

Misenformasyon ve sağlıkta şiddet

Dr. Bayram Demir



1993 yılında Sağlık Bakanlığında göreve başladı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü yaptı, Dünya Sağlık Örgütünde (DSÖ) Bakanlık görevlisi olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Daire Başkanlığı, Batman Bölge Devlet Hastanesi Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Danışmanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünde danışmanlık görevlerinde bulundu. Halen Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi Genel Sekreteri olarak görev yapmaktadır.

Şiddet olgusu, tarihin her döneminde vakia olarak kendine yer bulmuştur. Nitekim iskeletler üzerinde yapılan biyoarkeolojik çalışmalar, insanların şiddet içeren ve içermeyen her iki davranış türünü de sergilediklerini göstermektedir. Şiddetin tarihi gerekçelerle doludur. Bu gerekçeler de ganimet elde etme, prestij kazanma, işgal, fetih ve benzeri birçok hususu içermektedir. Bu nedenle şiddetin ölçeği ve türü paylaşılamayan nesne veya durumun kendisine göre kişi veya küçük gruplar arası şiddet, aile içi şiddet, silahlı şiddet veya savaş gibi isimler almaktadır. Öte yandan şiddet olgusu hiçbir zaman tarih sahnesinden eksik olmadığı gibi, tarih yazıcılarının nerede konumlandığına bağlı olarak da farklı isimlerle anılmıştır. Örneğin büyük devletlerin tarihinde savaş/şiddet tanımı, tarihi yazanın bulunduğu konuma göre fetih, zafer veya barbarlık olarak adlandırılmıştır. Dolayısıyla tarihin ilk topluluklarından günümüz modern toplumlarına uzanan skalada şiddettin eksik olmadığını söyleyebiliriz.

Şiddet konusundaki çalışmalarda, bugüne kadar çoğunlukla olaya özgü tanımlamalarla yetinilmiştir. Sosyolog Randall Collins, şiddet örüntülerinin kavramlaştırılmasında geçici ve anlık olaya ilişkin tanımlamalar yerine “şiddet tüneli” kavramını getirerek olguyu bir süreç şeklinde ele alıp zaman olgusuyla ilişkilendirmiştir. Buna göre kısa, orta ve uzun şiddet tüneli tanımlaması yapmıştır. “Kısa şiddet tüneli” birkaç dakikadan az bir sürede cereyan eden

olayları tanımlamak için kullanılmaktadır. Örneğin trafikte sürücüler arasında yaşanan olaylardaki şiddet türü gibi. “Orta şiddet tüneli” ise bir veya daha fazla saat sürebilen bir şiddet türüdür. Örneğin aile içi şiddet olayları, futboldeki fanatiklerin çıkardığı olaylar gibi. “Uzun şiddet tüneli”, diğerlerinden farklı olarak şiddeti uygulayanlar açısından sistematik bir nitelik taşımaktadır ve günlerce veya haftalarca sürmesi söz konusudur. Çoğunlukla küçük bir grup tarafından yapılan cinayet, hırsızlık ve tecavüzler buna örnek gösterilebilir.

Günümüzde sonuçları nedeniyle şiddetin en dikkat çeken türlerinden biri, sağlık hizmeti sunan kurumlarda yaşananlardır. Bu çerçevede, tutumlarımızın birdenbire oluşmadığı dikkate alınacak olursa; sağlık kurumları özelinde, şiddet tüneline girmeden önce insanların duygu ve düşüncelerine kaynaklık eden yanlış veya eksik bilgiler ya da bilgilendirilmeler önem kazanmaktadır. Sağlık kurumunun işleyişi, sağlık personelinin tıbbi pratikleri ve sağlık hizmetinin amacının ondan yararlananlarca anlaşılması gibi faktörler hizmet sunum sürecinin ön aşamaları arasında yer alması gereken hususlardır. Söz konusu aşamalarda yanlış veya eksik bilgilendirilme, kişilerin sağlık kurumuna veya sağlık personeline yönelik davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu kapsamda medyanın olumsuz etkide bulunduğu düşünülmektedir. Görsel medyanın sağlıkla ilgili dizi, film, sinema ve reklam sahnelerine ilişkin senaryoları halkta bilimsel izahı

olmayan beklentilere yol açmaktadır. Senaryodakine benzer yaklaşımları görmeyen hasta veya hasta yakınları şiddet eğilimli davranışlar içinde bulunabilmektedir.

