya çalışırken zarar vermek akılcı değildir ki bu kısım doktor için önceliklidir. Ancak yaşam, hesaplanamayan pek çok olasılığı, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da insanların karşısına çıkaran bir pratiktir. Doktorun doğru olduğuna inandığı seçenekleri sunmasının ya da belirli bir seçeneği öne çıkarmasının ardından hasta ve yakınları belirli bir seçim yaparlar. Ancak sağlık hizmeti sürecinde, bazen her iki tarafın da istemediği sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. "Önce zarar verme!" ilkesi ile hareket edilse de bu ilkenin her zaman karşılığını bulması söz konusu değildir. Bu ilkenin pratikte ne ölçüde ulaşılabilir bir ideal olduğu tartışılmaktadır (Body & Foex, 2009, s. 239). Hizmet sürecinde herşeye rağmen karşılaşılan olumsuzlar; hasta ve yakınları için, sorunun önemine ve büyüklüğüne göre değişmekle beraber oldukça güven kırıcıdır. Bazen bu tür konular medyaya taşınmakta ve medyanın tutumuyla da ilişkili olarak bütün bir toplumun tartışma konusu haline gelebilmektedir. Bu durumda, sağlık kurumlarına ve hizmetlerine yönelik oluşacak güvensizlik ortamının, toplum sağlığı bakımından olumsuz sonuçlar doğuracağını da eklemek gerekir.

Hasta ve yakınlarının sağlık sorununa ilişkin olarak doğrular ve yanlışlar konusundaki ikilemleri, özellikle günümüzde doğruluğu denetlenemeyen/denetlenmeyen bir ortam olan internetten edindikleri bilgiler nedeniyle genişlemektedir. Dezenformasyonlar/çarpık bilgiler, bazen hasta ve yakınlarının sağlık sorununu arka plana atmalarına ve hastalıkla ilişkisi daha dışsal olan içeriklere yönelmelerine de neden olabilmektedir. Özellikle tedavi edilebilmesi güç ya da olanaklı olmayan bazı hastalıklarda, sağlık sorununun çözümüyle ilişkili ikilemlerin yaygın bir tutum olarak geliştiği göz önünde bulundurulsa, medya ile ilişkili bu tür durumların daha kolay ortaya çıkacağı tahmin edilebilir.

## **POSTMODERN DÖNEMDE ÇAĞDAŞ SAĞLIK İLETİŞİMİ**

ABD'de sağlık alanında 1960'larda eşitlikten söz edilmekteydi (Thomas, 2006, s. 23). Ancak, eşitlik doğası gereği ulaşılması güç bir idealdir. Özellikle kapitalist yapı içinde diğer bir deyişle pazar dinamiklerinin belirleyici olduğu bir yapıda, eşitlik, çok iddialı bir varsayımdır.

Whitehead (1985), “DSÖ belgelerinde kullanılan eşitsizlik terimi ile yalnızca gereksiz ve önlenbilir değil, aynı zamanda haksız ve adaletsiz olarak değerlendirilen sağlık farklılıklarının ifade edildiğini” belirtmekte ve “sağlık eşitliğinin, ideal olarak herkesin tam sağlık potansiyeline ulaşması için adil bir fırsata sahip olması ve daha pragmatik/gerçekçi olarak, eğer kaçınılabilirse, hiç kimsenin bu potansiyele ulaşma konusunda dezavantajlı duruma düşmemesi anlamına geldiğini” eklemektedir (s. 4).

