

**Toplum Sağlığı Merkezi
Çalışanlarına Yönelik
“Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi”
Rehberi**

Toplum Sağlığı Merkezi alışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi

**T.C. Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı**

ANKARA,2011

ISBN :

Sağlık Bakanlığı Yayın No.....:

Her Hakkı Saklıdır. Kaynak göstererek alıntı yapılabilir. Kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınmalıdır.

Kapak : Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı

Baskı: Deniz Matbaacılık

İvedik OSB Matbaacılar Sitesi 1514 Sok. No: 23 Yenimahalle / ANKARA

Toplum Sağlığı Merkezi alışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi”
Rehberi’ni Yayına Hazırlayanlar:

Dr.Yasin ERKOÇ	Müfteşar Yardımcısı
Dr. Seraceddin OM	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Kağan KARAKAYA	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanı
Prof. Dr. Hilal ÖZECEBE	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Doç. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Doç. Dr. Birgül PİYAL	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Dr. Deniz SEZGİN	Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi
Dr. Levent GÖÇMEN	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
Uzm.Dr.Emine BARAN	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
Şb.Md. Mete KANKILIÇ	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
Şb.Md. Adnan TAŐDEMİR	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
Mustafa ERATA	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
Yaşar Ulaş KOÇAK	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı

Yayın Kurulu :

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Kağan KARAKAYA	TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanı
Őefik KUTLU	TSHGM Basın Yayın Halkla İlişkiler Birimi Daire Başkanı
Hakime ZAL	TSHGM Basın Yayın Halkla İlişkiler Birimi Őube Müdürü

Ön Söz

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimine, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin bileşimi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi (Health Promotion) olarak adlandırılmaktadır. Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları ile kişilerin, kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreci ifade etmektedir.

Bakanlığımızın 2010 – 2014 Stratejik Planında ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” olarak yer almaktadır. Bu stratejik amacın alt hedefinde birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak olarak belirtilmiştir.

Bu amaca yönelik olarak, halkın bilinç düzeyinin artırılması ve hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele amacıyla oluşabilecek risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması kapsamında Genel Müdürlüğümüze bağlı olarak Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Bakanlığımızın çalışmalarına katkı sağlaması amacıyla Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi alanında çalışanlara yönelik, bir başvuru kaynağı oluşturmak ve alandaki eğitim eksikliğinin giderilmesini sağlamak için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eğitimlerinin yapılmasına karar verilmiş ve bu eğitimlerde kullanılmak üzere “Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi” hazırlanmıştır. Bu rehber ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında eğitim eksikliğinin giderilmesi, personelin kapasite artırımının sağlanması amaçlanmaktadır.

Bu eğitim rehberinin hazırlanmasına katkılarından dolayı başta Prof. Dr. Hilal ÖZECEBE olmak üzere Doç. Dr. Deniz ÇALIŞKAN, Doç. Dr. Birgül PİYAL, Dr. Deniz SEZGİN ve bu çalışmada emeği geçen diğer çalışanlara teşekkür eder, tüm sağlık çalışanlarına başarılı çalışmalar dilerim.

Dr. Seraceddin ÇOM

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

İçindekiler

	Sayfa
Önsöz	3
Sağlığın geliştirilmesi kavramı, kapsamı ve önemi, Precede-Proceed yaklaşımı	6
Destekleyici çevre oluşturma müdahaleleri	15
Kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık eğitimi	21
Sektörler arası işbirliği	28
Toplumsal eylemleri oluşturma ve güçlendirme	33
Araştırma, izleme ve değerlendirmede yapılması gerekenler	40
Sağlık İletişimi	46
Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamalarının Planlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi	52
Sağlığın Geliştirilmesi Programları	57
TSM çalışanlarına yönelik eğitim modülünün tanıtımı	65
Son değerlendirme ve kapanış	71

Bu rehber İl Sağlık Müdürlüklerinde çalışan ve toplum sağlığı merkezlerindeki personeline “sağlığın geliştirilmesi” konusunda hizmet içi eğitim sırasında kullanılmak için geliştirilmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi konusunda hedef grup toplum sağlığı merkezindeki tüm nüfus alınmıştır. Toplumun sağlığının geliştirilmesi için önce kavramsal bakış açısı, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında neler yapılması gerektiği tanımlanmıştır. Daha sonra toplum sağlığı merkezinde sağlığın geliştirilmesi konusunda yapılması gerekenler, dünyadan ve ülkemizden uygulamalar ve başarılı programlar sunulmuştur. Bu rehber içinde iletişim konusunda bilgiler ve illerde toplum sağlığı merkezlerinde çalışanlara yönelik eğitim modülünün programı da yer almaktadır.

Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı, Kapsamı ve Önemi Precede-Proceed Yaklaşımı

Amaç:

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi kavramı, önemi ve müdahale alanları hakkında bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Sağlığın geliştirilmesi kavramı konusunda bilgi verebilmesi ve önemini tartışabilmesi
- Precede ve Proceed yaklaşımını tartışabilmesi
- Toplumun sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde gereksinimlerinin belirlenmesini vurgulayabilmesi
- Sağlığı belirleyen etmenlerin ortaya konulmasının gerekliliğini anlatabilmeli
- Sağlığı geliştirme müdahale alanlarının belirleme yöntemini tartışabilmelidirler.

Kanıt yetersizliğine karşın, sağlık sorunlarını çözme çabalarının insanlık tarihinin başlangıcından günümüze dek sürdürüldüğü söylenebilir. Çünkü sağlık sorunları insanlık tarihi kadar eskidir.

Ulaşabildiğimiz sağlıkla ilgili en eski yazılı belge “**Gilgameş Destanı**”dır. Oysa toplumların, insanlık tarihinin başlangıcından bu yana sağlık sorunlarını çözme çabası içinde oldukları açıktır. Kuşkusuz, bu çabalar sorunların nedenlerine “doğru” tanı konulabildiği ölçüde başarılı olmuştur. Sorunlara ise ancak yaşanan dönemin, o toplumsal örgütlenmenin bilimsel ve teknolojik olanaklarının izin verdiği ölçüde doğru tanı konulabilir.

İlkel insanlar tarafından hastalıkların her bir bulgusu, ayrı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. **Hekimliğin bulgusal (semptomatik) dönemi** olarak adlandırılan bu dönem 19^{uncu} yüzyılın sonlarına dek sürmüştür (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Özbek Z. 2006).

Kuduz hastalığını, bir mikroorganizmanın yaptığı anlaşıldığında, her hastalığa neden olan ayrı bir mikroorganizma olması zorunlu diye düşünölmeye başlandı. Bulgulardan çok hastalığı ortaya çıkartan mikroorganizmalara önem verilir oldu. Hekimlerin sağlık sorunlarına ağırlıklı olarak, “**hasta yok, hastalık vardır**” bakış açısıyla yaklaştıkları bu dönem, **hekimliğin laboratuvar dönemi** olarak tanımlanmaktadır (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Özbek Z. 2006).

Aynı mikroorganizmanın yol açtığı hastalığın farklı bireylerde farklı klinik yansımalar oluşturduğu gözlemlendi. Hastalıkların ortaya çıkış, gidiş ve sonlanışında bulgular ve laboratuvar bulgularının ve mikroorganizmaların özelliklerinin önemli olduğu, ancak bireysel direnç farklılıklarının bunlardan daha önemli olduğu kavranıldı. O nedenle “**hastalık yoktur, hasta vardır**” bakış açısı yaygınlaştı. **Hekimliğin klinik dönemi** olarak nitelendirilen bu dönem 1950'lere kadar sürdü (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Özbek Z. 2006).

İkinci Dünya Savaşının ardından yaşanan ortamın, konut koşullarının sağlığı etkilediği kavranıldı. Sağlık sorunlarının oluşmasının ve yinelenmesinin önlenmesi açısından, topluma dayalı önlemlerin alınması gerektiği anlaşıldı. Bu dönem, **hekimliğin halk sağlığı dönemi** olarak tanımlanmaktadır (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Özbek Z. 2006).

Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nden (1978) bu yana sağlık sorunlarına “**toplumsal iyilik**” kavramıyla yaklaşmanın doğru olduğu kabul edilmektedir. Çağcıl halk sağlığı

anlayışının etkisindeki bu dönem **hekimliğin yeni halk sağlığı dönemi** olarak nitelendirilmektedir (Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z. 2006).

“**Sağlığı geliştirme**” koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetleri alanında çalışanların son yirmi yıldır sık kullandıkları bir kavram olduğu halde; tanımı konusunda henüz bir uzlaşma sağlanamamıştır. Öte yandan “sağlığı geliştirme” düşüncesi yakın dönemlere ilişkin yeni bir düşünce de değildir. Germ teorisi “bakteriyolojik dönem”e geçişi başlatmadan önce; toplum sağlığının XIX. yüzyılda yaygın yöntemleri ve kavramları, o dönemin politik ve ekolojik sağlığı geliştirme öğelerini belirgin olarak içeriyordu. Bu öğelerin bir kısmının tohumları ve düşünsel kökenleri Eski Çin, Babil, İbrani ve Yunan kültürlerinden kaynaklanıyordu. Bu yüzyılın ilk yarısında halk sağlığına, sağlığı geliştirme ve sağlığın ölçülmesi işlevi vermek için bazı girişimler olmuştur. Sağlığı geliştirmenin sağlık politikaları ve uygulamaları içinde kesin bir alan olarak doğması 1974’ e dayandırılabilir. Dönemin Kanada Sağlık ve Refah Bakanı Marc Lalonde bu tarihte , “Kanadalıların Sağlığı Üzerine Yeni Bir Perspektif” başlıklı bir monograf yayınlamıştır. Yaygın olarak ve saygı gösterilerek “Lalonde Raporu” diye anılan bu kitapçık, özünde bir yıl önce Lalonde’ un vekili Laframboise’ ın (1973) “Sağlık Alanı” sözcükleriyle tanımladığı kavrama dayanır. Lalonde Raporu, sağlığı geliştirme yaklaşımının, bir toplumun sağlığını geliştirip güçlendirmenin anahtar stratejisi olarak belirtildiği küresel ‘ilk’ ulusal hükümet politikası belgesidir. Bu belge planlama açısından hükümetler, örgütler, toplumlar ve bireyler için yararlı bir yaklaşım olarak sağlığı geliştirmeye yönelik bir uluslararası ilgi yaratmıştır. Rapor, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya da dahil olmak üzere diğer ülkelerde sağlığı geliştirme girişimleri için yansı oluşturmuştur (Piyal B.,2006).

Günümüzde **toplumsal iyilik** durumu, sağlığın iyi olabilmesinin bir koşulu olarak ele alınmaktadır. Çağcıl halk sağlığı anlayışının günümüzdeki bu geniş kapsamını doğru anlayabilmek için “**toplumsal iyilik**” kavramını açmak gereklidir. Bu kavram 1978 yılında yayınlanan **Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi (Alma-Ata Bildirgesi)** ile ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Genel Kurulu (Asamble) 1977 yılında, DSÖ’ne üye ülkelerin ana hedefinin 2000 yılında insanların ekonomik ve sosyal olarak üretken bir hayatı yaşayabilmelerine olanak tanıyacak olan bir sağlık düzeyine ulaşma olduğu yolundaki kararı benimsemiştir (Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T.) Daha sonra “**2000 yılında Herkes İçin Sağlık**” Belgesi ile özetlenecek olan bu karar 1978 yılında Alma-Ata’da toplanan Konferans’ta ele alınmıştır.

Alma-Ata Bildirgesinin başlıca ilkeleri şunlardır:

- 1) **Toplumsal Eşitlik:** Sağlık hizmetine erişim bir insan hakkıdır. Bu hizmetler sosyal adalet anlayışı kapsamında gelirleri ya da sağlık güvenceleri ne olursa olsun toplumdaki herkese götürülmelidir.
- 2) **Çevreyle Bütünlük:** İnsan ile fizik, biyolojik ve toplumsal çevresi arasında etkileşim vardır. Kişi çevresinden soyutlanamaz. Sağlığı etkileyen çevresel etmenler göz önünde bulundurulmalıdır.
- 3) **Yaşamın Bütünlüğü:** İnsan yaşamı doğum öncesinden ölüme kadar bir bütündür. Bireyler yalnız hasta olduklarında değil sağlıklı dönemlerinde de desteklenmelidirler.
- 4) **Toplumsal Etmenler:** Hastalıkların temelinde yalnız fizik ve biyolojik nedenler değil, toplumsal ve kültürel nedenler de vardır. Kişilerin inançları, yaşam koşulları, ekonomik güçleri sağlık düzeylerini etkiler.
- 5) **Hizmetin Boyutu:** Yalnızca sağlık sektörüncü yürütülemeyecek kadar kapsamlıdır. Eğitim, tarım, ulaşım, sanayi sektörleri ile eşgüdüm içinde olunmalıdır. Hizmet çok sektörlüdür (multisektörel). Örneğin bireylere sağlıklı içme ve kullanma suyu sağlanması bütünüyle sağlık sektörü dışında bir hizmet olduğu halde, sağlık açısından temel bir gereksinimdir.

- 6) **Korumaya Öncelik:** Hastalıkların oluşmasını ya da ilerlemesini önlemek, tedavi etmekten daha etkili, daha kolay ve daha ucuzdur.
- 7) **Risk Gruplarına Öncelik:** Kaynakların sınırlı olduğu yerlerde öncelikle ve özellikle yüksek risk gruplarına hizmet götürülmelidir. Örneğin bebekler, yetersiz beslenen çocuklar, çok doğum yapmış kadınlar, ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar, eğitimsiz ve yoksul olanlar.
- 8) **Önemli Hastalıklara Öncelik:** Bir toplumda sık görülen, sık öldüren, çok kısıtlılığa, çok işgücü yitiğine yol açan hastalıklara “önemli hastalık” denir. Sağlık hizmeti sunumunda bu hastalıklar öncelikle ele alınmalıdır.
- 9) **Entegre Hizmet:** Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabite edici) hizmetler bir bütündür. Bu hizmetler birbirinden kesin sınırlarla ayrılamaz.
- 10) **Ekip Hizmeti:** Sağlık hizmetleri değişik alanlarda eğitim görmüş, dolayısıyla değişik bilgi ve becerileri olan ekip üyelerince verilebilecek kapsamdadır. Ekibin her üyesi tek tek önemli ve değerlidir.
- 11) **Sağlık-Kalkınma İlişkisi:** Ekonomik kalkınma ile sağlık arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Kalkınmışlık toplumun sağlık düzeyini olumlu etkiler, sağlıklı bir toplum da kalkınmayı olumlu etkiler.
- 12) **Öz Sorumluluk:** Bireyler kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk üstlenmelidirler. Ancak öz sorumluluk üstlenebilme; sağlık konularında eğitime ve bilinçlendirilme ile bağlantılıdır.
- 13) **Halkın Katılımı:** Toplumun hizmetin planlanmasından sunumuna kadar tüm aşamalarına katılımı başarının ön koşullarından biridir.
- 14) **Evrensellik:** Ulusların sağlık sorunları farklı olabilir, ancak bilimsel ve teknolojik birikimler evrenseldir.
- 15) **Koşullara Uygunluk:** Ülkeler arasında giderek bir ülkenin bölgeleri arasında fiziksel, kültürel farklılıklar, kaynak yönünden ayrımlar olabilir. Temel ilke koşullara uygun modelleri ve teknolojiyi seçip kullanmaktır. Bir ülkede başarı ile uygulanan bir model bir başka ülkenin koşullarına uygun olmayabilir (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf , Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde: Eren N., Öztekin Z., 2006: 37-39).