Bu çalışmada, “kişiler arası şiddet” olarak değerlendirilen sağlık kurumlarındaki şiddet olayları, ortaya çıkış sebepleri açısından özellikle bilgi edinimi yönünden irdelenmeye çalışılacaktır. Sağlık hizmeti sürecine dair bilgi ediniminin; dolayısıyla, kurumlar, insanlar ve olaylar hakkındaki düşüncelerimize kaynaklık eden bilgi kümelerinin ve referans kaynaklarının tutumlarımıza rasyonel çerçeve oluşturmasından ötürü dikkatle irdelenmesi gerekmektedir. Zira önceki duygu, düşünce ve davranışlarımız bir sonraki davranışlarımızın meşruiyet gerekçelerini içinde barındırabilmektedir. İnsanlar neyi sevip sevmedikleri veya neye inanıp inanmayacakları konusunda birtakım tercihlere sahiptir. Bu anlamda çocuklar hariç insanların çoğunlukla önyargılı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Kaldı ki bu özelliklere sahip olmaksızın yaşamın oldukça sorunlu ve sıkıcı olacağı da kaçınılmaz bir realitedir. Kişisel özellikler ve eğilimler dikkate alınmaksızın, en iyi niyetle yapılan enformasyonların bile sonuçlarının ne olacağını kestirmek de güç görünmektedir. Dolayısıyla sağlıkla, sağlık kuruluşlarıyla ve sağlık personeliyle ilgili enformasyonların sonuçları hakkında çıkarımda bulunmak önceki enformasyonların sonuçları hakkında detaylıca çalışma yapılmasını gerektirir. Bu kapsamda şiddete yol açabilecek bilgi

çarpıtmaları veya eksik bilgilendirmeler, sağlık hizmet sunumunun her aşamasında farklı şekillerde bir sorun yumağı olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu çerçevede sağlıkta yaşanan şiddet olaylarının bir başka yüzüne ilişkin değerlendirmeler önem kazanmaktadır. Sağlık alanına ilişkin kasıtlı olarak yapılan yanlış bilgilendirme ve sahte bilgilerin yaygınlaştırılmasının, şiddet olgusunun ortaya çıkışına zemin hazırladığı düşünülmektedir. Bu yazıda sağlık alanına ve çalışanlarına ilişkin duygu, düşünce ve davranışlara etkisi açısından, kümülatif olarak biriken ve sonuçlarını bir anda görmeyen kolay olmadığı, yanlış bilgi edinimi veya kasıtlı yanlış bilgi verilmesi sürecinin öğelerinden olan dezenformasyon/misenformasyon kavramlarının şiddet olgusuyla ilişkisi irdelenmeye çalışılacaktır. Ayrıca misenformasyon sorunu ile birlikte sağlıklı yaşayabilme adına birtakım önerilere yer verilecektir.