Thomas (2006), ABD’de sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin oluşması nedeniyle, 1960’lı yıllarda sağlık sisteminin kamusal alanda sorgulanmaya başladığını ve 1970’li yıllara gelindiğinde bu sorgulamanın göz ardı edilemeyecek bir noktaya ulaştığını bildirmektedir (s. 23). Bunun yanında, ekonominin diğer sektörlerine göre sağlık alanında artan maliyetlerin dikkat çekici hale gelmesi, sağlık alanında sistemsel yeni arayışları başlatmıştır (Thomas, 2006, s. 23). Bu tarihsel süreç, sağlık iletişiminin bir disiplin olarak neden 1970’li yıllarda ABD’de ortaya çıktığını anlamak bakımından önemlidir. Sağlıktaki giderlerin mali açığı ağırlıklı olarak büyütmesi karşısında, çözüm olarak sağlık sisteminin pazar alanı içine alınması düşünülmüş ve sürece yönelik ikna edici tezler de pazarlama ve iletişim disiplini kapsamında üretilmeye başlanmıştır.

1970’li yılların ikinci yarısından itibaren kapitalizmin yapısal krizini aşma çabaları doğrultusunda, yeni bir artı değer elde etmek üzere, sağlık hizmetlerine olan talebi ve bu alandaki büyüme potansiyelini artırmaya yönelik girişimler geliştirilmiştir (Hamzaoglu, 2013, s. 173). Bu aşamadan sonra artık pazar alanına entegre edilecek yeni sağlık sisteminin meşruiyetinin sağlanması gerekecektir. Diğer taraftan, yeni sistemin küresel ölçekte pazarlanması planlandığından dünya kamuoyunun da bu yeni işleyişi benimsemesine, diğer bir ifadeyle dünya kamuoyunun bu yeni işleyişe uyumlu hale getirilmesine ihtiyaç vardır (Waitzkin, 2001, s. 452). 1970’li yılların sonunda başlayan sağlık iletişimi çalışmaları da esasen bu anlayışı temel almaktadır. 1970’lerin sonlarından günümüze kadar olan dönemde, pekçok ülkeyle uzun yılları kapsayan küresel sağlık iletişimi sözleşmeleriyle gelecekteki planlama ve yatırımların yönlendirilmesi sağlanmıştır (Storey & Figueroa, 2012, s.73). Sağlık sistemi pazarın bir parçası haline gelecekse, bu pazarda; empati, simetrik iletişim, sağlık eğitimi, sağlık okuyazarlığı, sağlık iletişimi ve sağlık işletmeciliği gibi iletişim disiplini ile doğrudan bağlantılı kavram ve yaklaşımları, sağlıkta yeni işleyişe uyumlu bir kamuoyu oluşturmak üzere temel unsurlar olarak işlevselleştirilmek stratejik bir yaklaşımdır.

1980’li yıllara gelindiğinde hastane yöneticileri ve doktorlar, sağlık sisteminde artan maliyetlerden ve verimsizlikten sorumlu tutulmuşlar ve durumu düzeltmek üzere sağlık sistemine yeni bir güç unsuru olarak üçüncü taraf ödeme yapanların, işverenlerin ve tüketicilerin de dahil edildiği mali ve organizasyonel yeni düzenlemelere geçilmiştir (Thomas, 2006, s. 24). Bu yeni düzenlemelerin so-

nucunda; hasta sözcüğünün yerini tüketici sözcüğü almaya başlarken doktorun ve sağlık personelinin sistemdeki merkezi konumu silinmeye başlamış, onların yerine üçüncü tarafların ve işverenlerin egemen olduğu yeni bir sağlık sistemi oluşturulması hedeflenmiştir. 1980'lerle birlikte bu neoliberal mantık, sağlık alanında kaynakların özelleştirilmesine, devlet müdahalesinin ve düzenlemelerinin azaltılmasına ve yabancı ticaret ve yatırımlara yönelik engellerin azaltılmasına giderek daha fazla vurgu yaparak uluslararası sermayenin egemenliğinde, küresel vatandaşları uluslararası şirketlerin ürettiği malların tüketicilerine dönüştürmüştür (Airhihenbuwa & Dutta, 2012, s. 37-38). Yeni sistemde; hasta, tüketicinin bir alt grubunu oluştururken doktor da hizmet finansmanını sağlayan kişi ya da kurum olan üçüncü taraf ve işverene bağımlı bir unsur olarak konumlandırılmıştır. Gerçekten de “tarihsel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili mali risklerin çoğunu üstlenen sigortacılar, bu riskin bir kısmını sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve tüketicilere kaydırmaya başlamıştır.” (Thomas, 2006, s. 24).