Ottawa Bildirgesi (1986)

DSÖ'nün Herkes İçin Sağlık (HİS) Hareketi Avrupa'da 1984'te, Sağlığı Geliştirme Hareketi ve 1986 Ottawa Sözleşmesi ülkelerinin doğuşundan birkaç yıl önce oluşturulmuştur. Ottawa'da sağlığın, bireylerin sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırabilecek böylelikle de sağlıklarını geliştirecek şekilde güçlü kılınmaları süreci olarak görülmesi söz konusudur. Sağlık, kişilerin iyi nitelikte bir yaşamın keyfini çıkartabilecekleri, etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilecekleri bir süreç olarak görülür. Güçlendirme süreci ve insanın etkin katılımı bir nesne olarak görülmesi yaşamsal önemdedir. Bu yaklaşım; yeni halk sağlığının özünü oluşturan sağlık bakış açısıyla, sağlığı geliştirme hareketini insan haklarının savunulması ve geliştirilmesine yöneltir (Piyal B, 2007 içinde: Bengt, {n.d.}).

Bir başka anlatımla; sağlığı geliştirme, insanları kendi sağlık belirleyicileri üzerinde kontrol sağlayarak, sağlıklarını iyileştirmeleri ve böylelikle etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilmeleri için güçlendirme sürecidir. Bu süreç üç aşama olarak görülebilir: İlk olarak arka plan tanınır (belirleyiciler), ikinci olarak bir amaç saptanır (etkin, üretken bir yaşam sürdürmek); belirleyiciler amaca ulaşmada insanlar, yerleşim ve güçlendiriciler arasında diyalektik bir ilişki içerisinde ele alınır. Birey, haklarının tümüne saygı duyulan etkin katılımcı bir nesne olarak önemli bir konumdadır (Piyal B, 2007 içinde: Bengt, {n.d.}).

Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonucunda yayınlanan Sağlığı Geliştirme için Ottawa Sözleşmesi (1986) ;

- (a) Sağlığın bir dizi temel ön koşulunu (gıda, barınma, barış, gelir, stabil ekosistem, sürekliliği olan kaynak kullanımı, toplumsal adalet ve hakkaniyet) belirlemiştir.
- (b) Daha geniş tanımlanmış “iyilik hali” ne odaklanarak, sağlığı geliştirmeyi açıkça sağlık bakımı ve sağlıklı yaşam biçimlerinden farklı bir dayanağa oturtmuştur, ve
- (c) Sağlığı geliştirme için beş anahtar strateji belirlemiştir:
 1. Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak,
 2. Destekleyici çevreler yaratmak,
 3. Toplum eylemini güçlendirmek,
 4. Kişisel beceriler geliştirmek,
 5. Sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek.

Stratejilerin ilk üçü açık olarak sağlığın yaratıldığı ve sürdürüldüğü çevrelere ve yaşam biçimlerine ilişkin etkinliklere odaklanmaktadır. Ottawa Sözleşmesi daha sonraları sağlığı geliştirme uygulamalarının dünya ölçeğinde yaygınlaşmasını güçlendirmiştir (Poland, B.D., Green, L.,W., Rootman, 2000).

Sağlığı geliştirmeye yönelik sürekli ve tazelenen ilgi, konuya güç katan farklı ögelerin birlikteliğinin sonucudur. Bunlar;

- Pozitif sağlığa ve artmış yaşam kalitesine yönelik büyüyen vurgu,
- Sağlığın holistik yapısının -ki bu toplumsal, akılsal ve tinseldir- anlaşılması,
- Bireylerin ve toplumların kendi yaşamlarını kontrol etmeyi denemeye yönelik istekleri (bir bakıma sağlık bakımı ve sağlık politikasında “tüketici” kavramının doğması ile eşzamanlı),
- Yukardan-aşağı önceliklerin tersine, öncülerini doğuran toplum kalkınması ve iletişim hareketleri,
- Gücün “uzmanlar” dan bireylere ve toplumlara kaydırılmasını isteyen kendi-kendine bakım hareketleri ve kadın hareketleri,
- Geleneksel “öğretici” eğitim stratejilerinin kısıtlı etkililiği,
- Sağlık sorunlarının çoğunun bireysel yaşam biçimleriyle ilişkili olduğunun anlaşılması -ki bu yaşam biçimleri bir vakumda oluşmaz, güçlü sosyoekonomik ve kültürel belirleyicileri vardır-,
- Sağlık bakımına yönelik artan yatırımların -sağlık statüsündeki gelişmelerle ölçülen- azalan marginal dönüşleri olması gerçeği,
- Ekonomik ve çevresel koşulların, toplumsal programlar ve yüksek teknoloji tıbbi bakım üzerindeki baskısı (Poland, B.D., Green, L.,W., Rootman, 2000).

Son olarak, epidemiyolojik araştırmalar sağlığın bireysel genetik ve davranışsal alanları arasında kalan daha geniş belirleyicilerinin güçlü etkilerini belgelemiştir. Sağlık üzerindeki bu etkiler sosyoekonomik koşullar, kültür, eğitim, eşitlik ve ulaşılabilirlik konuları, ulusal refah, toplumsal destek ve diğer yapısal ve sistematik etmenlerdir (Poland, B.D., Green, L.,W., Rootman, 2000).

Sağlığı geliştirme yaklaşımında ayırıcı olan sağlıklı yaşamların ‘kolaylaştırılması’ na verdiği önemdir: toplumsal, ekonomik ve ekolojik çevrelerini değiştirmeden, insanlara yalnızca yaşam biçimlerini değiştirmelerini söylemenin iyi olmadığı düşüncesidir. İnsanların sağlıklı yaşamlar yaşayabilmesi gerekir. Sağlığı geliştirme yalnızca bireyler düzeyinde çalışmayı değil, fakat aynı zamanda sosyoekonomik yapılar düzeyinde çalışmayı ve ulaşım, çevre, tarım ve diğerleriyle ilişkili sağlıklı kamu politikalarının (eylem planları) yaratılmasını ve uygulanmasını güçlendirmeyi amaçlar ((Bunton, R., Nettleton, S., Burrows, R., 1995).

Sağlığı geliştirmenin bu engin ve karışık soyağacı “yeni halk sağlığı” nın daha yeni elementlerle görünmesine yol açtı. Bu yeni daha geniş perspektife göre halk sağlığı konuları sağlığı koruma (protection) ile önleme (prevention) arasında (a) sağlığın geniş toplumsal,

politik, ve ekonomik belirleyicilerinin olumsuz etkilerini azaltmak; (b) sağlığın fiziksel olduğu kadar, onunla birlikte akılsal, toplumsal ve tinsel alanlarına da önem vermek; (c) sağlığın gücünü, değerini artırmak; (d) gücü ve denetimi bireysel ve toplumsal sağlık konuları arasında yeniden dağıtmak; (e) kaynakları sorunlar ortaya çıkmadan önleme yaklaşımına kaydırmak; (f) sağlığı bireyler ve çevreleri arasındaki etkileşimlerin dinamik bir ürünü olarak değerlendiren ekolojik bir sağlık yaklaşımını benimsemek; (g) toplum kalkınması ve katılımını sağlığın sürdürülmesi ve daha da iyileştirilmesinde etkili bir strateji olarak benimsemek olarak sayılmaktadır (Poland, B.D., Green, L.,W., Rootman, 2000).

Adelaide Sağlığı Geliştirme Konferansı (1988) Adelaide Konferansı, sağlığın bir insan hakkı ve sosyal sorumluluk olduğu gerçeğinden yola çıkarak hükümetlerin ekonomik, sosyal ve sağlık politikaları geliştirmesi gerektiğini vurgulamıştır. Konferansta sağlıklı toplum politikaları geliştirmede dört öncelikli alan belirlenmiştir: 1. Kadının sağlığının geliştirilmesi 2. Gıda ve beslenme (herkes için yeterli ve uygun sağlıklı gıda) 3. Tütün ve alkol 4. Destekleyici çevrelerin sağlanması (Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007).

Milano Bildirgesi (5-6 Nisan 1990) 5-6 Nisan 1990'da Milano'da yapılan toplantıda sağlığı geliştirme için yapılması gerekenler bir kez daha vurgulanmıştır. Bu toplantı sonucunda çıkan bildirmede aşığıdaki stratejiler ve bunları gerçekleştirmek için yapılması gerekenler sıralanmıştır (Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007 içinde: The Milan Declaration on Healthy Cities):



Kaynak: Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007

Şekil 1. Stratejiler ve Yapılması Gerekenler

Sundsvall Sağlığı Geliştirme Konferansı (1991): Konferans, sağlık ve fizik çevre arasındaki ilişkiye açıklık getirilmesini sağlamıştır. Buna göre çevre sadece kişileri çevreleyen yapılardan oluşmamaktadır, sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal, politik ve ideolojik boyutları da bulunmaktadır. Sağlığı geliştirme çalışmalarının sağlığın belirleyicileriyle olan ilişkisi nedeniyle daha iyi sağlık için özellikle altı alanın üzerinde önemle durulmalıdır. Bunlar:

1. Eğitim
2. Gıda ve beslenme

3. Konut ve yakın çevre
4. İş
5. Ulaşım
6. Sosyal destek ve bakımdır (Temel F., Özvarış, Ş. B., 2007).

Dördüncü Sağlık Geliştirme Konferansı (1997): 21.Yüzyılda Sağlık Geliştirmeyi Sürdürme Toplantısı olarak tanımlandı. “Yeni Bir Alan için Yeni Oyuncular” teması ile yapılan konferansın ardından yayınlanan **Jakarta Bildirgesi**’nde yoksulluğun sağlık için en büyük tehdit olduğu vurgulandı. Kentleşmenin, yaşlı insanların sayısındaki artışın ve kronik hastalıkların artan prevalansının tüm ülkelerde yeni sorunlar yarattığı belirtildi (Milestones in Health Promotion).

Altıncı Sağlık Geliştirme Konferansı Bangkok’ta (2005) toplandı. Sağlık etkileyen kritik etmenler arasında;

- § Ülkelerde ve ülkeler arasında artan eşitsizlikler
- § Yeni tüketim ve iletişim örüntüleri
- § Ticarileşme
- § Küresel ve çevresel değişim
- Kentleşme’nin altı çizildi (Milestones in Health Promotion).

Küresel Sağlık Geliştirme Konferanslarının sonuncusu (**Yedinci Küresel Sağlık Geliştirme Konferansı**) 2009 yılında **Nairobi**’de yapılmıştır. Konferansta,

- Toplumun güçlendirilmesi,
- Sağlık okur-yazarlığı ve sağlık geliştirme,
- Sağlık geliştiren sağlık sistemleri,
- Sağlıkta hakkaniyet için harekete geçme,
- Sağlık geliştirme için kapasite oluşturma konularına vurgu yapılmıştır (Milestones in Health Promotion).

Günümüzde de Alma-Ata’nın ve Ottawa’nın saptamaları farklı biçimlerde dile getirilmektedir. DSÖ’nün “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu” sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi için insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamlarda gündelik yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Komisyon gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımının üstesinden gelinmesi konusuna dikkat çekmektedir. Küresel, ulusal ve yerel ölçekte bu koşulların gündelik yaşam açısından yapısal yönlendiricileri ile baş edilmesini önermektedir (Closing the gap in a generation, 2008). Marmot’ya göre; sağlık durumu yalnızca sağlık eylem alanında sorumluluğu olanların değil, her sektörün politika yapıcılarının ilgi alanında olmalıdır (Marmot, M, 2005).

Zengin ülkelerde düşük sosyoekonomik durum, kötü eğitim; güzel şeylerden yoksun olmak, işsizlik ve iş güvencesizliği, kötü çalışma koşulları, güvenliksiz ortamlarda yaşama ve bunların aile yaşamına yansımaları anlamına gelir. Düşük gelirli ülkelerdeki sosyal olarak dezavantajlı gruplarda, bütün olumsuzluklara ciddi materyal yoksunluğu yükü ve doğal afetlere karşı savunmasız olmak eklenir. Yüksek gelirli ülkelerde yaşayan en kötü sağlık durumundaki grupların sağlığı, daha düşük gelirli bazı ülkelerdeki ortalama sağlık durumundan dramatik biçimde daha kötüdür (Çizelge.1) (Closing the gap in a generation, 2008).

Çizelge.1 Erkeklerde yaşam umudu, ülkeler arası ve ülke içi eşitsizlikler, seçilmiş ülkeler (Closing the gap in a generation, 2008)

Yer	Doğumda yaşam umudu
Birleşik Krallık, Scotland, Glasgow (Calton) ^b	54
Hindistan ^a	62
Birleşik Devletler, Washington DC (black) ^c	63

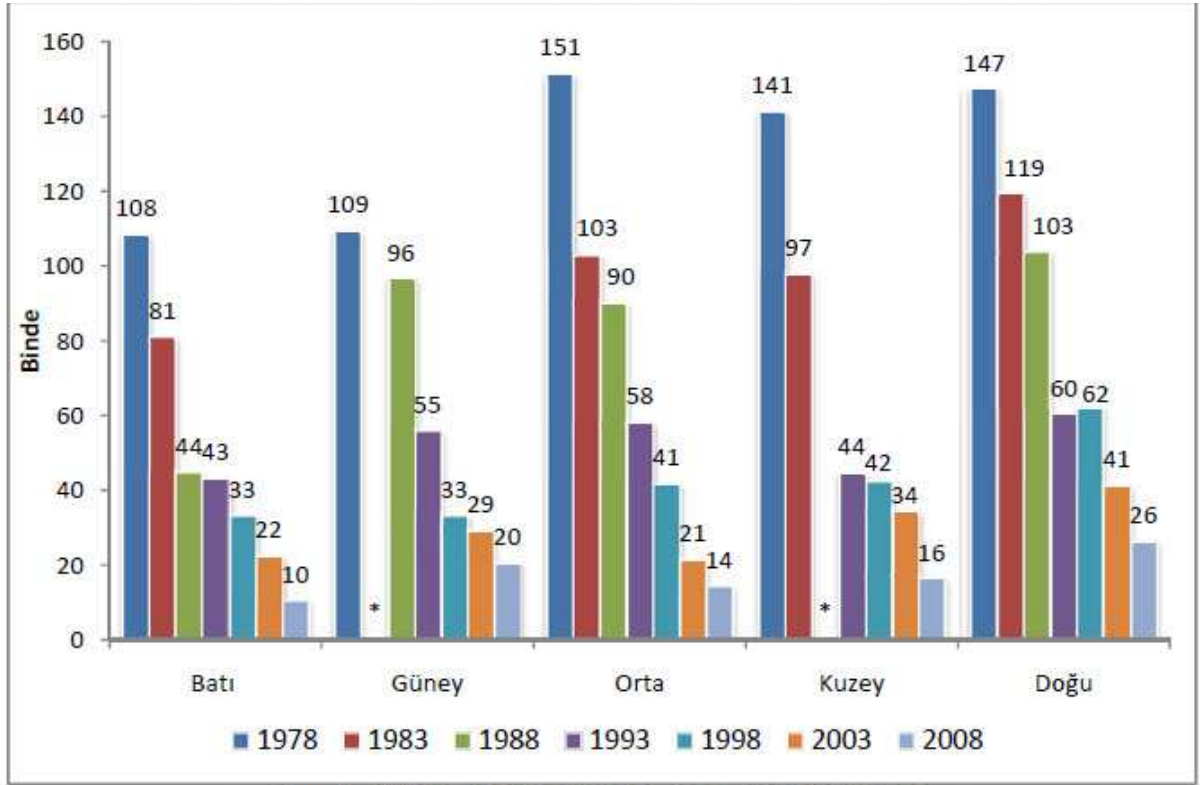
Filipinler ^a	64
Litvanya ^a	65
Polonya ^a	71
Meksika ^a	72
Birleşik Devletler ^a	75
Küba ^a	75
Birleşik Krallık ^a	77
Japonya ^a	79
İzlanda ^a	79
Birleşik Devletler, Montgomery County(white) ^c	80
Birleşik Krallık, Scotland, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

a) Ülke verisi: Dünya Sağlık İstatistiklerinden 2005 verisi (DSÖ, 2007c).

b) Birleştirilmiş veri 1998-2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).

c) Birleştirilmiş veri 1997-2001 (Murray et al., 2006).