Dezenformasyon ve Misinformasyona Dair

Sağlıkta şiddet olgusu açısından bugüne değin hasta ve yakınlarının kendi durumları hakkında bilgi edinmesi sürecinin ihmal edildiği düşünülmektedir. Burada karşımıza çıkan temel sorun ise, hasta ve yakınlarının yanlış ve eksik bilgiye sahip olma durumudur. Sağlık hizmeti alan vatandaş ve hizmeti sunan sağlık personeli arasındaki etkileşimin ve iletişimin yetersizliği sorunlara yol açmakla birlikte kitle iletişim araçları ve sosyal medya kaynaklarının da hasta veya sağlık personelinin etkileşimine olumsuz etkileri sağlıklı bilgi edinimini güçleştirmektedir. Bu kapsamda yanlış ve eksik bilgilendirilmiş olma veya yanlış ve eksik bilgiyle dayalı tutum sergileme açısından dezenformasyon ve misinformasyon kavramları önem kazanmaktadır. Fransızca kökenli “dezenformasyon” kelimesinin çoğunluk nezdinde kavramsal olarak yaptığı ilk çağırışım, siyasal faaliyet alanındaki propagandadır. Keza literatürdeki karşılığı da siyasal çağırışımları irdelleyen yayınlardır. Örneğin Pacepa ve Rychlak tarafından kaleme alınmış “*Disinformation*” adlı kitap ve Benkler ve diğerlerince yazılan “*Network Propaganda*” adlı eser, siyasal alanı dizayn etmeyi hedefleyen dezenformasyon olgusunu irdemiştir. Kaldı ki tarihsel olarak “dezenformasyon” denince “büyük yalan teorisi” de



dahil olmak üzere, yalanın veya kasıtlı yanlış bilgi vermenin, elde edilmek istenen siyasal amaçlar için siyasal düzlemde bir araç olarak kullanıldığı akla gelmektedir. Kavramsal olarak “dezenformasyon” kasıtlı olarak yanlış ya da kasten yayılan yanlış bilgiler anlamına gelmektedir. Dolayısıyla dezenformasyon bir kişi, grup veya toplumu ikna etmek amacıyla sarf edilen yanlış beyan ve siyasi içerikli bir aldatmadır. Ancak dezenformasyon, yanlış bilgi veya eksik bilgi (misenformasyon) edinimi veya verilmesi ile karıştırılmamalıdır. Oxford sözlüğüne göre misenformasyon, “*bir şey hakkında yanlış bilgi verme eylemi*” anlamında kullanılmakta; dezenformasyon ise “özellikle hükümet kuruluşları tarafından kasıtlı olarak verilen yanlış bilgiler” olarak ifade edilmektedir. Oxford sözlüğünün tanımlarından anlaşıldığı kadarıyla iki kavram arasındaki temel fark, bilginin kaynağına ilişkindir. O halde sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının dezenformasyon sonucu değil “çoğunlukla kaynağı belirsiz veya güvenilir aktörlerden gelen yanlış bilgilendirme” eylemi olarak görülmesi gerekmektedir. Türk Dil Kurumuna göre dezenformasyon, kısa bir tanımla “bilgi çarpıtma” olarak ifade edilmiştir. Bilgi ve bilginin kaynakları konusunda herhangi bir ayrıma gidilmemiştir. Bu nedenle bu çalışmada, “dezenformasyon” yerine “misenformasyon” kavramı tercih edilecektir. Ayrıca Türkçede “misinformation” kavramının karşılığı olarak “misenformasyon” kelimesinin kullanımına yer verilen lisans üstü tez ve makaleler de bulunmaktadır.

Neredeyse 40 yıldır artarak hayatımızda yer bulan sağlık hizmetlerinde şiddet olgusunun “misenformasyon” kaynaklı sonuçları ve önlemleri üzerinde durulmaya değer olduğu düşünülmektedir.

Diğer bütün sosyal olgular gibi şiddet olgusunun da çok sayıda nedeni bulunmaktadır. Ayrıca kasıtlı olarak yalan veya yanlış bilgiyle kişilerin şiddet içeren davranışlarda bulunması, toplumsal olarak aşına olunan hadiselerdir. Bununla birlikte kaynağı belirsiz yanlış bilgilendirmenin etkileri, diğer hizmet alanlarına göre sağlık hizmetinde dramatik sonuçlara yol açabilmektedir. Misinformasyonun sonuçlarının birdenbire değil birikimli olarak ortaya çıktığını veya çıkabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu çerçevede günümüzdeki şiddet epidemisinin nedenleri arasında, halkın sağlık hizmeti ve onu sunanlara yönelik algı ve düşüncesini belirleyen uzun süreli misinformasyonun yer aldığını söylemek olasıdır. En önemli misinformasyon kaynakları ise klasik medya ve internet tabanlı sosyal medya uygulama ve platformlarıdır.