Sağlık hizmetlerinde kamunun sunumundan pazar şartlarının ve fiyat mekanizmasının geçerli olduğu ve bu hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirildiği bir yapıya dönüşüm, 1980'lerden itibaren bütün dünyada başlatılmıştır (Karakas ve Yılmaz, 2011, s. 86). Bu yeni sağlık sisteminde; sağlık hizmetleri yaklaşımı, sağlıkta tıbbi yaklaşımın yerini almıştır.

Sağlık hizmetleri yaklaşımı; temel sağlık sorununu, fiziksel (tıbbi) sağlık sorunları olarak ele alan tıbbi yaklaşımın, modern/çağdaş toplumun bozuklukları veya hastalıkları ile mücadelede yetersiz kalması sonucunda önerilmiştir (Thomas, 2006, s. 25). Ancak bu yaklaşımın uygulanmasındaki asıl amaç, yaşam tarzlarının sağlıkla ilişkilendirilmesine (Thomas, 2006, s. 25) dayalı olarak büyükçe bir pazarın sağlık alanı ile bütünleştirilmesidir. Sağlık alanında 1970'lerde ortaya çıkan ve 1990'larda belirgin hale gelen sağlık hizmetleri yaklaşımı ile sağlık alanının; tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutlarının dışına taşınması ve bu yolla, yaşama ilişkin nerdeyse hemen her olgunun, pazar ekonomisi çerçevesinde sağlık alanını genişletmek üzere sağlık sorunu olarak değerlendirilmesi meşrulaştırılmaya çalışılmıştır. Böylece, global düzeyde yaşamın kendisinin tıbbileştirildiği yeni bir dönem açılmıştır ki Sezgin'in “Medikalleştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık” (2011) adlı kitabı bu konuyu kapsamlı biçimde incelemektedir.

Esasen burada yapılmaya çalışılan şey, sağlık alanını piyasa dinamiklerine entegre ederek teşhis ve tedavi dolayısıyla oluşan mali kaybı yani gider eğilimini tersine çevirebilmektir. Ancak bu amaç, dünya genelinde hem hedeflendiği ölçüde başarılamamış hem de sağlık alanındaki eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Sağlık hizmetleri yaklaşımına dayalı olarak sağlık alanında yeni bir yapı geliştirebilmek ve işletebilmek için kurumsallaşma ve organizasyon ile ilişkili bilgi, beceri ve deneyimlere ihtiyaç vardır. Oysaki çevre kapitalist ülkelerde, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da, Batılı merkez kapitalist ülkelerdeki gibi gelişmiş kurumsallaşma süreçleri üretilememektedir. Dolayısıyla, bu alandaki yetersizlikler,



istenilen başarının sağlanamamasında doğrudan etkili olmuştur. Kurumsallaşma ve organizasyon, işletme ile doğrudan ilişkili olduğu kadar iletişim disiplini ile de yakından bağlantılıdır. Bundan dolayı, işletmecilik yöntemleri ile başarılanmaların iletişim disiplininin katkılarıyla başarılmaya çalışılması ve diğer taraftan global düzende iletişimin giderek artan önemi, sağlık alanında iletişim disiplini ile iç içe çalışmanın gerekliliğini giderek daha belirgin hale getirmektedir.