Ülkemizde de bebek ölümlerinin düzeyi açısından önemli bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Şekil 31'de görüldüğü gibi, bebek ölüm hızı son otuz yılda tüm bölgelerde hızlı bir şekilde azalmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, Batı Anadolu Bölgesi, Orta Anadolu Bölgesi ve Kuzey Anadolu Bölgesi'ndeki bebek ölüm hızları Türkiye ortalamasının altında; Güney Anadolu Bölgesi ve özellikle Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki bebek ölüm hızları ise Türkiye ortalamasının üzerindedir. Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki bebek ölüm hızında 2003-2008 döneminde yüzde 63'lük bir azalma gerçekleşmiş olmasına karşın, bu bölgedeki bebek ölüm hızı halen Türkiye ortalamasından 1,5 kat; Batı Anadolu Bölgesi ortalamasından ise 2,6 kat daha yüksektir (Şekil 31) (Türkiye'nin Demografik Dönüşümü).



Kaynak: HÜNEE, 1980, 1987, 1989, 1994, 1999, 2004, 2009

*Gözlem sayıları düşük olduğu için hesaplanamamıştır.

Kaynak: Türkiye'nin Demografik Dönüşümü.

Şekil 2. Bölgelere göre bebek ölüm hızlarındaki değişimler, 1978-2008

Ottawa'dan ve hatta Alma Ata'dan çok önce, sağlığın temel kaynakları ve sağlık eşitsizlikleriyle başa çıkma yolları konusunda, uluslararası ölçekte bilimsel görüş birliği sağlanmıştır. Oysa sağlık alanında belirleyici olan ana kuruluşlar, sorunların temel nedenleri konusunda, hem dönemler özelinde, hem de her dönem değişikliğinde farklı paradigmlar ileri sürmektedir. Halk sağlığı alanında çalışanların konuya doğru temelde yaklaşması çözüme katkıda bulunacak ve doğru çözümler üretilmesini etkileyecektir.

Kaynaklar:

Poland, B.D., Green, L.W., Rootman, I.: Settings for Health Promotion, Linking Theory and Practice. Sage Publications 2000.

Bunton, R., Nettleton, S., Burrows, R.: The Sociology of Health Promotion, Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk. Routledge 1995.

Baric, L. : Health Promotion and Health Education in Practice, Module 2, The Organizational Model. Barns Publications 1994.

Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T.: Temel Epidemiyoloji, Dünya Sağlık Örgütü Cenevre 1993, Çeviren: Prof. Dr. Nazan Bilgel,, Nobel & Güneş Tıp Kitapevi, Bursa 1997.

DSÖ. Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi Kopenhag, Meteksan Ankara.

Eren N., Öztekin Z., Sağlık Yönetimi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları Editörler: Güler Ç, Akın L. 2006 Herkese Sağlık – Türkiye’ nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Aralık 2001.

Marmot, M: Social determinants of health inequalities, Lancet 2005; 365:1099-104

Piyal B.: Halk Sağlığına Giriş. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı Halk Sağlığı Dersi Kitabı, 2011.

Piyal B.: Düünden Bugüne Sağlık Algısı, 9. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. 1-2 Nisan 2010, Fethiye.

Piyal B.: Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Kavramsal ve Kuramsal Yaklaşım. Uluslararası Katılımlı “I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi” Özet Kitabı, s. 26-27. 09-12 Kasım 2006 Marmaris-Muğla.

Milestones in Health Promotion, Statements From Global Conferences, WHO.

[Erişim 01.03.2010: www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf)

www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HPR/ottawa_charter.pdf Erişim tarihi: 10.08.2010

www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion.-1986 Erişim tarihi: 10.08.2010

WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Geneva, 2008

WHO. The European Health Report 2002, Europe.

The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization.

www.un.org.tr/who/haberler.htm

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf

Temel F., Özvarış, Ş.B: Sağlığı Geliştirme Halk Sağlığında Özel Konular No: 4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Ekim-2007.

Destekleyici Çevre Oluşturma Müdahaleleri

Amaç:

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi müdahaleleri içinde yer alan destekleyici çevre oluşturmanın anlamını ve önemini kavramaları amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Destekleyici çevrenin tanımını yapabilmeli
- Sağlığın geliştirilmesindeki farklı müdahale alanlarında destekleyici çevre kriterlerini sıralayabilmeli
- Destekleyici çevre ortamı sağlayabilmek için ne tür müdahaleler yapılması gerektiğini tartışabilmelidirler.

Destekleyici Çevre

Sağlığın geliştirilmesi kavramının ortaya çıkmasında Ottawa Şartı'nın önemli bir yeri vardır. Ottawa Şartında "*Sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirme kapasitesine sahip olma süreci*" olarak tanımlanmaktadır. Tam olarak fiziksel, mental ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli ve tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, fiziksel kapasiteyi olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da gündeme getiren bir yaklaşım olduğu için sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam tarzının kabulü ve uygulamasına ilişkin bir süreçtir .

Sağlığın geliştirilmesinde temel yaklaşımlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Yaşam boyu korunma etkilidir, sağlığa ve gelişmeye yapılan bir yatırım olarak değerlendirilmelidir.
- Toplum sağlığını destekleyen çevre oluşturulmalı; bu sırada kolay ve sağlıklı seçimler yapılmalıdır.
- Sağlık ve tıbbi hizmetler amacına uymalı, halen toplumda halk sağlığı açısından önemli olan hastalıklar kapsamalı ve sağlığın geliştirilmesi için fırsatlar yaratılmalıdır.
- Kişiler kendi sağlıklarını geliştirmek için desteklenmeli, sağlık hizmetleri ile iletişim kurulmalı ve hastalıklarının yönetiminde aktif olmalıdırlar.
- Sağlığın geliştirilmesine, hastalık önlenmesi ve sağlık hizmetleri sağlıkta eşitliğin merkezinde yer almalıdırlar.
- Hükümetler her düzeyde halk sağlığı politikaları geliştirmek için sorumludurlar ve eylemlerin ülkenin her yerinde yürütüldüğünden emin olmalıdırlar.

Görüldüğü gibi sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı içinde destekleyici çevrenin önemi büyüktür. Kişilerin sağlıklı davranışları geliştirebilmeleri için olumlu ortam koşullarının sağlanması önemlidir.

Kişilerin sağlıklı olabilmeleri için sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri ve uygulayabilmeleri gerekmektedir. Yaşam tarzının içinde yer alan temel davranışlar şu şekilde sıralanabilir:

- sağlıklı ve dengeli beslenme
- fizik egzersiz yapma
- yeterli dinlenme

- güvenli cinsellik davranışları
- sigara, alkol ve madde kullanmama
- yaralanmaya neden olabilecek riskli davranışları benimsememe
- yaşam becerilerine sahip olma
- güneş ışınlarından korunma

Kişinin sağlıklı olabilmesi için kazanması gereken davranışlarda yaşanan çevrenin önemi son derece önemlidir.

Çevre ile ilgili bir diğer bulgu ise toplumdaki sağlık sorunlarının nedenleri arasında çevrenin önemi büyüktür. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesinde ölümlerin yaklaşık %20'sinde ölümlerin temel nedenlerinden biri "çevre" olarak tanımlanmaktadır. Kronik ve akut hastalıkların yanı sıra yaralanmalar da çevre nedeniyle ölümler arasında sayılmaktadır.

"Destekleyici çevre", toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı davranışlar edinebilmelerinin yanı sıra toplum sağlığını tehdit eden etmenlerin de risk faktörü olarak yer alması olarak tanımlanabilir.

Destekleyici çevre müdahale alanlarının tanımlanması

Toplumsal sağlık sorunlarına müdahale ederken halk sağlığı bakış açısında önce sorunların tanımlanması, önceliklerin belirlenmesi, müdahalenin amaç ve hedeflerinin tanımlanması, stratejilerin ve eylem planının hazırlanması gerekmektedir. Bu da müdahale alanına göre "destekleyici çevre" oluşturma alanlarının farklı olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hedeflenen eylemlere yönelik müdahale alanlarının tanımı farklı olarak planlanmalıdır.

Örneğin son yıllarda çok öncelikli bir müdahale alanı olan "fizik egzersiz ve sağlıklı beslenme" ye yönelik destekleyici çevre ve kişi davranışlarına yönelik pek çok müdahale oluşturulmaya çalışılmaktadır. Müdahale alanları şu şekilde sıralanmaktadır:

- politika ve çevre
- medya
- okul ortamları
- iş ortamları
- toplum
- birinci basamak sağlık hizmetleri
- yaşlılar
- dini ortamlar

Sağlığın geliştirilmesinde çevre müdahalelerinin politika belirleme şeklinde başlaması ve temel çevre müdahalelerini içermesi gerekmektedir. Bu müdahalelerin temel kriterleri şu şekilde sıralanabilir:

- Ulusal gıda ve tarım politikası sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önemli müdahalelerin başında gelmektedir. Devletlerin sağlıklı beslenme konusundaki yaklaşımları destekleyecek politikaları benimsemesi gerekir.
- Fizik egzersiz programları için çok sektörlü yaklaşımlara gereksinim vardır.
- Ulusal ve yerel yönetimler yürüme, bisiklete binme ve fizik egzersizin diğer türlerini destekleyecek politikaları oluşturmalı ve destek sağlamalıdır. Bu sırada bisiklet ya da motorsuz trafik araçları için de güvenli trafik politikalarını geliştirmelidir. Spor ve diğer eğlence etkinlik yerlerinin de desteklenmesi gerekmektedir.

Yapılan müdahaleler arasında çok başarılı bulunanlar:

- Hükümetin sağlıklı beslenme için üretim politikalarını kabul etmesi ve uygulaması
- Çevrede fizik aktivite yapacak ortamların oluşturulması, fizik aktivite için bariyer oluşturan politikaların azaltılması, eğlence etkinlikleri ortam oluşturma ve ulaşım politikası geliştirme
- Asansör yerine merdiven kullanma yaklaşımı

Kısmen başarılı bulunanlar:

- Bakkal gibi satış noktalarında düzenlemeler, otomatik yiyecek ve içecek makinalarının kaldırılması, lokanta ve kafeteryalarda sağlıklı yemek seçeneklerin artırılması
- Yürüme, bisiklet ve diğer etkinliklere ilişkin çok sektörlü müdahaleler

Örnek:

Ciclovia, çevrenin geliştirilmesi ve sağlıklı toplumlar için çok sektörlü yaklaşımı olan önemli bir çevre müdahalesidir. Kolombiya'da Bogota 1995 yılında motorsuz trafik araçları için ayrı yol yapmaya ve ulaşım sistemini geliştirmeye yönelik bir kentsel fizik ortam değişikliği başlatmıştır. Yerleşim yerinde 16 hatta toplam 260 kilometreden oluşan bisiklet yolları inşa edilmiştir. Ayrıca, Pazar günleri 120 kilometre yol trafiğe kapatılmıştır. Sonuçlar göstermektedir ki, bu dönem içinde kadınlar yedi kat daha fazla aktif hale gelmişlerdir. Diğer taraftan bisiklet yolları ulaşımında farklılığa yol açmıştır: kendi arabaları ile yolculuk yapma %17'den %12'ye düşmüştür.

Bir başka müdahale alanı ise okullardır. Çocuk ve ergenlerde sağlıksız beslenme, yetersiz fizik aktivite ve enerji arasındaki dengesizlik zayıflık ve obezite açısından önem taşımaktadır. Okul politika ve programları sağlıklı beslenme ve fizik egzersizi desteklemelidir. Okullar, tüm ülkelerde çocukların yaşamını etkisi olan en önemli kurumlardır.

Yapılan müdahaleler arasında çok başarılı bulunanlar:

- Okul tabanlı müdahalelerde en başarılı bulunanlar arasında beslenme ve fizik egzersizi kapsamlı bir şekilde beraber olmasına odaklanılmıştır.
- Müfredatta yer alan sağlıklı beslenme ve fizik egzersizin eğitilmiş öğretmenler tarafından öğretilmesi
- Fizik egzersizi destekleyici okul aktivite programları
- Aile/ebeveyn etkisi
- Okulda beslenme hizmetlerinde sağlıklı yemek seçeneklerinin oluşturulması: kafeteryalar ve otomatik makineler

Kısmen başarılı bulunanlar:

- Sedanter yaşamı azaltmaya yönelik etkinlikler ve fiziksel aktiviteye katılmayı artırmaya yönelik gibi odaklanmış bakış açısının müfredatın destekleyici çevreye eklenmesi
- Okul ve kültürel yapının gereksinimlerini karşılayacak şekilde değerlendirmenin yapılması

Örnek:

CATCH, ABD de 3-5 sınıflar arasında olan üç yıllık bir programdır. Üç yıllık müdahale 8-11 yaş grubundaki yerli halka yöneliktir, Crete’de ise 1-6. sınıfta bulunan çocuklara yönelik ise “vücudunu tanı” programı yürütülmektedir. Bu programlar kapsamlı, çok etkenli, okul tabanlı ve diyet ve fizik egzersize yönelik müdahaleler içermektedir. Programlar müfredattan eğitilmiş öğretmenler tarafından verilmesi, fizik aktivite ve okul kantininde sağlıklı besinlerin olmasını içermektedir. Ayrıca kuvvetli bir aile ayağı vardır. Öğretmenlerin müdahalede yer alması sürdürülebilirliği sağlarken maliyeti düşürmektedir. Bu programlar bilgi ve yiyecek seçiminde önemli başarı sağlamıştır. Vücudunu tanı programında besinlerde alınan (doymuş) yağ miktarında azalma ve kendi bildirdiği fizik egzersiz yapma sıklığında beş defa artış olmuştur. Bu tür programların iyi yerleştirilmesi etkililiği artıracağı gibi uzun vadeli olumlu sonuçları da olacaktır.

Kişilerin en uzun süreli kaldıkları yerlerden biri ise “işyerleri”dir. İşyerlerine ilişkin müdahaleler de önem kazanmaktadır. Tüm ulusal ve yerel yönetimlerin işyerlerinde fizik egzersizi destekleyen politika ve uygulamalara destek vermesi gerekmektedir.

Yapılan müdahaleler arasında çok başarılı bulunanlar:

- Diyet ve fizik egzersizi destekleyen farklı müdahaleleri içeren programlar başarılı olmaktadır.
 - § İşyerlerinde kafeterya ya da otomatik makinelerde sağlıklı besin bulundurma
 - § İşyerinde asansör yerine merdiven kullanmayı öneren işaretler
 - § Çalışanların program geliştirme ve yerleştirilmesi sırasında katılımı sağlama
 - § Ailelerin kendi kendine öğrenme programlarına, mektuplara ve festivallere katılımının sağlanması
 - § Kişisel davranış geliştirme stratejisi ve kendini izleme programlarının sunulması

Örnek:

Treatwell sağlıklı beslenmeyi destekleyen çok farklı müdahale alanları olan beş günlük bir programdır. Bu program beş günlük ulusal medya kampanyası, kanser bilgi hizmet telefon hattı ve bir saatlik diyet sunumundan oluşmaktadır. İlk olarak işyeri ile sınırlandırılmış, daha sonra işyeri-ailede de uygulanmıştır. İşyerinde çalışanlar planlama katılmışlar, kişisel davranış değişikliği hedeflenmiş ve çevrede değişiklikler yapılmıştır. Aileler kendi kendine öğrenme, mektup ve festivale katılmışlardır. Ailenin katıldığı müdahalede meyve tüketme sıklığında %19 artma olurken iş yerinde yalnız başına olanlarda %7lik artış olmuştur.