Misenformasyon Kaynağı Olarak Klasik Medya, Sosyal Medya ve Sağlıkta Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1996’daki doğru nitelmesiyle şiddet, bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Şiddet olgusu, halk sağlığı açısından özellikle sonuçları daha iyi anlaşıldığı için sağlık otoritelerinin öncelikleri arasında yer almaya başlamıştır. Sağlık hizmeti alanında sağlık personeli ve hasta (hasta yakınları da dahil) arasında yaşanan kişiler arası çatışmalar şiddet cürmüyle sonuçlanabilmektedir. Dünyada ve Türkiye’de halen sağlık çalışanları için en yakın tehlike, şiddet eylemine maruz kalma riskidir. Şiddetle ilgili olarak teorik ve pratik anlamda çok sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen şiddetin detaylı irdelenmesi gereken yönü hiç kuşkusuz konuyla ilgili tarafların bilgilendirilme ve ikna süreçlerine dair neler olup bittiğidir.

Dezenformasyon ve misenformasyon, tarih boyunca kitleleri etkilemek için kullanılan teknikler olmuştur. Lazer, Baum vd. 1925 yılında “*Yalan Haberler ve Kamuoyu*” başlığıyla Harper’s adlı dergide yayımlanan yazıyı hatırlatarak bu tartışmanın yeni bir olgu olmadığını altını çizmiştir. Günümüzde doğru veya yanlış bilgiye ulaşımın hiç de zor olmadığı ifade edilebileceği gibi insanların istemeden de olsa eksik ve yanlış bilgiye maruz kalabileceği söylenebilir. Bu kapsamda bilginin; e-postalar, akıllı telefon ekranlarında beliren haberler, basın, televizyon, Facebook, Twitter ve WhatsApp’tan ulaşan yazılı ve görsel mesajlar biçiminde hızla yayıldığına söylemek mümkündür. Hatta sağlık konusundaki misenformasyon, kamu otoritelerinin sağlık konusunda ortaya koyduğu gerçek bilgilerden daha hızlı yayılmaktadır. Çünkü sosyal medyada yayımlanan öğelerin doğru olmasını gerektiren yasalar veya düzenlemeler bulunmadığı gibi sıradan kullanıcı için bilgiyi doğrulama veya aksini yayabilme imkânı da çoğunlukla bulunmamaktadır.

Sağlık konusunda yanlış ve eksik bilgilendirmenin doğuracağı sorunlar olabileceği gibi sağlık hizmetleri sunumu açısından yanlış bilgiyi (misenformasyonu) yaymayı ve bilgiyi kasıtlı olarak çarpıtmayı sorunlu kılan birkaç neden ifade edilebilir. İlk olarak bu durum, aşılama konusunda olduğu gibi halk sağlığını tehdit eden risklerin artmasına yol açabilir. İkincisi sağlık okuryazarlığının düşük olması nedeniyle yanlış ve eksik bilgilendirilmenin bireysel ve toplumsal maliyetlerini artırabilir. Üçüncüsü bu durum gerek kişisel sağlık riskleri gerekse diğer halk sağlığı hakkındaki politikaların sağlıklı bir şekilde ve sağlıklı bir ortamda tartışılmasını engelleyebilir. Burada 2010 yılındaki “domuz gribi” konusundaki tartışmaları hatırlatmak yerinde olacaktır. Dördüncüsü yanlış bilgi edinimi veya yanlış bilgilendirilme, kişilerin sağlık açısından daha az riskli davranışı tercih etmesini engelleyebilir. Beşincisi haklar ve sorumluluklar açısından hasta ve hasta yakınlarının rol ve sorumluluklarının gereklerini yerine getirmesini engellemesidir. Altıncısı sağlık çalışanlarına karşı adeta nefret söylemini meşru kılacak bir argüman çerçevesi oluşturabilmesidir.