2000’li yıllar ve sonrasında iletişim teknolojilerinin insan yaşamında merkezi hale gelmesiyle, sağlığa ilişkin arayışlar da internet üzerinde yoğunlaşmıştır. İnternet üzerinden bilgi edinme süreci, diğer konularda olduğu gibi, sağlık konusunda da dezenformasyonun/kirli bilginin çoğalmasına ve yayılmasına yol açmıştır. Bu durum, tüm dünyada giderek artan düzeyde, önemli sağlık sorunlarına sebebiyet veren yanlış bir sağlık bilincinin ve kültürünün oluşmasına neden olmuştur. Covid-19 pandemisinde yaşananlar, sağlık alanıyla ilişkili bu tür bir bilgi edinme sürecinin yol açtığı sorunları göstermesi bakımından önemlidir. Bu konuya ilişkin yapılmış çalışmalar dikkate değer niteliktedir (Barua vd., 2020; Caceres vd., 2022; Enders vd., 2020; Gisoni vd., 2022).

Covid 19 sürecinde insanlar özellikle virüsün kaynağı ve aşılamanın niyeti üzerine tartışmışlar ve bilgi arayışına yönelmişlerdir. Bu davranışlar bile sağlıkta yanlış bilinç oluşumunun geldiği noktayı göstermesi bakımından kayda değerdir. Hastalık pandemiye dönüştükten sonra kaynağın bulunması, var olan duruma ilişkin acil bir tedavi olanağı sağlamaz, yalnızca geleceğe yönelik koruyucu adımlar atılmasını sağlayabilir. Öte yandan virüsün kaynağını tespit edebilmek; hem pandemi koşullarında çok zordur hem de küreselleşmiş bir dünyada, virüsün kaynağı ile ilgili çalışmaların geçerlilik ve güvenilirlik derecesi çok düşüktür. Küreselleşme nedeniyle her an her yerdeki kaynağın ne olduğuna ve nereden olduğuna ilişkin çalışmaları oldukça sınırlandırmaktadır. Tartışılan ve bilgi edinilmeye çalışılan diğer konu ise aşılamanın niyetidir. Ancak aşılamanın tıbbi gerekçeler dışında bir niyeti olduğunu kanıtlama imkânı yoktur. Kanıtlanırsa bile aşı üretiminde etkin olan küresel sermaye ile başa çıkabilmek üzere acil bir politik girişim planı mevcut değildir. Bütün bu tür bilgi arayışları endişeleri daha da yoğunlaştırmıştır. Oysaki bu sağlık krizini aşabilmede etkili bazı davranışların hayata geçirilmesi, salgının yayılmasını önlemek bakımından daha önemliydi. Bu noktada sağlık iletişiminin önemi açığa çıkmaktadır. Sağlık sorunlarına ilişkin şekilde, insana güven veren bir iletişim ortamının yaratılması, hem kirli bilginin önüne geçmek hem de hastalığın yayılmasını önlemek bakımından akılcı bir tutumdur. Süreçte sağlık iletişimi başarılı bir şekilde işlevselleştirilememiştir. Oysaki sağlık iletişimi, postmodern/neoliberal dünya düzeninde sağlık hizmetleri yaklaşımını meşrulaştırmada araçsallaştırılan unsurlardan biridir. Küreselleşme nedeniyle de yaşanan bu pandemide, küreselleşmenin sağlık politikalarının meşru kılınmasında araçsallaştırılan sağlık iletişiminden faydalanılabildiği gerekirdi. Ancak salgın sürecinin tüm dünyada iletişim boyutuyla da yönetilemediği bilinmektedir.

Covid 19 pandemisi yalnızca virüsün yol açtığı bir hastalık pandemisi olarak kalmayıp yukarıda da söylendiği gibi bir 'kriz pandemisi'ne dönüşmüştür. Bu tür bir krizin oluşmasında sağlık alanı ile ilişkili olarak etkili olan belirli sebepler vardır. Bunlar;