Sağlıklı beslenme ve fizik egzersiz müdahalelerinde başarılı olan çevre müdahaleleri şu şekilde özetlenebilir:

- Politikanın belirlenmesi
- Fizik ortam içinde sağlıklı besine ulaşma fırsatlarının artırılması
- Fizik egzersiz olanaklarının oluşturulması ve ulaşılabilmesi
- Sağlıklı beslenme ve fizik egzersiz konusunda görünebilir uyarı mesajları

Çevreye yönelik müdahalelerde ulusal yönetimler olduğu kadar yerel yönetimlere de önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle topluma ulaşmada hedef gruplara ulaşmada farklı sektörlerin rolleri ön plana çıkabilmektedir. Okuldaki çocuklar için eğitim yapan sektör ön plana çıkarken kentsel yaşamda belediyeler ön plana çıkmaktadır.

Örneğin, Avrupa Bölgesinde belediyelere yönelik çevre müdahalelerine ilişkin sorumluluk alanları şu şekilde sıralanmaktadır.

- Sigara, alkol gibi ürünlerin reklamlarının yapılmaması konusunda destek olma, özellikle gençlerin eğitim ve spor etkinliklerine katılmalarını sağlamak.
- Toplumda sigara içmeyen kişilerin sigara dumanından pasif olarak etkilenmemelerini sağlamak.
- Gençlere sigara ve alkol satılmamasını sağlamak.
- Halk sağlığı kurallarının uygulanmasını sağlamak
- Sağlığın geliştirilmesini insan hakları yaklaşımı ile değerlendirerek hizmet sunmak.
- Besin, tütün, alkol ve ilaçlar gibi ürünler konusunda tüketiciyi bilgilendirmek ve kalite kontrolü yapmak,
- Besinlerin tüketicinin bilgilenebilmesine yönelik olarak etiketlenmiş olmasını sağlamak
- Besin sanayisinde şeker, tuz ve yağ kullanım oranlarının azaltılmasını sağlamak.
- Kentsel çevreyi geliştirmek, toplumun yürüme, bisiklete binme gibi fizik aktivite yapmasını sağlayan bir ortam oluşturmak.
- Hava kirliliğini azaltan önlemleri geliştirmek.
- Topluma sağlıklı, taze ve ucuz meyve ve sebze ulaşmasını sağlamak
- Fizik aktivite yapılabilmesi için uygun çevre koşulları oluşturmak.
- Okul ve işyerlerinde eğlence ve vakit geçirme amaçlı yemek ile ilgili ek etkinliklerin yerine fizik egzersiz gibi olumlu etkinliklerin yerleştirilmesini sağlamak
- Sigara yerine başka ürünlerin kullanılmasını sağlamak
- Gıda tüketimini azaltmaya ilişkin yaklaşımlar geliştirmek.

Sonuç olarak;

Günlük yaşamda sağlıklı olunması sağlamalıdır. Yaşam, çalışma ve eğlence tarzını geliştirmenin sağlık üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Çalışma ve eğlenme, insanlar için sağlığın kaynağı şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme, güvenli, uyarıcı, tatmin edici, zevkli yaşam ve iş koşulları ile sağlanmaktadır.

Çalışma, öğrenim, boş zamanların kullanımı ve bulunulan aile ortamı çevrenin değişik boyutlarıdır. Destekleyici çevre ise çevrenin hem fiziksel hem de sosyal boyutlarını içermektedir. Sağlıklı bir sosyal çevrenin oluşturulması kavramı içinde aile, arkadaş, yardım grupları gibi birçok sosyal destek grupları yer almaktadır. Halk sağlığı açısından sosyal çevrenin doğal olarak yapılanmış ve çok kuvvetli olması gerekmektedir.

Kaynaklar:

Ian Lowe. Environmental and Sustainability Approach to Health Promotion. Understanding Health Promotion. (Eds. Keleher H, MacDougall , and Murphy B). Oxford University Press. 2007.

Özvarış ŞB, Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme". Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No. 01/18, Kum Baskı Hizmetleri Sanayi Ticaret Ltd Şti. Ankara, 2001.

SABEM. Ottawa Şartı. http://www.sabem.saglik.gov.tr//forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/1248_14sagligi_gelistirme_ottowa_sarti.pdf, Erişim Tarihi: 12 Ekim 2005.

WHO. WHO Definition of Health, <http://www.who.int/about/definition/en/>, Erişim Tarihi: 23 Ekim 2005.

WHO. Gaining Health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, 2006.

WHO. Interventions on diet and physical activity: what works: summary report.2009, Italy.

Kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık eğitimi

Amaç:

Katılımcıların kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık eğitimindeki yaklaşımları öğrenmeleri amaçlanmıştır.

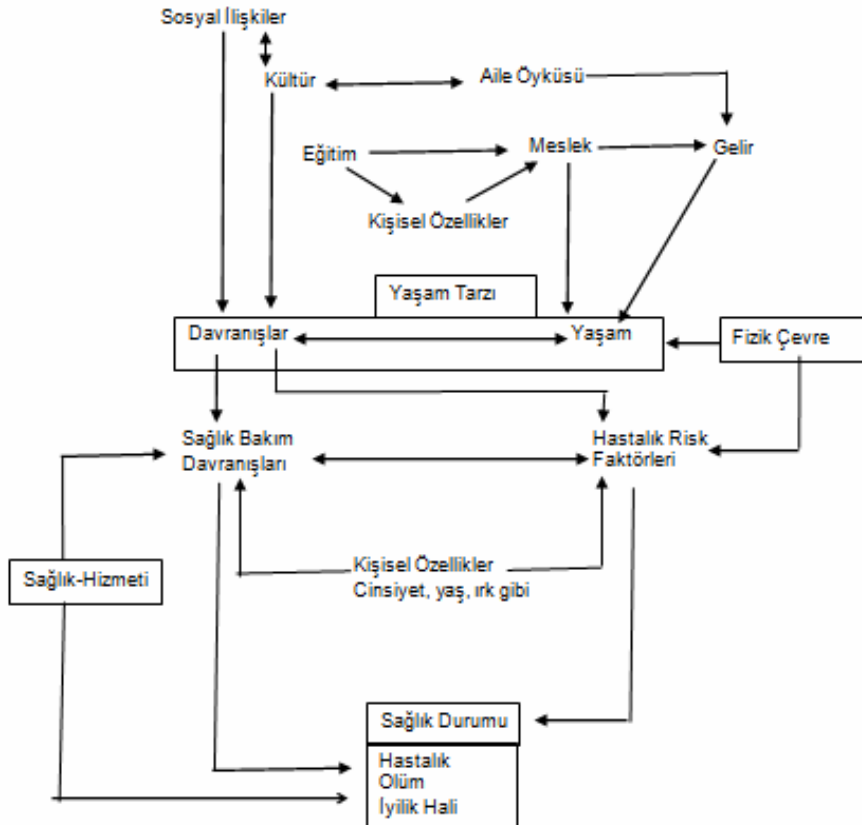
Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Davranışlar ve sağlık arasındaki ilişkiyi tartışabilmeli
- Öğrenme ve sağlık eğitiminin tanımını yapabilmeli
- Sağlık davranışlarının değiştirilmesine yönelik olarak kişi ve kişiler arası düzeyde olan (değişim aşamaları, sağlık inancı ve sosyal öğrenme) yaklaşımları anlatabilmelidirler.

Sağlık ve Davranış İlişkisi

Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik etmenler olduğu gibi kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır. Kişisel özelliklerin belirlenmesinde dahi çevresel etmenlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Bireyin yaşadığı ortamın yanı sıra sosyal çevrenin de kişinin bilgi, tutum ve davranışlarının oluşmasında önemli etkisi bulunmaktadır. (Şekil 1)



Şekil 1. Yaşam Tarzı, Çevre ve Sağlık Durumu Arasındaki Karmaşık İlişki

Kaynak: Lawrence G and Potvin L. Education, Health Promotion, and Social and Lifestyle Determinants of Health and Disease, Oxford Textbook of Public Health (R Deteles, J McEwen, R Beaglehole and H Tanaka, Oxford University Press, USA, 2002

Dünyada sağlık durumunun değerlendirilmesinde gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde en çok ölüme, hastalığa ve de sakatlığa neden olan risk etmenleri şu şekildedir:

Gelişmekte Olan Ülkelerde

1. Zayıflık
2. Güvensiz cinsellik
3. Kirli su, yetersiz sanitasyon ve hijyen
4. Kapalı ortam hava kirliliği
5. Çinko yetersizliği
6. Demir yetersizliği
7. Vitamin A eksikliği
8. Yüksek kan basıncı
9. Tütün kullanımı
10. Yüksek kolesterol

Gelişmiş Ülkelerde

1. Tütün kullanımı
2. Yüksek kan basıncı
3. Alkollü içki içme
4. Yüksek kolesterol
5. Yüksek Beden Kitle İndeksi (Şişmanlık)
6. Az meyve ve sebze yeme
7. Fizik egzersiz yapmama
8. Madde kullanımı
9. Güvensiz cinsellik
10. Demir eksikliği

Yukarıdaki listede görüldüğü gibi gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde davranışsal etmenlerin hastalık ve ölümlerin oluşmasında önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde zayıflık söz konusu iken gelişmiş ülkelerde şişmanlık önemli bir risk etmeni olarak çıkmaktadır. Beslenme davranışlarının diğer yansımaları ise yüksek kolesterol şeklinde hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerde ortaya çıkmaktadır. gelişmekte olan ülkelerde çeşitli vitamin ve mineral eksiklikleri görülürken gelişmiş ülkelerde meyve ve sebzeden fakir diyet ile beslenme de önemli bir risk etmenidir. Diğer taraftan gelişmekte olan ülkelerde yetersiz fizik egzersiz de bir risk etmeni olarak ilk 10 sırada yer almaktadır. Tütün kullanımı, alkollü içkilerin yüksek miktarda içimi ve madde kullanımı gelişmiş ülkelerde önemli risk etmenleri arasındayken gelişmekte olan ülkelerde tütün kullanımını önemli olduğu görülmektedir. Davranışsal bir risk etmeni de “güvensiz cinsellik” dir, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

Sağlığı etkileyen bu davranışların temelinde sosyodemografik, ekonomik ve kültürel etmenlerin yer aldığı görülmektedir. Sosyal, ekonomik ve cinsiyetler arası eşitsizlikler farklı davranışların ve dolayısıyla da farklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gelişmekte ve gelişmiş ülkelerdeki hastalık, sakatlık ve ölüm nedenleri ise şu şekildedir.

Gelişmekte Olan Ülkelerde

1. Zayıflık
2. HIV/AIDS
3. Alt solunum yolu enfeksiyonları
4. Perinatal sorunlar
İshalli hastalıklar
5. Sıtma
6. Ana sağlığı sorunları
7. Depresyon
8. İskemik kalp hastalığı
9. Kızamık
10. Tüberküloz

Gelişmiş Ülkelerde

1. Tütün kullanımı
2. İskemik kalp hastalığı
3. Depresyon
Serebrovasküler hastalıklar
4. Alkol kullanma ile ilgili sorunlar
5. Duyuma kaybı (erişkinde)
6. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
7. Trafik kazaları
8. Trakea/bronş/akciğer kanseri
9. Alzheimer ve diğer demanslar
10. Kendini yaralama

Tüm bu sağlık sorunlarının altında yatan sosyal etmenlerin kişiye yansımaları ile kişi davranışları değişerek hastalıklar oluşmaktadır. Örneğin HIV/AIDS için “güvensiz cinsellik”, tütün kullanımı “kronik obstrüktif akciğer hastalıkları”, “Trakea/bronş/akciğer kanseri” ya da “İskemik kalp hastalığı” na neden olabilmektedir.

Bu nedenle kişilerin davranışlarının sağlıklı olma durumu üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Davranışları değiştirmek için ise bazı etmenlerin etkilerinin nasıl olduğunu bilmek gerekmektedir: Yaş, cinsiyet, meslek, algı, sosyal statü, kültürel örüntü, sosyal etki yapısı ve kişisel hedefler. Ayrıca hizmet veren kişilerin yaklaşımları ve kişilerin bilgileri de davranışın değiştirilmesi üzerinde etkilidir.

Öğrenme ve Sağlık Eğitiminin Tanımı

Öğrenme insanların karşılaştıkları çeşitli durumlardaki etkileşimleri ile gerçekleşir. Öğrenme ile “davranışları” ortaya çıkaran bilgi, beceri, değer ve tutum kazanılır. Öğrenme, bireyin çevresiyle etkileşimde bulunarak geçirdiği yaşantıların ürünü olan kalıcı izli “davranış değişikliği” olarak tanımlanır.

Öğrenmenin üç temel özelliği vardır:

1. Öğrenme sonucunda kesinlikle bir davranış değişikliği oluşur.
2. Öğrenme yaşantı ürünüdür. Ancak öğrenmede oluşan davranışın içgüdüsel ya da refleks olmaması gerekir. Öğrenme bireyseldir.
3. Öğrenme kalıcı izlidir. Oluşan davranış değişikliği süreklidir.

Oluşan davranışlar birbiriyle etkileşim halinde olan ve genellikle beraber kullanılan üç farklı türde tanımlanmaktadır:

1. Bilişsel davranışlar: Kişinin bir görevi yapabilmesi ile ilgili “bilgi” lerin öğrenilmesi ile ortaya çıkar. Örneğin hastalık tanılarının nasıl konulacağı ve tedavisinin bilinmesi gibi.
2. Psiko-motor davranışlar: Kişinin zihin ve bedeninin beraber oluşturduğu davranışlardır, beceri olarak adlandırılır. Örneğin enjeksiyon yapmak, kan basıncı ölçmek.
3. Duyuşsal davranışlar: Tutum ve inanışlar şeklinde yerleşmektedir.

Sağlık eğitimi ise sağlığa yönelik bireysel ya da ortaklaşa davranışa, gönüllü bir şekilde uyumu hazırlamak, olanaklı kılmak ve güçlendirmek için düzenlenen öğrenme deneyimlerinin herhangi bir bileşenidir olarak tanımlanmaktadır. Bir başka ifadeyle ise “kişilerde kendi yaşantıları yoluyla sağlıkla ilgili düşünce, kavram, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısı” olarak tanımlanmaktadır. Burada temel yaklaşım “kişinin kendi iradesi ve isteği ile sağlık uygulamalarını belirlemesi”dir. Bu şekilde sağlığı toplumsal bir değer haline, halkın sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır.

Sağlık eğitiminin uygulaması sırasında toplumun katılımıyla beraber toplumun gereksinimlerine yönelik beraber planlanması, eğitimci ve toplum arasında karşılıklı etkileşimin olması amaca ulaşmayı sağlamaktadır. Bu planlama sırasında hedef grubun sosyodemografik ve kültürel yapısının bilgi, tutum ve davranışlarının temel belirleyicileri olduğu unutulmamalıdır. Sağlık eğitiminin davranış değişikliğinin sağlayabilmesi için uygulama sırasında davranış değişikliğini sağlamaya olanak sağlayan ortam, araç ve gereçler ile desteklenmelidir.

Öğrenme Modelleri

Öğrenme modelleri içinde kişiye yönelik ve kişiler arası sağlık davranışlarının geliştirilmesine ilişkin temel iki yaklaşım vardır.