Bununla birlikte iki soru ortaya çıkmaktadır. Şiddetin tarafları açısından, şid-

deti uygulayan hangi tür bilgiyle veya bilgiden dolayı ortaya çıkmış duygular ve düşüncelerle bu eyleme girişmektedir? Şiddete maruz kalanlar ise nasıl tepki vermelidir? Buna verilecek cevaplar yaşanan toplumun kültürel yapısından bağımsız düşünülemez. Şiddet uygulamanın, istediklerini elde etme aracı olarak kullanılması ve sonuca ulaştırması halinde meşruiyet algısını pekiştirmesi tanıdık bir sosyal pratiktir. Türkiye’de yaşanan şiddet olaylarının beslendiği kültürel bağlamın misenformasyon kaynağı olarak kitle iletişim araçları ve internet tabanlı sosyal medya eliyle canlı tutulduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Büyük-bayram ve Okçay’a göre “*Şiddetin sonuçlarının (kurbanların yaşadıkları acılar, kurbanların ve suç işleyenlerin ailelerinin çektikleri, vb.) ihmâl edilmesi veya bu sonuçların makul olmayan biçimde ele alınması veyahut da yıkıcı son nedeniyle izleyiciler şiddete karşı duyarsızlaşmakta, saldırganlarla ve saldırganların sorunları karşısındaki çözümleriyle özdeşleşmektedir. Böylece şiddet içerikli davranışlar ve tutumlar çözüm olarak kullanılmaktadır.*”

Özyurt ve diğerlerinin 2009 yılında yapmış oldukları “Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir?” çalıştay anket sonuçlarında; misenformasyonun sonucu olarak şiddetin ortaya çıkışının “basının sağlık alanındaki aksaklıkları yansıtırken objektif ve bilimsel kistaslara uymaması, bilerek ya da bilmeyerek hekim ve diğer sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, yanlış yönlendirmeleri, hekim hatası ile komplikasyon arasındaki farkların insanlar tarafından bilinmemesi, sağlık problemleri konusunda yapılan haberlerde hedef olarak sağlık çalışanlarını göstermesi; olumsuz hekimlik örneklerinin sürekli gündeme gelmesi” gibi haberlerle beslendiği ifade edilmiştir. Bu çerçevede misenformasyon olgusunun yol açtığı, sağlık personeline yönelik güncel bir şiddet olayına yer vermek gerekirse; Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada polio bulaşını engelleyemeyen üç ülke arasında yer alan Pakistan’da, 2019 yılı nisan ayı içinde aşı karşıtı hareketin verdiği yanlış bilgiler nedeniyle aşılama hizmetlerini yürüten sağlık personeline saldırı düzenlendi. Saldırı olayı, bir sağlık personelinin hayatını kaybetmesi ve güvenlik görevlilerinin yaralanmasıyla sonuçlandı. Olayın temelinde (geçmişte sağlık hizmeti sunan kişile-

re güvensizlik yatması olsa da), akıllı telefonlardan “aşılara zehirli madde eklenmiş olması nedeniyle çocuklara aşı yaptırılmaması gerektiği” şeklinde yayılan bilgiler yer almaktadır. Ayrıca bu yanlış bilgilendirmenin sonucunda zehirlendikleri gerekçesiyle 25 bin öğrenci sağlık yardımı almak için sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuştur. Bu örnekte, misenformasyonun elim sonuçlara yol açtığı görülmüştür. Yaşanan bu olay, kitlelerin polio virüsüne bağışıklık kazanmasını engellendiği gibi sağlıksızlığın bireysel ve toplumsal maliyetlerini de artırmıştır.

Misenformasyonla Mücadele için Sağlık Okuryazarlığı

Kişilerin hem kendileri hem de toplum sağlığı konusunda verilen veya verilebilecek kararları etkileyecek şekilde temel sağlık bilgilerini ve sağlık hizmet sunumu hakkında bilgiyi edinmiş olmaları beklenmektedir. Öte yandan doğru karar verebilme için doğru karar seçenekleri arasında tercih yapabilme, bilgiyi işleme ve anlama kapasitesi de gerekmektedir. Bunu sağlamanın araçlarından biri de kitlelerin ve sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; “*Bireylerin sağlıklı olma halini sürdürebilmesi için bilgiye erişim, anlama ve bu bilgiyi kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler*” olarak tanımlar.