1. Küresel bir dünyada çoğu sağlık sorunu doğal olarak küreselleşme eğilimi taşımaktadır. Bu nedenle, basit sağlık sorunları bile doğrudan küresel sağlık krizlerine dönüşebilecek bir potansiyele sahiptir.
2. Küreselleşen sağlık sorunları, makro ve mikro düzeyde var olan sağlık sorunlarına eklenerek sağlık sistemini yetersiz bırakmaktadır.
3. Sağlık alanının pazar sistemi içine alınmasıyla ilişkili olarak; doktor yerine finansörün, hasta yerine tüketicinin konumlandırılmasıyla başlayan ve koruyucu sağlık hizmetlerinin giderek önemsiz(leştiril)mesine yol açan sağlık hizmetleri yaklaşımı; global ölçekte sürdürülen bir yaklaşım olduğundan, sağlıkla ilişkili sorunların çözümü bakımından tüm dünyada eş zamanlı şekilde gecikmelere ya da çözümsüzlüğe sebep olabilmektedir. Bütün kürede tek tip bir sistemin/yaklaşımın varlığı, esasen sağlık sistemini kendi içinde kapalı bir yapıya dönüştürmüş durumdadır.
4. İlk üç maddede sayılan ve doğrudan sağlık alanı ile ilişkili sorunlar, küreselleşmenin doğası itibarıyla ekonomi vb. gibi kriz içinde bulunan diğer küresel unsurlarla bütünleşerek 'kriz pandemisi'ne yol açabilmektedir.

Sağlık sisteminde koruyucu sağlık hizmetlerini yeniden merkezi konumuna taşımak gibi belirli önlemler alınmadığında, küresel bir dünya sisteminin, sağlık alanında (ve tabii diğer alanlarda da) Covid 19 pandemisine benzer şekilde sağlık pandemilerine sebep olacağı söylenebilir. Üstelik bu durum, sadece sağlık alanı ile de ilişkili değildir. Ekonomi, eğitim vb. gibi tüm konularda da benzer durumlar yaşanmaktadır.

## **SONUÇ**

Yakın gelecekte global düzeyde tekrar edebilecek sağlık sorunları konusunda insanlar endişe taşımaktadırlar. Bu durum, sağlık iletişiminin pandemi öncesi olduğu gibi pandemi sonrası da etkin olarak kullanılmadığını göstermektedir. Bunun yanında, sağlık alanında özellikle ülkemizde artan şiddet olayları, sağlıkta doğru ve güvenilir iletişim sürecinin ve sağlık eğitiminin gerekliliğini daha fazla düşündürmektedir.

1970'ler sonrasında, sağlık alanında istenen dönüşümü haklılaştırmak üzere, bu alana yeni bir disiplin olarak giren sağlık iletişiminin, günümüzde sağlık pazarını genişletmek amaçlı değil, bir taraftan sağlıkta pazar anlayışının doğurduğu sorunları gidermek üzere ve diğer taraftan yaşam döngüsünün karşımıza çıkardığı sağlığa ilişkin yeni sorunlara çözüm geliştirebilmek üzere etkin kılınması zorunlu hale gelmiştir. Bu bir çelişkiyi yansıtmaz. İletişim, politik bir süreçtir ve nihai