Kişiye yönelik müdahalelerde kişinin davranışlarına odaklanılır. Kişinin sosyodemografik özellikleri, bilgisi, becerileri, algısı ve isteği davranış değişikliğini etkilediği için çok önemlidir. Kendine güveni, yeterliliği ve başkaları tarafından desteklenmesi kişinin davranış değişikliğinde başarıya ulaşmasını sağlayacaktır.

1. Davranış değişimi aşamaları:

Bu model özellikle tütün ve alkol gibi bazı alışkanlıkları olan kişilerde uygulanmaktadır. Bu modelde davranış değişikliği bir anlık olay olmayıp bir süreç takip edilmektedir.

Modelde davranış değişikliği için hazır olan kişiler farklı aşamalarda olabilirler, sürecin izlenmesi gerekir. Bu modelde beş aşama vardır.

- Öndüşünme (precontemplation)
- Düşünme (contemplation)
- Hazırlık (preparation)
- Eylem (action)
- Sürdürme (maintenance)

Prochaska ve DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilen sistematığe göre (trans theoretical model) tütün ürünü kullanan kişiler, sigara bırakma konusundaki düşünce ve tutumlarına göre 5 evrede değerlendirilmektedir:

- 1. Sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünmeyenler (pre-contemplation phase):** Bu aşamada kişi sigara içiyor olmaktan dolayı herhangi sorun hissetmemektedir, gelecekteki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı da düşünmemektedir. Bu aşamadaki kişilere sigara içmenin sağlık, ekonomik, çevresel vb olumsuz etkileri ile sigarayı bırakması durumunda elde edeceği kazanımlar anlatılmalı ve sigara içmekten vazgeçmesi yönünde desteklenmelidir.
- 2. Sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamış olanlar (contemplation phase):** Bu kişiler sigara içmenin olumsuz sonuçlarını bilmektedir, sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamışlardır ve gelecekteki 6 ay içinde bırakma planları vardır. Ancak henüz sigarayı bırakma konusunda bir tarih tespit etme düşüncesi yoktur, bırakmayı istemekle birlikte, sürekli olarak bırakmayı ertelemek için gerekçe üretirler. Bu kişileri sigarayı bırakma yönünde karar verme bakımından desteklemek gereklidir.
- 3. Sigarayı bırakmaya hazır olanlar veya hazırlanma aşamasında olanlar (preparation phase):** Bu kişilerin sigarayı bırakma konusundaki kararı oldukça kesinleşmiştir, gelecekteki 1 ay içinde sigarayı bırakma yönünde karar vermişlerdir. Ufak destekle bu kişilerin bırakma için gün belirleyerek eylemek geçmesi beklenir.
- 4. Sigarayı bırakma, bırakmayı deneme (action):** Bu kişiler sigarayı bırakmışlardır. Sigarayı bıraktıkları tarihten itibaren henüz 6 ay geçmemiştir, bu nedenle henüz bıraktıkları konusunda kesin olarak emin değildiler. Her an sigara içmeye başlayabilirler, bu nedenle yakından izlenmeli ve sigaraya yönelmeleri engellenmeye çalışılmalıdır. Bu aşamada sigara içmeyi hatırlatacak ortamlardan ve davranışlardan uzak kalmak önemlidir.
- 5. Bırakmışlık durumunu sürdürme (maintenance):** Sigarayı bıraktıktan itibaren 6 ay veya daha uzun bir süre geçmiştir ve kişi sigarasız yaşamı benimsemiştir. Kişi artık sigarayı bıraktığı konusunda güvenlidir. Bununla birlikte nüks olasılığı hep vardır, bu nedenle bu kişilerin de sigara içmeyi çağrıştıracak ortamlardan ve davranışlardan uzak kalmaya özen göstermesi gereklidir.

2. Sağlık İnancı Modeli:

Bu model 1950'li yıllarda psikiyatristler tarafından geliştirilmiştir. Modelde davranış ve sağlık ilişkisinin kavranması amaçlanmaktadır. Bu modelin geliştirilmesi sırasında "kişilerin tüberkülozdan çok korkmaları ve erken tanı ya da koruyucu hizmetlerin kullanımının artması" arasındaki gözlemler kullanılmıştır. Kişilerin sağlığını kaybedeceği korkusu ile davranış değiştirmeleri söz konusudur.

Bu modele göre bireyin sağlıklı bir davranış geliştirmesi "davranışını bir sağlık tehditi olarak algılaması" ve "belirli bir sağlık davranışının bu tehdidi azaltacağına olan inancı" etkileşimi ile ortaya çıkar.

Kişi sağlık algısı “sağlığının değeri”, “hastalık ile ilgili inançları” ve “hastalığın sonuçlarına ilişkin inançları”ndan etkilenir. Kişi belirli bir davranışı kazandığında “hastalık tehditinin azalacağını” düşünüyorsa ve de bu tedbirin “harcadığı gayrete degeceğini” düşünüyorsa eyleme geçmektedir.

Sağlık İnancı Modelinin Sigara Bırakma Davranışına Uyarlanması

Sağlık tehdidinde dair inançlar

- Genel sağlık değerleri (Sağlığımıyla ilgiliyim)
- Hastalanabilirlikle ilgili özgül inançlar (Sigara içicisi olarak akciğer kanseri olabilirim)
- Hastalığın ciddiyeti ile ilgili inançlar (Akciğer kanseri olursam ölebilirim)

Belirli davranışların tehdidi azaltabileceğine dair inançlar

- Belirli özel tedbirlerin riski azaltacağına inanç (Sigarayı bırakırsam, kanser olmam)
- Sağlık tedbirinin yararının bedelinden fazla olduğu inancı (Sigarayı bırakmaz zor olsa bile, kanser olmaktan iyidir)



Şekil 2. Sağlık İnancı Modelinin Sigarayı Bırakma Davranışına Uyarlanması

Kaynak: Taylor SE. Sağlık Psikolojisi.

www.baskent.edu.tr/~okanc/PSK409/PSK409_ders_tasarimi.htm

Kişiler arası öğrenme modeli ise “sosyal öğrenme modeli”dir. Bu modelde kişiler arası etkileşim, sosyal çevre ve deneyimler etkilidir. Fiziksel ve sosyal çevre kişileri etkilenmekte, kişilerde aktif hale geçerek çevrelerini değiştirmektedirler. Bu karşılıklı giden bir süreç halinde seyretmektedir. Burada kişi etrafındaki olaylardan bir öğrenme süreci yaşamaktadır. Örneğin bir erkek çocuğun babasının devamlı annesini dövmesi, ileride onun da eşine şiddet yapmasına neden olabilmektedir. Aynı ortamda yaşama sırasında bu davranış öğrenilmektedir.

Sonuç olarak, kişilerin kendi seçenek ve uygulamalarını gerçekleştirebilme kapasitelerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bilgilendirme, eğitim ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleriyle kişisel ve sosyal gelişim desteklenmelidir. Bu yollarla, insanların kendilerinin ve çevrelerinin sağlığına daha fazla sahip çıkması sağlanmalıdır.

İnsanların, yaşamları boyunca, bütün dönemlere kendini hazırlaması; kronik hastalıklar ve yararlanmalarla baş edebilme yöntemlerini öğrenmeleri sağlanmalıdır. Bu öğrenme süreci, okul, ev, iş ve kurumlar aracılığıyla sağlanmalıdır. Eğitimlerin, profesyonel, ticari ve gönüllü organlar aracılığıyla kurumların içinde yapılması önerilmektedir.

Kişinin sağlık bilgilerini almasını, uygulamasını ve sağlıklı bir yaşam seçmesini sağlaması için güven duygusuna sahip olması önem taşımaktadır. Sağlık eğitimi mutlaka kişisel ve sosyal gelişimi vurgulamalıdır.

Sonuç olarak;

Kişilerin kendi seçenek ve uygulamalarını gerçekleştirebilme kapasitelerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bilgilendirme, eğitim ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleriyle kişisel ve sosyal gelişme desteklenmelidir. Bu yollarla, insanların kendilerinin ve yaşadıkları çevrenin sağlığına daha fazla sahip çıkması sağlanmalıdır. İnsanların, yaşamları boyunca, bütün dönemlere kendini hazırlaması; kronik hastalıklar ve yararlanmalarla baş edebilme yöntemlerini öğrenmeleri sağlanmalıdır. Bu öğrenme süreci, okul, ev, iş ve kurumlar aracılığıyla sağlanmalıdır. Eğitimlerin, profesyonel, ticari ve gönüllü organlar aracılığıyla kurumların içinde yapılması önerilmektedir.

Eğitimin amaçları şu şekilde tanımlanmalıdır:

- Kişinin sağlık bilgilerini almasını, uygulamasını ve sağlıklı bir yaşam seçmesini sağlamak.
- Sağlık eğitimi verilmeli, eğitim içinde mutlaka kişisel ve sosyal gelişim vurgulanmalıdır.
- Yaşam becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim programları açılmalı; toplumun katılımı sağlanmalıdır.
- Çalışanların kişisel yetenekleri artırılmalıdır.

Kaynaklar

Ezzati M et al, Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease” The Lancet 360, 2002(9343):1347-60.

Keheler H. Health Promotion Planning and Social Determinants of Health. Understanding Health Promotion. (Eds. Keleher H, MacDougall , and Murphy B). Oxford University Press. 2007.

Lawrence G and Potvin L. Education, Health Promotion, and Social and Lifestyle Determinants of Health and Disease, Oxford Textbook of Public Health (R Deteles, J McEwen, R Beaglehole and H Tanaka, Oxford University Press, USA, 2002

Murphy EM. Promoting Healthy Behavior. Health Bulletin. No. 2. Population Reference Bureau. 2005

Özcebe H. Belediyelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Roller. I.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Muğla Sağlık Yüksek Okulu. 9-12 Kasım 2006, Marmaris, Muğla.

Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2001, Ankara.

Reynolds KD, Spruijy DS and Unger J. Health Behavior Research and Intervention. Maxy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Health. (Ed: Wallace RB and Kohatsu N). USA, 2007. pp. 941-951.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Tevikisi ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. (WHO *Milestones in health promotion* kitabının çevirisi) 2009.

Temel F ve Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Halk Sağlığında Özel Konular, No: 4. ISBN: 978-975-491-252-4. Ankara, 2007.

Sektörler arası işbirliği

Amaç:

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi müdahalesinde işbirliği yapılması gereken paydaşlar ile iletişim ve beraber çalışma tekniklerini anlamaları amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinde işbirliği yapılacak paydaşları sıralayabilmeli
- İşbirliği yapılan paydaşlar ile iletişimde kullanılacak yöntemleri anlatabilmeli
- Paydaşlar ile beraber çalışma yöntemleri konusunda öneri geliştirebilmelidirler.

Sektörlerarası İşbirliğinin Önemi

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, **fiziksel, ruhsal ve sosyal** yönden tam bir iyilik halidir” diye tanımlamaktadır. Bu tanımdan da görüldüğü gibi sağlık, çok boyutlu, pek çok faktörün bir “sonucu” olan geniş bir kavramdır. Sağlık hizmetleri de çok yönlü, pek çok disiplin ve sektörü ilgilendiren hizmetlerdir. Bu nedenle sağlıklı olmanın gerçekleştirilmesi yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanması olası değildir. Sağlık hizmetlerinin başarısındaki faktörlerden biri de, sağlıkla ilgili hizmetleri veren sağlıklı olmada payı olan bütün sektörlerin planlı ve uyumlu bir şekilde çalışarak, aynı amaca varmak için çaba göstermeleridir.

Sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinde de sağlık alanındaki çalışmalar gibi sektörlerarası işbirliği yapılması gerekmektedir. Sektörler arası işbirliği akla yatkın ve kolay bir konu görünse de uygulamada çok güçlükleri vardır. Yalnızca ülkemizde değil, pek çok ülkede sektörler, kendi içlerine kapanmış ve yalnızca kendi görevlerini yapan kurumlar halinde olabilmektedirler. Böyle bir yapı içinde genel amaç unutulmuş, halka hizmetteki bütünlük amacı kaybolmuştur. Ancak, güç olmasına karşılık sektörler arası işbirliği gerçekleştirilmelidir.

Her sektörün kendi içinde bir örgüt yapısı bulunmaktadır. Bu yapının içinde hizmet sunması gereken hedef gruba ulaşması ve etkinliklerini yapması beklenmektedir. Aynı hedef grup aynı zamanda başka bir sektörün hedef grubunun bir kısmını da oluşturabilir. Örneğin çalışan gençler hem Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı çerçevesinde hizmet hedef grubunda yer alırken Çıraklık Meslek Okulları ile de Milli Eğitim Bakanlığının hedef grubunun bir kısmını oluşturmaktadır. Okul çağındaki çocuklar hem Sağlık Bakanlığının hedef grubunu hem de Milli Eğitim Bakanlığının hedef grubunu oluşturmaktadır. Bu şekilde her hizmet alanı aynı hedef gruba farklı mekanizmalarla ulaşmakta ve hizmet sunumu gerçekleşmektedir.

Hizmet sunum alanlarının ise amaç ve hedefleri birbirlerinden farklı olmaktadır. Hizmet sunumu sırasında da her sektörün karşılaştığı sorunlar olabilmektedir. Bu sorunlar kaynak kısıtlılığı, hedef gruba ulaşma gibi farklı alanlarda olabilmektedir.

Sağlık ile ilgili pek çok hedefe ulaşabilmek için farklı sektörlerde müdahalelerin yapılmasına gerek duyulmaktadır. Bu müdahalelerin başka sektörler tarafından yapılmasının yanı sıra ortak etkinliklerin yapılması da gerekebilmektedir.

Tüm bu nedenlerden dolayı herhangi bir sektörün planladığı aktiviteleri gerçekleştirebilmesi verdiği hizmetin etkinliğini artırabilmesi ve hedeflerine ulaşabilmesi için mevcut kaynak ve olanaklarının yanı sıra diğer sektörlerin insan gücü, araç - gereç, iletişim ve yetki olanaklarını da harekete geçirip kullanabilmesi gereklidir. Bu girişimle daha başarılı

bir sonuç elde edilebilecektir. Ek olarak, daha geniş bir kitleye ulaşmak da programın etkililiğini artıracaktır.

İşbirliği sonucu elde edilen olumlu sonuçlar; yalnız programın hedeflerine ulaşmasını değil, aynı zamanda tarafların işbirliği içinde çalışmanın yararlarına inanmalarını sağlayacak, personeli motive edecek ve işbirliğinin sürdürülmesi ya da gerektiğinde yeniden kurulması için uygun bir zemin hazırlayacaktır.

Sağlıklı Kent - Marikina

Filipinler, Marikina Kenti, Bisiklet dostu kent

Marikina, Filipinlerde 1998 yılında sağlıklı kentler projesinin ilk uygulama yerlerinden biridir. Kent endemik dang ateşine karşı bir müdahale geliştirmiştir.

1. Nehir kenarı hükümet çalışanları ve gönüllüler tarafından temizlenmiştir.
2. Dağınık olan yerleşim yerleri mortgage programı ile yeniden düzenlenmiştir.
3. Kurallar güçlendirilmiş ve markerler temizlenmiştir.
4. Katı atık toplama programı başlatılmıştır, çöp ile ilgili yasa güçlendirilmiştir.
5. Okullarda sağlıklı yaşam eğitimi verilmiştir.
6. Vergi ödemeyi destekleyen teşvikler geliştirilmiştir.
7. Fakir mahalleler için insan kaynağının geliştirilmesi gibi kentsel yapıyı güçlendiren gönüllü projeler yapılmıştır.