Sorensen ve diğerlerine göre sağlık okuryazarlığı “*Okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini artırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik*” olarak ifade edilmiştir. Sıradan insanlar klasik medya ve sosyal medyada dolaşan bilgilerin gerçekliğini sorgulama konusunda yeterince donanımlı olmayabilir. Yanlış haberler politik sosla sunulmuş olduğundan insanlar politik tercihlerine göre yanlış bilgiyi benimseme eğiliminde olabilir. Çünkü politik tercihler, ideolojik sosla sunulan bilgiye güvenme eşliğini aşağı çekebilmektedir. Aynı şekilde insanlar, verilen bilginin kaynağını takip edebilme açısından sınırlı beceriye sahip olabilir

ve aynı anda birçok mecrada görülen bilgiyi doğru kabul etme tuzağına düşebilirler. Bu nedenle sağlıkta şiddet olgusunun sebepleri arasında yer alan misenformasyon olgusuyla baş etmede aktif ve eleştirel bir sağlık okuryazarlığı kavramı öne çıkmaktadır.

Sağlık okuryazarlığında dünyada farklı tablolar görmek mümkündür. ABD’de yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde yetişkin bireylerin oranı, yalnızca %12’dir. Sekiz Avrupa Birliği ülkesini kapsayan bir çalışmada bu oran %16,5 olmuştur. Araştırmada yer alan ülkelerden Hollanda %25 ile en yüksek mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip ülke olmuştur. İspanya ise %9,1 ile en düşük mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip ülke olarak belirlenmiştir. Türkiye’de Sağlık-Sen tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasına göre “Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde bu oran %7,6 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin “yetersiz” ve “sorunlu” sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir” denilmiştir. Türkiye, bu oranlar ile AB ve ABD ortalamalarının gerisinde yer almaktadır.

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, beraberinde çeşitli sorunları getirmektedir. Şiddet olaylarının içinde bulunma, doğrudan düşük düzeyli sağlık okuryazarlığının sonuçları arasında yer almıyor olsa bile sağlık kurumlarına ve sağlık personeline yönelik misenformasyondan kaynaklanan olumsuz ön yargıyı pekiştiriyor olduğu düşünülebilir. İnternet tıbbi kozmolojisinde yer aldığımız düşünüldüğünde, “sağlık okuryazarlığı” kavramı her ne kadar sağlıkta şiddet ve şiddetin azaltılmasıyla ilgili bir içeriğe sahip değilse bile sağlık hizmet sunumuyla ilgili doğru bilgiye erişimi öngören ve misenformasyondan korunmayı da içine alacak şekilde yeniden ele alınabilir. Bu nedenle sağlık otoriteleri, sıradan insan için olumsuz tutum ve davranışlara yol açacak misenformasyon kaynaklarının, eleştirel bir perspektifle

değerlendirilmesini sağlayacak ve de yaygınlaştıracak sağlık okuryazarlığı planlaması yapılmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Şiddet olgusu açısından, sağlık kurumları ve sağlık personeli hakkında kasıtlı yanlış ve eksik bilgilendirmenin sonuçlarının bir anda ortaya çıkmayıp belirli bir birikim sonucu görüldüğü düşünülmektedir. Dolayısıyla misenformasyonun sağlıkta şiddete yol açan etkilerinin azaltılması güç olmakla birlikte imkânsız değildir. Bu amaçla birkaç öneriye yer verilecektir:

- Öncelikle kamu sağlık otoritesinin iletişim ve klasik medya kaynaklarını etkili kullanması gerekmektedir.

- Vatandaşları misenformasyondan koruma konusunda “yapay zekâ” araçlarının kullanımı düşünülmelidir.

- Sağlık otoritesinin doğru bilgilendirme kaynaklarını çeşitlendirme kapsamında, internet tabanlı ve gerçek zamanlı bilgiye erişimi destekleyen alt yapıyı oluşturması gerekmektedir. Bu amaçla web siteleri, sağlık internet sözlüğü ve sağlıkla ilgili doğru haberlerin yer aldığı kullanıcı dostu bir web portalı oluşturulmalıdır.