amacı ikna etmektir. Dolayısıyla, sağlık iletişiminin küresel sağlık politikalarından bağımsızca, sağlık alanındaki karmaşaların ve makro ve mikro düzey sorunların çözümüne katkı vermek üzere araçsallaştırılması da olanaklıdır. Günümüzde sağlık alanındaki olumsuzların çoğu küreselleşme politikalarının bir sonucu olarak doğmaktadır. Örneğin, dünyada artan yoksullaşma ve benzeri pek çok sorun, sonuç olarak sağlıksızlığa yol açmaktadır. Sağlık iletişimi, yapısal (makro) sorunları doğrudan giderebilecek bir potansiyel taşımamaktadır. Ancak sağlık alanında kişiler arası iletişimden kaynaklanan mikro düzey sorunların giderilmesinde sağlık iletişiminin daha fazla yetkilendirilmesi olumlu sonuçlar verecektir. Sağlık iletişimi; etkin ikna stratejileri temelinde, makro düzey sorunlar konusunda doğrudan olmasa da farklı bakış açılarının ve özellikle koşulları dikkate alan sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Sağlıkta pazar anlayışının belirleyici olduğu bir ortamda en büyük sorunlardan biri sağlık eşitsizlikleridir. Covid 19 pandemisinde aşuların ülkelere dağıtımındaki eşitsizlikler, bu duruma iyi bir örnektir. Bu tür sorunların çözümünde, etkin iletişim süreçleri, ortaya çıkan olumsuzlukları ve bunların nedenlerini doğrudan düzeltmek veya değiştirmek gibi bir potansiyele sahip değildir. Yalnızca sağlıkta değil genel olarak yaşamın tüm alanlarında insanlar arasındaki eşitsizlikler, esasen makro (yapısal) unsurlarca üretilir. Bu noktada, küresel sağlık sisteminin makro (yapısal) parametrelerini/değişkenlerini etkileyebilecek ve dönüştürebilecek stratejileri geliştirmek ve desteklemek gereklidir. Bu tür stratejiler, Ottawa Sözleşmesi ve sağlığı geliştirmeye yönelik diğer uluslararası sağlık çalışmalarında (iris.who.int) temel başlıklar olarak ele alınmıştır, ancak bu çabaları boşa çıkaracak şekilde sağlık sorunlarının giderek artış gösterdiği de ortadadır. Bunun önemli bir nedeni, yaşamın tüm alanları üzerine etkili makro (yapısal) unsurların iç içe işleyerek birbirini etkilemekte olmasıdır. Ekonomide dengeler sağlanmadan küresel yoksulluk sorununu dolayısıyla sağlık sorunlarını çözmek olanaklı değildir ve bunun gibi pek çok örnek verilebilir. Her ne kadar konuya ilişkin sözleşmeler makro (yapısal) unsurlara dikkat çekse de bu ilgi, teoriden öteye gidememektedir.

Bu konuda bir çözüm geliştirebilmek bakımından; sağlık sorunlarının hem var olduğu yerel alana özgü olarak olgusal biçimde hem de bu sorunların bölgesel ve küresel alanla ilişkili olarak yani bir bütün içinde incelenmesi realiteye uygun bir tutum olacaktır. Yerelde sağlık sorunlarını doğuran sebepleri bilmek ve onları, yerel bağlamın gerektirdiği şekilde ortadan kaldırmak, bölgesel ve küresel olarak yayılmalarının önüne geçilebilmesinde önemli bir adım olacaktır. Ancak sağlık alanındaki sorunların çözümünde böyle bir yaklaşım, küresel politikalar ve özelde küresel sağlık politikaları nedeniyle arka plana atılmakta ya da yok sayılmakta, onun yerine sorunlar yerel alanın dışına çıkarak yayıldıktan sonra sağlıkta standardize küresel çözümler geliştirilmeye çalışılmaktadır. En basitinden Afrika'nın su sorununu çözmeden bu bölgeye özgü hastalıkları gidermek de küreye yayılmalarını önlemek de olanaklı değildir.

Çalışmada, problemleştirme/sorunsallaştırma metoduna dayalı olarak, sağlık iletişiminden beklenen etkileri elde edebilmenin güçlüğü düşünömsel bir bakış açısıyla sunulmaya çalışılmıştır. Disiplinin ortaya çıkış dinamikleri ve bu dinamiklerle paradoks halindeki gerçekler kafa karıştırıcıdır. Problemleştirme metodunda doğrular bulmak ya da sorunsallaştırılan hususlarla ilgili mutlak çözümler geliştirme iddiası olmamakla birlikte, konunun/sağlık iletişiminin en baştan yeniden etraflıca düşünölmesi ve sorgulanması için kapı aralanmaktadır.