Sonuç olarak, bu müdahalelerin birbirleriyle de olan etkileşimi ile dang ateşi hastalığının da belirgin bir şekilde düşmesine neden olmuştur. Ek olarak su ve sanitasyonla da ilgili ilerleme sağlanmıştır.

Marikina pek çok ödül kazanmıştır. Marikina, okul, alışveriş yerleri ve çalışma yerleri kadar insangücü geliştirilmesi, yerel turizm, sağlık hizmetleri ve güvenlik açısından pek çok yerel yönetimin ilgisini çekmektedir.

Kaynak: WHO, 2009, Mainstreaming Health Promotion, draft of technical document in development for the Global conference on health promotion

Sektörlerarası İşbirliğinin Yapısı

Sektörlerarası işbirliğinde en az iki farklı sektörün beraber çalışması gerekmektedir. Her iki sektörün çalışma alanları farklı olup bir tarafın diğer tarafla çalışma talebi bulunmaktadır.

Bu çalışma sırasında aşağıdaki konular önem taşımaktadır:

- İşbirliği teklif eden tarafın amaç ve hedeflerini net olarak belirlemesi gerekmektedir.
- Amaçları ve beklentileri farklı olan kurumların ortak bir hedef için bir araya gelebilmeleri için öncelikle ortak bir vizyon oluşturmaları gerekli olmaktadır. Bu aşama, işbirliğine giren kurumların aynı hedefe odaklanabilmeleri için çok önemlidir. İşbirliği yapacak kurumların ortak vizyona sahip çıkmaları ve rollerin ve her kurumun işbirliği beklentilerinin açık ve net olarak tanımlanmalıdır.
- İşbirliği yapacak olan sektörlerin karşılıklı olarak örgütsel yapılarını tanımlamaları gerekmektedir. Bu sektörlerde çalışan personelin rutin görev ve sorumluluk alanları karşılıklı olarak paylaşılmalıdır. İşbirliği ortaklarının detaylı bir plan çerçevesinde yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi uygulama etkinliğini artırmaktadır. İşbirliği kapsamında her bir sektörün sorumlulukları belirlenmeli ve aktivite planında yerini almalıdır.
- Toplumsal gereksinimlerin ortaya konması ve çözüm önerileri geliştirilmesi için sürecin başında, finansal ve kişisel kaynak ayırmak gelmektedir. Organizasyon, personel hareketliliği ve kişisel nedenlerden kaynaklanan olumsuzluklardan etkilenmeyecek bir yapıda kurulmalıdır
- Belirlenen hedefler ve planlar doğrultusunda işbirliğinin yürütümü için ilkelerin belirlenmelidir. Burada sağlanacak eşgüdüm uygulamanın sorunsuz olması için önemlidir.
- Uygulamanın sağlıklı olarak izlenebilmesi için anahtar ölçütlerin belirlenmesi ve ölçütlerin ortaklarca paylaşımı karşılıklı güvenin artmasına ve gerektiğinde hızlı müdahalelere olanak vermektedir. Ölçütlerin belirlenmesinden sonra işbirliğinin uygulanması süresince performans değerlendirmesinin yapılması ve gereğinde ortaklarının rolleri yeniden tanımlanabilir.
- Başarıyla uygulanan bir projenin kalıcılığını sağlayacak kurumsallaşma çalışmaları yapılmalıdır.

Sektörlerarası işbirliğinde bazı yaklaşımlar beraber yapılan çalışmayı güçlendirecektir:

- İşbirliği istenen sektörün, program aktivitelerini "angarya" olarak değerlendirmesini engelleyici bir yaklaşımda bulunulmalıdır. Bu konuda seçilecek en uygun yol zorlayıcı değil ikna edici yaklaşımdır.
- İşbirliği yapılacak konular ve istenecek yardımların kapsamı ve sınırları kesin hatlarıyla ortaya konmalı ve programa entegre edilmelidir.
- Yürütülen çalışmalarda, karar alma aşamasından sonuçların değerlendirilmesi aşamasına kadar ortak yürütülen her basamakta sorumluluk paylaşılmalıdır.
- Sektörlerarası resmi işbirliği protokollerinin yanı sıra yüz yüze ilişkilerle de çalışmalara katkı ve katılım sağlanmalıdır. Bu tür yaklaşım; özellikle bürokrasinin yarattığı zaman kaybı ve kaynak israfını önleme sinin yanında, değişen koşullarda pratik çözümlerin ortaya çıkmasına da olanak verecektir.
- İşbirliği yapılan program ile sektörlerin rutin hizmetlerinin uzun dönemde çakıştınması amaçlanmalıdır.
- Her bir taraf personelini birbirine yaklaştıran ve birlikte çalışmaya motive eden bir anlayış sergilenmeli ve bu programa yansıtılmalıdır.
- Başka bir dönemde, benzer ya da farklı bir işbirliğinin gündeme gelebileceği, hatta talep eden tarafın diğer sektör olabileceği düşünülerek, bu programın bitiminde ilişkiler kesilmemeli ve canlı tutulmalıdır.

- Sektörlerarası işbirliğinin kaçınılmaz olduğu ve kesinlikle kalıcı bir işbirliğinin oluşturulması gerektiği konularda yasal düzenlemeler yapılması yoluna gidilmelidir.

Sektörlerarası İşbirliği Yapılan Kurum ve Kuruluşların Oluşturulması

Sağlığın geliştirilmesi müdahale alanlarına göre farklı sektörler ile beraber çalışma gereksinimi olabilir. Bu sektörler kamudan, özelden ve sivil toplum kuruluşları şeklinde olabilir.

Sağlığın geliştirilmesi alanındaki müdahale alanı belirlendikten sonra öncelikle müdahalenin hedefleri belirlenmelidir. Müdahale hedefleri belirlenirken hedef grup, müdahalenin süresi ve stratejileri konusunda ön çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

Müdahale yapılacak olan hedef grubun tanımlanması sonrasında bu hedef grup ile ilişkisi olan sektörlerin sıralanmasının yapılması gerekmektedir. Bu sektörlerin örgüt yapısı, personel özelliği ve çalışma yönteminin öğrenilmesi önemlidir.

İşbirliği yapılacak olan sektöre yönelik olarak götürülecek olan teklif müdahale alan ve düzeyine göre farklılık gösterebilir. Bir toplum sağlığı merkezinin okullara ulaşmak istemesi durumunda İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla İl Milli Eğitim Müdürlüğüne ulaşması yeterli iken, sokaklardaki büfelere ulaşmak istediğinde büfelerin üye olduğu odaya doğrudan başvuru da yapılabilir. Ya da herhangi bir iş alanında çalışanlara ulaşmak istendiğinde işletme sahibi, sendika ya da bu alandaki bir sivil toplum kuruluşuna ulaşılabilir.

Yapılacak müdahalenin düzeyi de işbirliği yapılacak kuruluş ya da kurum düzeyini belirlemek için önemlidir. Örneğin okullarda müfredat değişikliği için Bakanlık düzeyinde işbirliğine gereksinim var iken okullarda yapılması istenilen seri konferanslar için İl Milli Eğitim ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün işbirliği yeterli olabilmektedir.

İşbirliği yapılacak olan kurum ile görüşme yapılma aşamasında “yapılacak müdahalenin amacı, hedefleri ve yapılması istenilen etkinlikler” net bir şekilde teklif götürülen tarafa anlatılmalıdır. İşbirliği sırasında sözel anlaşmanın yanı sıra yazılı anlaşma ya da protokol yapılması yöntemleri kullanılabilir.

İşbirliği alanında hazırlanan anlaşma metninde “ortak amaç”, “kaynak kullanımı”, “sorumluluklar”, “çalışma ilkeleri”, “zaman tablosu” ve “izleme ve değerlendirme” aşamalarına ilişkin detaylar yer almalıdır.

Sonuç olarak;

Sağlığın geliştirilmesinde her alanda yapılacak çalışmalarda sektörlerarası işbirliği yapılmasına gereksinim vardır. Bu nedenle yerel düzeyde sektörlerarası işbirliği ağının güçlendirilmesi gerekmektedir. Sektörlerin halkın sağlık ve refah düzeyinin yükseltilmesine ilişkin ortak amacı çerçevesinde kurulacak işbirlikleri ile farklı alanda sunulan hizmetler ortak bir bakış açısı ile sunulmalıdır. Bu şekilde sektörlerarası barış ortamında sosyal kalkınmanın da sağlanması daha da ulaşılabilir olacaktır.

Kaynaklar:

Hoşgeçin K. Sağlık Alanında Sektörlerarası İşbirliği. 2001 Üçüncü Bin Yıla Hazırlanıyoruz. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü. Ankara 1994.

Kahraman N. Sağlık İçin Ortaklıkların Güçlendirilmesi. Kronik Hastalıklar Risk faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Sağlık Bakanlığı. 13-14 Kasım 2008. Ankara.

Menlik İ. Sağlığın Teşvikinde Sağlık Dışı Özel Sektörün Rolü. Kronik Hastalıklar Risk faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Sağlık Bakanlığı. 13-14 Kasım 2008. Ankara.

Mahoney M and Blau G. Health Impact Assesment and Intersectoral Action. Understanding Health Promotion. (Eds. Keleher H, MacDougall , and Murphy B). Oxford University Press. 2007.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Gençlik Danışma ve Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Eğitimi Modülü, Ulusal Danışman Prof.Dr.Hilal Özcebe ve Uluslararası Danışman Anke van Dam, Temmuz 2005, Ankara.

Wright K, Rowitz L, Merkle A, Reid AW, Robinson G, Herzog B, Weber D, Carmichael D, Balderson TR, and Baker E. Competency Development in Public Health Leadership. Am J Public Health. 2000;90:1202–1207.

Wright K, Hann K, McLeroy KR, Steckler A, Matulionis RM, Auld E, Lancaster B, and Weber DL. Health Education Leadership Development: A Conceptual Model and Competency Framework. Health Promot Pract 2003 4: 293-302. DOI: 10.1177/1524839903004003014

Zorlutuna Y. Sağlığın Teşvikinde Özel Sektörün Rolü. Kronik Hastalıklar Risk faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Sağlık Bakanlığı. 13-14 Kasım 2008. Ankara.

Toplumsal eylemleri oluşturma ve güçlendirme

Amaç:

Toplumsal eylemlerin oluşturulmasının önemini anlamaları ve bu müdahalenin nasıl planlanabileceği konusunu öğrenmeleri amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Sağlık davranışlarının değiştirilmesine yönelik olarak toplum düzeyinde olan yöntemleri anlatabilmeli (toplumun mobilizasyonu, kurumsal değişim teorisi ve yeniliklerin yayılması teorisi)
- Medyanın önemi ve müdahaleye nasıl entegre edileceğini tartışabilmeli
- Sosyal pazarlama yöntemini anlatabilmelidirler.

Öncelikle toplum (community) sözcüğünün farklı anlamlarda kullanıldığının vurgulanması gerekir. Aile, işyeri, okul, kurum ve hatta devlet sözcüklerinin mantıklıca belirlenmiş sınırları vardır, “toplum” için böyle bir kesinlik yoktur. Sosyal teoride, bu terim bazen birey ile toplum arasındaki görece geniş aralığa düşen herhangi bir şeyi tanımlamak için kullanılır (Lyon, 1989). Bu tanımsal alan aileleri, arkadaşlık ağlarını, komşuları, politik bölünmeleri (kasaba, kent gibi), çıkar gruplarını ve resmi hükümet ve hükümet dışı kuruluşları kapsar. Daha da ötesinde toplum deneyimi insanların etkileştikleri fiziksel çevre ile ilgili olmaktan çok insanlar arasındaki ilişkilerin örüntüsü ve doğası ile ilgilidir (Lyon, 1989).

Sağlığı Geliştirme Açısından Toplumun Önem Kazanması

Sağlık sektöründe en azından yetmişli yıllarda “toplum” politika ve uygulama açısından önem kazandı. Alma Ata Bildirgesi, bir yerinde sağlık bakımında toplum katılımını “insanların sağlık bakımlarının planlanmasına ve uygulamasına bireysel ve toplu olarak katılma hakkı ve yükümlülüğü vardır” saptaması ile tartışır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1978, p.20). Birinci-dünya ülkelerinin çoğunda hükümetler (örneğin Lalonde, 1974) bu hakları ve yükümlülükleri sağlık bakımının yanında sağlığı biyotıp’tan ayırarak davranışsal risk etmenlerinin morbiditeye ve prematür mortaliteye etkisini de değerlendirerek genişlettiler. Bu raporlar kalp hastalıkları, kanser ve diğer kronik hastalıkların risk etmenlerini azaltmaya yönelik sosyal pazarlama, eğitim, toplumu harekete geçirme ve politika stratejileri de içeren çok sayıda topluma-dayalı müdahaleye yol açtı. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi sağlığın öncelikle konut, ulaşım ve gıda dağılımını kapsayan sağlık-dışı politika alanlarından etkilendiği tartışması ile risk etmenleri zarfını genişletti (DSÖ, 1984). DSÖ, okullar, işyerleri ve hükümetler arasında optimal bir sağlık düzeyi için gerekli olan koşulların yaratılması ya da geliştirilmesi için bir intersektörel toplum kalkınması modeli çağrısı yaptı. Bu yaklaşım 1986’da DSÖ destekleyiciliğinde başlatılan, kapsamlı bir sağlık belirleyicileri temelinde yurttaşların ve yerel yönetimlerin planlama ve eylemleriyle şekillenen Sağlıklı Kentler Projesi için kavramsal temel oluşturdu (Ashton, Grey, & Barnard, 1986).

Ottawa Sözleşmesi’nin (DSÖ, 1986) 1986’da yayınlanması bir sağlığı geliştirme stratejisi olarak toplum kalkınmasının yasallığını daha da öteye götürdü. Ottawa Sözleşmesi, geleneksel halk sağlığı programlarında kullanılan, profesyonellerin girişimlerinden edilgin bir şekilde yararlanma anlamına gelen toplum katılımını reddeder (Terris, 1992). Kamu için, daha iyi sağlığı gerçekleştirmek açısından; sağlık öncelikleri belirlemede, karar oluşturmada, planlama stratejilerinde ve onları uygulamada toplumun tam ve etkili eylemi ile etkin bir işlev çağrısı yapar, “insanlar, sağlıklarını belirleyen bu konularda denetimi ele almadıkça gizli sağlıklarını tam olarak gerçekleştiremezler (DSÖ, 1986, p.1). Ottawa Sözleşmesi, katı tıbbi

ve davranışsal sağlık belirleyicilerinden, psikolojik, sosyal, çevresel ve politik terimlerle tanımlanan sağlık belirleyicilerine doğru bir yol ayrımına işaret eder (Labonte, 1993a; Minkler, 1990). Toplumların denetim ve sahiplenmesi için kendi girişimlerini ve kaderlerini güçlendirme (DSÖ, 1986, p.ii) bu “yeni” sağlığı geliştirme çabalarının merkezinde yer alır ya da Minkler’in (1990 belirttiği gibi, ortak halk sağlığı sorunlarına yönelik olarak toplumlara amaçlar belirlemede, kaynakları harekete geçirmede ve eylem planları geliştirmede destekleme sürecidir.