- Misinformasyonla mücadele stratejisi oluşturulmalıdır. Bu çerçevede yanlış bilgilerin (misenformasyon) yayılmasını engelleme ve ondan en az etkilenmenin en iyi yollarından biri, geniş anlamda etkili ve yeterli sağlık okuryazarlığını artırarak insanların geleneksel medya ve sosyal medyada paylaşılan haber ve yorumlara eleştirel bakmalarını sağlamaktır. Twitter veya Facebook algoritmasına yapılacak üst düzey müdahaleler, içerik engellemeleri, sahte haberlere karşı gerçekleri ortaya koyan ekipler oluşturulması veya konu ile ilgili yayınlanan ulusal mevzuatlar, çevrimiçi/online bilgileri eleştirel bir bakış açısıyla irdeleyen bir insan gibi etkili sonuç alamaz.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı eğitimi, ulusal mevzuatlarla karşılaştırıldığında misinformasyon ile mücadelede yumuşak bir müdahale aracı veya önlem olarak değerlendirilebilir. Ancak istenilen davranışların sürdürülebilir olması ve sağlık alanında şiddeti azaltmak için halkı etkili bir şekilde bilgilendirmenin

(sağlık okuryazarlığını artırma) uzun vadede en iyi sonucu alacak yatırım olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

Al, B. ve Diğerleri, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet, The Journal Of Academic Emergency Medicine, 2002, 11: 115-24.

Benkler, Y. Faris, R. Roberts, H. Network Propaganda, New York: Oxford University Press, 2012.

Büyükbayram, A. Okçay, H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013, 4(1):46-53.

Collins, R. Entering and Leaving The Tunnel Of Violence: Micro-Sociological Dynamics Of Emotional Entrainment in Violent Interactions, Current Sociology, 2012, 61(2) 132-151.

Demirli, P. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018, Edirne.

<https://edition.cnn.com/2019/04/26/health/polio-worker-deaths-pakistan-intl/index.html> (Erişim Tarihi: 01.11.2019)

<https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/> (Erişim Tarihi: 01.11.2019)

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> (Erişim Tarihi: 01.11.2019)

Pacepa, I, M. Rychlak, R, J. Disinformation, USA: WND Books, 2013.

Pennycook, G. Rand, D.G. Fighting Misinformation on Social Media Using Crowdsourced Judgments of News Source Quality, Proceedings of The National Academy of Sciences, 2019, vol. 116, no. 7, 2521-2526.

Pourghomi, P. ve Diğerleri, How to Stop Spread of Misinformation on Social Media: Facebook Plans vs. Right-Click Authenticate Approach, 2017. Conference Paper file:///C:/Users/ercan/Downloads/08272957-Spreadofmisinformationunisia.pdf.

Rutherford, A. ve Diğerleri, Violence: A Priority for Public Health? J. Epidemiol Community Health. 2007 Sep; 61(9): 764-770.

Sağlık-Sen, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık-Sen Yayınları, 2014, Ankara.

Sorensen, K. ve Diğerleri, Health literacy in Europe: comparative results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU) European Journal of Public Health, 2015, 25(6), 1053-1058.

Taş, O. Taş, T. Post-Hakikat Çağında Sosyal Medyada Yalan Haber ve Suriyeli Mülteciler Sorunu, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 29, 2018.

Toprak, N. İnternet Gazeteciliğinde Haber Etiği, Misinformasyon ve Dezenformasyon, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Afyon Kocatepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2015.

Ünal, R. Taylan, A. Sağlık İletişiminde Yalan Haber-Yanlış Enformasyon Sorunu ve Doğrulama Platformları, Atatürk İletişim Dergisi, 2017, Sayı: 14.

Yılmaz, M. Tiraki, Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016, 9(4), 142-147.

Walker, P. L. A Bioarchaeological Perspective On The History Of Violence, Annu. Rev. Anthropol. 2001. 30:573-96.