İletişim stratejileri, sağlık alanında insanlığa yararlı konumları elde etmek üzere geliştirilebileceğı gibi insanı önemsemeyen, sadece kâr sağlamaya yönelik bir anlayışa hizmet için de geliştirilebilir. Bunu belirleyecek ilkeler, etik ilkelerdir ve ilkeler üzerinden seçimlerini yapacak olanlar da insanlardır. Dolayısıyla sağlık iletişiminin bu yazıda sorunsallaştırılan hususları yeniden değeriendirilecekse, bu değeriendirmede etik anlayışın merkezi konuma taşınması gerekli görünmektedir.

**KAYNAKÇA**

Alvesson, M. & Sandberg, J. (2011). Generating research questions through problematization. *Academy of Management Review* 36 (2), 247–271.

Airhihenbuwa C. O. & Dutta, M. J. (2012). New Perspectives on Global Health Communication: Affirming Spaces for Rights, Equity, and Voices. In R. Obregon & S. Waisbord (Ed.), *The Handbook of Global Health Communication* (s. 34-51). John Wiley & Sons, Ltd., Publication.

Barua, Z., Barua, S., Aktar, S., Kabir, N., & Li, M. (2020). Effects of misinformation on COVID-19 individual responses and recommendations for resilience of disastrous consequences of misinformation. *Progress in Disaster Science*, 8, 100119. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100119>

Bazin, Y. (2014). Problematization as a methodology to think critically. *Worlspress*. <https://yoannbazin.wordpress.com/2014/10/07/problematization-as-a-methodology-to-think-critically/>

Body, R. & Foex, B. (2009). On the philosophy of diagnosis: is doing more good than harm better than “primum non nocere”? *Emerg Med J*, 26, 238–240. <https://emj.bmj.com/content/emmermed/26/4/238.full.pdf>

Caceres M. M. F., Sosa J. P., Lawrence J. A., Sestacovschi C., Tidd-Johnson A., Rasool M. H. U., Gadamidi V. K., Ozair S., Pandav K., Cuevas-Lou C., Parrish M., Rodriguez I. & Fernandez J. P. (2022). The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic. *AIMS Public Health*, 9 (2), 262-277. doi: 10.3934/public-health.2022018. PMID: 35634019; PMCID: PMC9114791.

Cirhinlioğlu, Z. ve Mutlu, S. (2002). Postmodern söylemlerde sağlık. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 17(5), 350-357.

de Las Heras-Pedrosa C., Jambrino-Maldonado C., Rando-Cueto D., Iglesias-Sánchez P. P. (2022). COVID-19 study on scientific articles in health communication: A science mapping analysis in Web of Science. *Int J Environ Res Public Health*, 19 (3):1705. doi: 10.3390/ijerph19031705.

Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 21(1), 155-190. [https://doi.org/10.1501/Egifak\\_0000000999](https://doi.org/10.1501/Egifak_0000000999)

Dworkin, G. (2020). Paternalism. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/paternalism/> adresinden 15.12.2023 tarihinde alınmıştır.

Enders, A. M., Uscinski, J. E., Klofstad, C., & Stoler, J. (2020). The different forms of COVID-19 misinformation and their consequences. *The Harvard Kennedy School Misinformation Review*, 1 (8). <https://doi.org/10.37016/mr-2020-48>

Gisondi, M. A., Barber, R., Faust, J. S., Raja, A., Strehlow, M. C., Westafer, L. M., & Gottlieb, M. (2022). A deadly infodemic: social media and the power of COVID-19 misinformation. *Journal of medical Internet research*, 24 (2), e35552. doi: 10.2196/35552

Göçmen, D. (2016). Modern felsefede tabakalaşma özgürlük ve adalet. M. F. Elmas ve M. Becermen (Eds.), *IV. Uluslararası Felsefe Kongresi Bildiri Kitabı* içinde (158-163). Bursa: Asa Kitabevi. <https://ozguruniversite.org/wp-content/uploads/2017/01/modern-felsefede-tabakalac59fma1.pdf> adresinden 11.12.2023 tarihinde alınmıştır.