Sağlığı geliştirme yaklaşımında “toplumları güçlendirme” ye yapılan vurgu (WHO, 1986, p.ii) ve uygulayıcıların devlet yapılanmasında, devlet sağlık kuruluşları içindeki primer yerleşimi uygulamayı temel bir soruya dönüştürür. Sağlığı geliştirme çalışanları tarafından uzlaştırılan hükümet sağlık kuruluşları ve toplum grupları arasındaki ilişkiler, en azından ilgili sağlık konuları açısından toplum grupları için nasıl daha güçlendirici hale getirilebilir? Güçlendirme, örneğin bireylerin, grupların, kurumların güçle ilişkilerinde bir yön değiştirme süreci deneyimi tanımlar (Labonte, 1996). Bu yön değiştirme bazı bakımlardan psikolojiktir ve bir kişinin öz-yeterlilik ve öz-güvenindeki gelişmeleri ve benzerlerini içerir (Wallerstein, 1992). Bazı yönler ise; otoritenin, statünün, gönencin ve bireyler ve gruplar arasındaki etkinin dağılımında daha fazla hakkaniyet gibi; politikalarda, inançlarda ve siyasi yönetişimde daha geniş sosyal değişimleri tanımlar (Labonte, 1993a). Ancak diğer yönler grup dinamiklerine ve gelişmiş iletişim becerilerine, saygı göstermeye, çözümlenmeye ve birlikte hareket etmeye ilişkindir (Wallerstein, 1992). Daha da ötesinde bu güçlendirme süreci hem kendi içinde sağlığı geliştirmedir ve grupların ve kurumların özgün sağlık sorunlarına karşı eyleme geçme yeterliliğini geliştirir (Labonte, 1993a; Wallerstein, 1992). Son olarak, Ottawa Sözleşmesi ile duyurulan savunulması gereken sağlık konularının kapsamı (barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli ekosistem, sosyal adalet, ve hakkaniyet gibi) daha önceki davranışsal terimlerle tanımlanan kısıtlı sağlık sorunlarına yönelik sağlığı geliştirme uygulamalarına meydan okur.

Günümüzde biri daha biyomedikal ve hastalık önleyici yaklaşım, diğeri daha olaybilimsel (fenomenolojik) ve toplumsal eleştirel sosyal-çevresel yaklaşım olmak üzere iki farklı toplum-uyumlu sağlığı geliştirme uygulaması vardır (Labonte, 1993a). Birinci durumda toplum sağlık davranışı modelleri alanı haline gelir. İkinci durumda, toplum daha geniş kamusal ve özel sosyoekonomik politikalara ve uygulamalara yönelen örgütlü çabaların odağı haline gelir. Hatta Sağlıklı Kentler / Sağlıklı Toplumlar projelerini de kapsayan pek çok sağlığı geliştirme programı bu uygulamaların birine ya da her ikisine de uyum gösterme eğilimindedir. Bu farklılıklar Felix, Chavis, ve Florin (1989) tarafından “**topluma-dayalı**” ve “**toplum kalkınması**” olarak özetlenmiştir.

Toplumu Örgütlenme Örnekleri

Toplumu örgütlenme örneklerinden **sosyal planlama** (Rothman & Tropman, 1987); devletle toplum grupları arasındaki ilişkileri kaynak ve hizmet boyutunda tanımlar. Toplum üyelerinin birey olarak katılımını, aşağıdan-yukarı katılımdan çok yukardan-aşağı danışmanlık olarak vurgular. Bu durumda toplum, insanların oluşturdukları kendi grup kimlikleriyle her zaman örtüşmeyebilen geniş demografik terimlerle belirtilir (yoksul, kadın, belli bir etnik-ırksal kökeni olanlar, sigara içenler, fit olmayanlar, gizli yüksek tansiyonlular, hatta bütün “toplum”). Hizmet sektörü terimlerinde toplumlar için genellikle sorunlar (konutsuzluk, sağlık bakımından yoksun olma, gıdasızlık gibi) ya da hastalığa-özgü terimler (kalp sağlığı, kanserin önlenmesi gibi- önceden topluma-dayalı programlama dediğimiz şeyler) kullanılır. Özel bir sorunun tanımlanması yaygın olgu toplamaya ve ağırlıklı olarak niteliksel verilerle yapılan resmi gereksinim değerlendirmesine dayalıdır. Aynı zamanda sosyal planlama modeli pazar ilişkileri sürecine yatkındır, pazar ilişkileri kalıbında olmaya eğilimlidir. Toplumun devlet öncülüğünde davranış değişikliği programlarına katılması, sorumluluk üstlenmesi beklendiği halde sivil toplum tüketen, devletse sunandır. Toplum kalkındırmacılar sosyal pazarlamacılar, halkla ilişkiler görevlileri, ya da teknik uzmanlar gibi işleri tüketici tercihlerini kesinleştirmek ve tüketicinin yatırımının “karşılığını” garantilemek (Warner, 1989) olan farklı pazar çözümleyicileridir. Her şeyin ötesinde süreç profesyonel

olarak ve bürokratik olarak yönlendirilme eğilimindedir (Fawcett ve ark., 1995; Rosenau, 1994), bu süreçte uygulayıcılar hizmet ve eğitim gereksinimlerini karşılamak için topluma hem içsel hem de dışsal kaynakları harekete geçirmede geniş bir özel bilgi ve beceriler çeşitliliği ile teknik asistanlık yapar. Bu beceriler ve bilgi; bağış isteme, program planlaması ve yönetimi, bütçeleme ve muhasebe, dış kaynakların nereden ve nasıl toplanacağı bilgisi ve program değerlendirmesi ve onaylanmasını içerebilir. Toplum teorisyenleri bazen toplum grupları arasındaki yatay ve dikey ilişkilere değinirler (Lyon, 1989); yatay ilişkiler daha çok sürece yönelik, içe dönük ve duygusal bağlara odaklı iken diğeri; daha göreve yönelik, dışa dönük ve dış çevrede yapılması gereken değişikliklere odaklıdır. Sosyal planlama gruplar ve kurumlar arasında dikey ilişkilere vurgu yapar.

Yöresel kalkınma modeli (Rothman & Tropman, 1987), kendi-kendine yardım ve arkadaşlık yardımı gibi idealize ya da romantize edilmiş toplumların uygulamalarını yapılandırır. Örneğin arkadaşlar birbirlerini destekler, yerel iş çevreleri toplum projelerini destekler. Bu modeli yürüten uygulayıcılar genelde paylaşılan sorunları olan insanlardan geniş bir kesimi bir araya getirmeye çalışırlar. Karar vermede uzlaşma yaklaşımlarına vurgu yaparlar ve güç kurumları arasında işbirliği ararlar. Ek olarak bu modelde görev alan uygulayıcılar yerel yerleşimleri kendilerini ilgilendirenleri ve bu sorunların üstesinden nasıl geleceklerini tanımlamaları için desteklerler. Grup oluşturma sürecinde uygulayıcı işlevi öncelikle yetişkin eğitimciliği ve grup yönlendiriciliğidir. Görev lideri, toplumun eyleme yönelik amaçlarını tanımlamada en önemli işlevi gerçekleştiren kişi, o bölgede yaşayan biri olmalıdır. Yöresel kalkınma modeli yatay ilişkiler oluşturulmasına vurgu yapar. İnsanlar bir ölçüde kendi sosyal destek sistemlerini ve kişiler arası ilişkilerini güçlendirerek, kendi güçlerine ilişkin büyük bir farkındalık kazanırlar (Wallerstein, 1992). Bazı Sağlıklı Kentler / Sağlıklı Toplumlar uygulamaları açıkça ya da örtülü olarak yöresel kalkınma modeline bağlanmıştır; ancak pek çok toplum kalkındırmacı gibi, pek çok diğeri toplum geliştirmeden söz eder ama sosyal planlama modeli uygular.

Rothman ve Tropman (1987) toplumsal örgütlenmede **sosyal eylem modeli** için bir örgütlenme biçimi olarak çatışma ve karşı karşıya gelmeyi kullanır, sosyal güç ilişkilerinde saptamalarla tanımlanır vurgusu yaparlar. Bu model için çalışan uygulayıcılar genel olarak dışsal hedef eylemleri olarak görece güçlü özel ya da kamu kurumları adına belirli komşu yerleşimlerde daha küçük yerel toplum gruplarında çalışırlar. Bu model verili eşitsizlik koşullarına karşı ortak kavgalar yaratma yoluyla toplumları örgütler (Russell-Erich & Rivera, 1987). Bu konuların kendileri eşitsizlik ve güç boyutunda sıklıkla özgün, yerel ve ivedidir. Başka yazarlar sosyal eylem örgütlemesi açısından uygulayıcının sorumluluğunun toplum kalkınmasına politik bir bakış getirmesi ve yerel toplumlarda değişim için bir program başlatması ile bağlı olduğunu tartışır (Örneğin; Mondros & Wilson, 1994; Russell-Erich & Rivera, 1987; Ward, 1987). İnsanların kendi yaşamlarına ve durumlarına ilişkin güçlü “geleneksel” bilgileri, örgütleyicilerin politik bilgisiyle birleştirilir (Kling & Posner, 1990). Bu modelde, devlet (toplum örgütleyicilerin en büyük işvereni olarak) daha temel ve paylaşılan bir gündem geliştirmek için toplum grupları ile pazarlık eder. Sosyal planlama modelinden farkı, devletin daha önceden belirlenmiş bir gündeme onları katmak yerine, toplum grupları ile gündem konusunda tartışmayı kabul etmesidir.

Örnek Olaylar

Sosyal Planlama

Finlandiya, Kuzey Karelia Projesi. Stanford çalışmasıyla birlikte (Puska ve ark) Kuzey Karelia Projesi, bilimsel bilginin ulusal ölçekte girişimlere uygulanması çabalarının öncüsü kabul edilir. Dünyanın kardiyovasküler hastalıklara (KVH) bağlı en yüksek hastalık ve ölüm hızlarına sahip oldukları belirlendiğinden, Finlandiya hükümeti vatandaşları tarafından harekete geçirildi ve Kuzey Karelia Projesi 1971’de başladı. Puska ve arkadaşları (1985) projenin araştırma girişimi olarak başlamadığını, “yarı deneysel düzeneğe” topluma dayalı bir program olduğunu bildirmektedirler. Özgün amaçlar sigara içme, serum kolesterolü ve

kan basıncı gibi risk etmenlerini azaltarak kalp hastalıklarının hem önlenmesi hem de tedavisi idi. Koruyucu hizmetlerle birlikte stratejiler eğitim, davranış değişikliği programları, beceri eğitimi, sosyal destek, çevresel değişiklik ve “toplum örgütlenmesi” (bu durumda toplum örgütlenmesi yerel resmi olmayan liderlerin diğerleri için rol model olarak davrandığı hafta sonu eğitimleri oluşturulması, olarak rapor edilmektedir) (McAlister, Puska, Salonen, Tuomilehto, & Koskela, 1982). Toplumu harekete geçirme programı toplumsal pişirme dersleri ve akşam yemekleri, kalp için sağlıklı gıdalara daha fazla erişim, broşür dağıtılması, ve poster kampanyaları (Farquhar ve ark., 1977; McAlister ve ark.,1982). On yıllık değerlendirme kadınlarda benzer eğrilerle erkekler arasında KVH için temel biyolojik risk etmenlerinde esaslı azalma gösterdi (Puska ve ark., 1985).

Kuzey Karelia Projesinin araştırma bileşeni “birleştirici bir teorinin olmaması” nedeniyle hüsrana uğramış program planlayıcılarına /uygulayıcılarına bir katkı yapmak niyetiyle oluşturulmuştu (Puska ve ark., 1985, p. 158). Ancak, araştırmacılar değişimin neden ya da nasıl olduğunu söyleyemediler, yalnızca değişim olduğunu söyleyebildiler (Puska ve ark., 1985). Sağlıktaki değişimlerin artan sağlık bilgisi ya da tutum değişikliğine bağlı olacağı öngörülerinin tersine proje değişimin toplum örgütlenmesi ile birlikte olduğunu bulmuştur. Davranış değişikliğine yönelik başarılı ikna ve eğitim olgularında anahtar bileşenin içerikten çok bilgi kaynağının inandırıcılığı olduğu bulundu (Puska ve ark., 1985). Bu bulgu araştırmacıları, Kuzey Karelia modelinin geniş bir biçimde yaygınlaştırılmasının gerçekleştirilmesinde yerel kültürel engellerin ele alınması gerektiği yorumuna götürdü (Shea & Basch, 1990a, 1990b). Değişimi etkileyen sosyal etmenlerin yerel doğasının önemi aynı zamanda klasik sosyal planlama modeli bir gündem dayattığında (tartışmak, pazarlık etmek yerine)yerel ince ayrımlara duyarlı olmaması ve mizacı, güç eşitsizliğini artırabilir ve sağlığı geliştirmecilerle hizmet sunulan gruplar arasında gerilime yol açabilir.

Kuzey Karelia modeli o zamandan bu yana uluslararası ölçekte (yeniden uygulanmıştır) çoğaltılmıştır (Örneğin, Minnesota, Stanford ve Pawtucket; Shea & Basch, 1990a, 1990b) ve sağlığı geliştirme uygulamasında, toplumun harekete geçirilmesi kavrayışına genellenmiştir (Kanada Sağlık ve Refah, 1992). Birleşik Devletler ve Kanada'daki Uluslararası kalp sağlığı programları, TSYPE (Toplum Sağlığına Yönelik Planlı Eylem) programları ve dünyanın değişik yerlerindeki, çeşitli sigara karşıtı ve kronik hastalıkları önleme programları toplum örgütlenmesi açısından sosyal planlamaya benzer kabullerle yaklaşır. Bunlar arasında epidemiyolojik ya da risk etmeni araştırması verilerine dayalı ölçülebilir hedefler ve “kanıta-dayalı” sağlık önceliklerine ilişkin eylemleri planlamak ve uygulamak için geniş toplum / kurum koalisyonu oluşturulması vardır. Bu tür toplum sağlığı geliştirme uygulamalarının yönetimi açısından önemli pratik sorunlar olduğu halde (Francisco, Paine, & Fawcett, 1993); bu yaklaşıma ilgi “önemli” sağlık sorunları ve bunların toplum/ kurum güç ilişkilerine etkisi açısından dır.

Birincisi, araştırma verilerinin güvenilirliği (reliance), hangi sağlık konuları ya da alanlarında çalışılacak (ve nasıl) tartışmasına toplum üyelerinin baştan katılmamasına ilişkin öncelikle sağlık kuruluşlarının belirledikleri önemli sağlık konusu olarak tanımlanmasına yönelik eleştirel tartışmadır (Labonte & Robertson, 1996). Bu konular genellikle sağlık davranışı terimleriyle tanımlanır ve Ottawa Sözleşmesi ile belirlenen daha derin-geniş sağlık belirleyicileri ile ya çok az ilişkilidir ya da hiç ilişkili değildir. Bu davranışsal konular toplum üyeleri tarafından paylaşıldığında bu durum bir uygulama ya da güç sorunu oluşturmaz, Kuzey Karelia olgusu belki de böyle idi. Ancak Kuzey Karelia modelinin yeniden uygulandığı toplumların pek çoğunda durum böyle değildir (Goodman, Stecker, Hoover, & Schwartz, 1993; Labonte, 1995; Poland, Taylor, Eyles, & White, 1995). *İkincisi*, güç, yurttaşlar ve toplum grupları yerine daha çok sağlık profesyonelleri ve kurumlarında kalır. Sağlığı geliştirmeciler bazı program stratejilerini seçip katılmaları için (genellikle küçük bağışlarla) destekleyerek toplum üyelerini programa “katmaya” ve programı sahiplendirmeye çabalarlar. Bazı durumlarda teknik olarak karmaşık gereksinim belirleme araştırmaları sağlık profesyonellerinin uzmanlığını ve otoritesini güçlendirerek toplum üyelerini bastırır (Goodman

ve ark., 1993). Bu tür araştırmalar aynı zamanda toplum katılımcılarını kötü konut, ırkçılık, ya da şiddetin sağlık etkilerine ilişkin konuların, “görüş”, araştırma bulgularının dökümente ettiği sağlık davranışları ve hastalık hızlarının “gerçekler” olduğuna ikna etmek için kullanılır. Kalp ya da kanser vakıfları, akciğer dernekleri gibi diğer sağlık kurumlarından gönüllülere toplumdaki katılımının sıklıkla az olması şaşırtıcı değildir.