Hamzaoğlu, O. (2013). Dünyada sağlık reformu Türkiye’de sağlıkta dönüşüm: Gerçekler ve belgeleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28 (3), 172-180.

Hornik, R. (Ed.). (2002). *Public health communication: Evidence for behavior change* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410603029>

Illich, I. (2014). *Sağlığın gaspı* (3. basım) (S. Sertabiboğlu, Çev.). İstanbul: Ayrintı Yayınları. (Orijinal eserin basım tarihi 1981).

İnan, E. (2009). *Halkla ilişkilerde medya yönetimi yeni iletişim teknolojileriyle* (2. baskı). İstanbul: Referans Yayıncılık.

Karakaş, D. G., Yılmaz, F. Y. (2011). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi: Özel hastane sektörünün inşaa süreci. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 26 (2), 84-108.

Kocatürk, Utkan (1984). *Açıklamalı Tıbbi Terimler Sözlüğü* (2. basım). Ankara: Sevinç Matbaası.

Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query Jr, J. L. (2003). The history and development of the field of health communication. *Russian Journal of Communication*, 10, 12-20. [http://www.russcomm.ru/eng/rca\\_biblio/k/kreps.shtml](http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/k/kreps.shtml)

Mevzuat Bilgi Sistemi. (t.y.). Sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılmasına dair yönetmelik. T.C.Cumhurbaşkanlığı. <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=39362&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5> adresinden 05.10.2023 tarihinde alınmıştır.

Mortan, K. & Tokgöz, T. (1984). *Sağlık ekonomisi ve eğitimi*. Ankara.

Oskay, Ü (1997). İletişimin ABC’si. İstanbul: Der Yayınları.

Porter, H. A. (2002). *Discourse means of jointly produced asymmetry and symmetry in physician-patient conversation* [Unpublished master’s thesis]. NC State University. <https://repository.lib.ncsu.edu/server/api/core/bitstreams/17e26510-9a0f-43af-8d89-bc35d3869e38/content> adresinden 11.12.2023 tarihinde alınmıştır.

- Sargut, A. S. (2001). *Kültürler arası farklılaşma ve yönetim* (2. baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Sezgin, D. (2011). *Tibbileştirilen yaşam bireyselleştirilen sağlık*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Soyer, A. (2001). Türkiye'nin iktisadi ve sosyal tarihi bağlamında başlangıcından 1960'a kadar sağlık hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 16 (6), 413-429.
- Steger, M. B. (2005). Ideologies of globalization. *Journal of Political Ideologies*, 10(1), 11–30. <https://doi.org/10.1080/1356931052000310263>
- Storey, D. & Figueroa, M. E. (2012). Toward a global theory of health behavior and social change. In R. Obregon & S. Waisbord (Ed.), *The Handbook of Global Health Communication* (s. 70-94). John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Şaylan, G. (1999). *Postmodernizm*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Şengün, H. (2016). Sağlık hizmetlerinde iletişim yönetimi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 79 (1), 38-42.
- Thomas, R. K. (2006). *Health communication*. New York, NY: Springer.
- Waitzkin, H. (2001). ABD'den sağlık işletmeciliği ihracı (Ö. Ergönül, Çev.). *Toplum ve Hekim Dergisi*, 16 (6), 448-452.
- Whitehead, M. (1985). The concepts and principles of equity and health. *European Health for All Series No.1*.(pp.1-18). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.[https://www.ausl.re.it/allegati/HPH/M\\_Whitehead\\_The%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf](https://www.ausl.re.it/allegati/HPH/M_Whitehead_The%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf)
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO\\_NMH\\_CHP\\_09.01\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1) adresinden 16.08.2023 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. (t.y.). *Health and well-being*. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being> adresinden 15.08.2023 tarihinde alınmıştır.