İnsanlar bazı hastalıkların bazı komşu yerleşimlerde ya da grup üyelerinde etkilerini kavramayabildiği halde ve Kuzey Karelia’da görüldüğü gibi, yoksulluk, işsizlik, ilaçlar, şiddet, ırkçılık ve benzerlerinin daha önemli-öncelikli ve sistemik sağlık sorunları olabildiği bilgisi bir “uyandırma çağırısı” işlevi görebilir. Toplum liderlerini kalp hastalıkları ya da kanseri önleme etrafında harekete geçirmeye çabalama bu konuları toplum liderlerinin “gündeminde” (Shea, Basch, Lantigua, & Wechsler, 1992) üst sıraya taşıma, (sağlık kurumlarının yasal sağlık konuları kabul etmeleri ve liderlerin ilgilerini daha çok sağlıksız yaşam koşullarının altında yatan nedenlerine çekmeleri söz konusu olmadığında) politik örgütlenmenin yerel formlarını güçsüzleştirebilir (Labonte & Robertson, 1996). Sosyal planlama / topluma-dayalı yaklaşımda karşılaşılan bu sorunlarla başa çıkılabilir ancak, bunun için sağlığı geliştirmecilerin ve onların kurumlarının hastalık önleme/ risk etmeni “kulelerinden” çıkmaları, toplum çalışmasına başlamaları, katılımcılar için önemli olan diğer toplumsal konularda eylemleri desteklemek için esnekliği ve isteği geliştirmeleri gerekir. Bu aslında, araştırma bilgilerine yeni yaklaşımlarla bakmayı kabul etmeyi gerektirir (örneğin katılım eylemi araştırması) ve projenin finansmanında toplum gruplarının sorumluluk üstleniş biçimi açısından daha esnek olmayı (Labonte & Robertson, 1996).

Yöresel kalkınma modeli

Tenderloin Yaşlı Örgütlenme Projesi (TYÖP). San Francisco’nun Tenderloin bölgesinin bu projesi toplum sağlığını geliştirmede genellikle çok sık atıfta bulunulan bir yöresel kalkınma yaklaşımıdır. Minkler(1990), üç toplum örgütlenmesi modelinin değişik yanlarının projeyi etkilediğini ve farklı zamanlarda dinamiklerini tanımladığını belirttiği halde; özgün bir çevreden köken alması ve yerel gündem oluşturmaya ve karar vermeye yaptığı vurgu karakteristik ideal yöresel kalkınma örneğidir. Bölgedeki tek odalı otellerde yaşayan düşük gelirli yaşlı nüfusun sağlıklarının kötü olduğunu, sosyal yalıtımlarını ve güçsüzlüklerini kavrayarak, bir grup sağlık eğitimci ve gönüllü yüksek lisans öğrencileri yaşlıların yaşadıkları yerler arasında bir sosyal destek ve sosyal eylem iklimi geliştirmeye çalıştılar (Minkler, 1990). Örgütleyenler öncülük ettikleri ve ayrıntılı olarak belirtilmiş amaçlar olduğu halde (sağlığı geliştirmeye yöresel kalkınma yaklaşımlarında sıklıkla sağlık konuları etrafında gruplar kendiliğinden örgütlenirler) bu yaklaşımı sosyal planlama modelinden ayıran, örgütleyenlerin gündemlerini yerel toplum üyelerine uyarılama ve onlarla irdeleme çabalarıdır. Bu insanlar artık “hedef gruplar” değildiler, az ya da çok sistematik olarak politik güce katılırlar.

TYÖP’nin iki temel amacı:

Sosyal yalıtımı azaltarak ve uygun sağlık eğitimini diyalog ve katılımı kolaylaştırarak sunma yoluyla fiziksel ve mental sağlığı geliştirmektir. Bu süreçte o bölgede yaşayanlar ortak sorunları saptamak ve paylaşılan sorunlara ve konulara çözüm aramak için birlikte çalışmak için güçlendirilirler (Minkler, 1990, p.275).

Gönüllü öğrenciler bir otelde başladılar, haftada bir toplanan bir çekirdek grup oluşturarak otelde yaşayanların karşılıklı etkileşimini artırdılar. Güven ve ilişki geliştikçe grup üyeleri suç, yalnızlık, kira artışları ve güçsüzlük gibi konular üzerinde tartışmaya başladılar. Öğrenciler Freirian’ın sorun-oluşturma yöntemlerini, sağlık eğitimi yöntemlerini ve Alinsky’nin verili koşulları yeterli bulmama ve kızgınlığı eyleme yöneltme yöntemlerini kullandılar. Sosyal destek teorisi sosyal gereksinimlere yönelik sosyal etkileşim olanaklarını geliştirdi (Minkler, 1990). Sonradan benzer tekniklerin kullanılması ile yedi grup daha oluşturuldu. Gruplar geliştikçe ortak sorunlar için diğer gruplarla birlikte çalışmak istediler. Böylece bir koalisyon oluşturuldu ve üyeler 48 komşu yerleşimdeki işletme ve kuruluşların acil durumlarda

yaşlıların yaşadığı yerlere yardım etmeyi önerdiği Güvenli Ev Projesini geliştirdiler. Koalisyonun diğer etkinlikleri; seçim yılında belediye başkanına bölgede polis sayısının artırılması, küçük bakkalların açılması, ortak kahvaltı programı, yemek salonunun yenilenmesi, liderlik eğitimi kursları için lobi yapmayı da kapsıyordu.

Büyük ve Küçük İçin Öğüt (BKÖ)

Bu proje bir grup yalıtılmış annenin Toronto'da başlattığı çok kültürlü konut projesidir. BKÖ, kendilerinin ve diğer annelerin yalıtılmışlığını azaltarak çocuk istismarı riskini en aza indirebileceklerini kendi aralarındaki tartışmalar yoluyla kavrayan anneler tarafından geliştirilmiştir. Hiç profesyonel destek alınmadı denilemese de çok az profesyonel destek kabul edilmiştir. Ekonomik olarak hükümetçe desteklenmiştir. Anneler ev-ziyaretçisi olarak eğitilmişlerdir. Ebeveyn-den-ebeveyne yardım yaklaşımı temeldir. Daha eşitlikçi, yatay bir çalışmadır.

Sosyal Eylem

Daha önce de belirtildiği gibi sağlığı geliştirmede sosyal eylem, devlet politikalarını ve uygulamalarını hedefler. Kanada, Ontario, Toronto'da, toplum tarafından yürütülen evsiz ya da uygun konutu olmayanlara birinci basamak sağlık hizmeti sunan "Sokak Sağlığı" projesinin sosyal eylem yaklaşımı vardır. Öncelikle uygun konutu olmayanlara yönelik ayrımcı ve güçsüzleştirici sağlık bakımı uygulamalarına karşı geliştirilmiştir.

Tartışma: Güç ve Uygulama

Sağlığı geliştirmenin iki ideal biçiminin topluma-dayalı ve toplum kalkınması olduğu ve toplumsal örgütlemenin sosyal planlama, yöresel kalkınma ve sosyal eylem olmak üzere üç modeli olduğu bir kez daha belirtilebilir. Toronto Halk Sağlığı Bölümünün ayrıntılı olgu-çalışması, toplum kalkınması sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından gerekli mesleki ve kurumsal nitelikleri aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

- İletişim, sosyal çözümlenme ve eleştirel düşünme becerileri olan uygulayıcılar,
- Destekleyici meslektaş ilişkileri ve kurumsal normlar,
- Toplum-kalkınması yönelimli yöneticiler,
- Güç veren kurum içi politikalar,
- Kapsayıcı ve yasal bir söylem.

Sonuç

Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda (1986) aşağıdaki saptamalar yapılmıştır:

- Sağlığın geliştirilmesi süreci sosyal ve politik bir süreçtir.
- Ana amaç, bireylerin becerilerini ve yeterliliklerini artırmaktır.
- Bu amaçla kişilerin sosyal, çevresel ve ekonomik koşullarını değiştirmeye yönelik eylemler yapılmalıdır.
- Kişilerin sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmak ve dolayısıyla sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmek önemlidir.
- Sağlığı geliştirme eylemlerinin yürütülmesinde toplum katılımı zorunludur (Temel F., Özvarış, Ş.B.,2007).

Bir sağlığı geliştirme ortamı olarak toplum, sağlığı hem belirleyen hem de geliştiren bir dizi karmaşık ilişki içermektedir. Bir toplum yerleşiminde uygulama hem sağlığın belirleyicilerine hem de meslek / kurum ve birey / toplum gruplarına ilişkin güç dengesizlikleri ve eşitlik konularıyla karşılaşacaktır.

Günümüzde "refah devleti" neoliberal ve neokonservatif bir saldırı ve küçülme döneminde olduğu halde, yakın gelecekte ortadan kaybolmayacaktır, güçlü olmayı ve pek çok insana güç-aktarmayı sürdürecektir. Bu güç-aktarıcı işlev, toplumu sağlığı geliştiren bir ortam olarak görmeyi özünü oluşturmaktadır.

Temel koruma yaklaşımını merkeze almayan sağlığı geliştirme uygulamalarının etkilerinin sınırlı olduğu anımsanmalıdır. Toplumsal kapasite oluşturulması çabalarında Ottawa Sözleşmesi'nin bir sağlığı geliştirme stratejisi olarak toplum kalkınmasının yasallığını pekiştirdiği iyi kavranmalıdır.

Kaynaklar

Boutilier, M., Cleverly, S., Labonte, R.: Community as a Setting for Health Promotion: Poland, B.D., Green, L., W., Rootman, I.: Settings for Health Promotion, Linking Theory and Practice. Sage Publications 2000.

Bunton, R., Nettleton, S., Burrows, R.: The Sociology of Health Promotion, Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk. Routledge 1995.

Baric, L. : Health Promotion and Health Education in Practice, Module 2, The Organizational Model. Barns Publications 1994.

Piyal, B: Sağlığı Teşvik Etmek İçin Toplumsal Kapasite Oluşturulması, Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki Sempozyumu Bildiri zetleri Kitapçığı, 13-14 Kasım 2008, Ankara.

Temel F., zvarış, ř.B: Sağlığı Geliştirme Halk Sağlığında zel Konular No: 4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Ekim-2007.

Araştırma, izleme ve değerlendirmede yapılması gerekenler

Amaç:

Katılımcıların TSM lerin sağlığın geliştirilmesi kapsamındaki müdahaleleri izleme ve değerlendirmesinde yapılması gerekenler konusunda bilgi sahibi olması

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Sağlığı geliştirme müdahalelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesinin önemini tartışabilmeli
- Sağlığı geliştirme sonuçları modelinde yer alan sağlığı geliştirme eylemleri, sonuçları, orta dönem sağlık sonuçları ve sağlık sonuçları ve toplumsal sonuçları tanımlayabilmeli
- Sağlığı geliştirme müdahalelerinin izlenmesi için oluşturulan göstergeleri sıralayabilmelidirler.

Sağlığı geliştirme, diğer oturumlarda da belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinde görece yeni bir kavramdır (Piyal B). Bu bağlamda özünde temel sağlık kavramlarını içermekte ve temel halk sağlığı yaklaşımlarını kullanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinde odak noktada “biyeyin ve toplumun kişisel becerilerinin geliştirilmesi” yer almaktadır. Bu beceriyi kazandırmada kolaylaştırıcılar ise sağlıklı kamu politikaları ve destekleyici çevredir (Özvarış Ş). Sağlığı geliştirme, halk sağlığının, çok boyutlu, çok sektörlü nitelik-nicelik dönüşümü, gelişimi olarak da algılanabilir ve sağlık hizmetlerinde yeniden bir yapılanma-düzenlemeye gidilmesi nedeniyle de uygulamada çeşitli güçlükler yaşanabilmektedir. Sağlığı geliştiren programlar özellikle Finlandiya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri’nde 1980’li yılların başından bu yana uygulanmaktadır. (Kuzey Karelia, COMMET, CATCH ve CINDI projeleri). Bu programlar 11. oturumda ele alınacaktır. Sağlığı geliştirme programlarında en çok ihmal edilen, en çok zorlanılan aşamanın izleme ve değerlendirme aşaması olduğu belirtilmektedir (DSÖ). Özellikle sağlığı geliştirme programlarının toplumsal, sosyal sonuçlarının değerlendirilmesinde yöntem arayışı devam etmektedir. Bu noktada, temel halk sağlığı yaklaşımı ile sağlık hizmetlerinin yönetiminde bazı kavramları kısaca gözden geçirmek sağlığı geliştirme programlarının değerlendirilmesinde de yol gösterici olacaktır.

Değerlendirme, çağdaş yönetim anlayışında planlama ve uygulama sonrasında planlanan-beklenen hedeflere ulaşıp-ulaşılmadığının saptanması sürecidir (Eren N, Özbek Z, Akdur R).

Değerlendirmede temel amaç, beklenen ile gözlenen arasındaki farkın tespit edilmesidir.

Epidemiyolojik ilke ve yöntemler çağdaş yönetim anlayışında yaygın olarak kullanılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yönetiminde planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde temel epidemiyolojik yaklaşımlar kullanılarak bir sarmal gibi hizmeti daha iyiye ulaştırmak için amaçlanmaktadır.



Şekil 1. Yönetimin temel süreçleri.

Planlama aşamasında, öncelikle mevcut durumun (fotoğrafının çekilmesi) tespit edilmesi, sunulacak hizmet-sağlık müdahalesinin amaç ve hedeflerin belirlenmesi ve bu amaç ve hedeflere ulaşmada kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlayacak iş akış planlarının (yıllık, aylık, haftalık hatta günlük olarak) yapılması gerekmektedir. Planlama aşamasında temel strateji ise sağlık hizmetlerinin doğası gereği olması gereken ekip anlayışının bu bağlamda yönetimin bu üç temel sürecinde de sağlanması-korunmasıdır. Böylelikle ekipte yer alan tüm çalışanlar ortak amaca ulaşma konusunda en yüksek motivasyona ulaşmakta ve sundukları hizmeti değerlendirme becerisi kazanmaktadır.

Durum tespiti aşamasında en temel kaynak bölgenin-toplumun rutin sağlık kayıtlarıdır. Sürekli-Doğru-Tam kayıtların tutulması durumunda en güvenilir-en kapsamlı veri elde edilmiş olur (Eren N, Öztekin Z). Böylece, durum tespiti için ek zaman, para ve insan gücü gerektirecek araştırmalara olan gereksinim azalacaktır. Araştırmalar, sürekli-doğru-tam kayıt sistemi olmayan bölgeler-ülkeler için en güvenilir veri kaynaklarıdır. Araştırmalar bilimsel, sistematik, tarafsız, güvenilir veri kaynağı olmanın yanı sıra sağlık hizmetlerinde her kademede (özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde) sunulan hizmetin niteliğinin ve niceliğinin değerlendirilmesinde-artırılmasında kullanılmaktadır. Durum tespitinde, gerek rutin kayıtlar gerekse yürütülen araştırmaların sonucunda özellikle morbidite, mortalite, doğurganlık, hizmete özel ölçütler, gibi nesnel ölçütler, hızlar kullanılmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinde, özellikle bu nokta da nitel ölçütlerinde kullanılması nedeniyle, yalnız niceliksel değil niteliksel verileri içeren kayıtların tutulması veya niteliksel araştırmaların da yapılması gerekmektedir.

Merkezi ve yerel yöneticilerin yönetim süreçlerindeki görevleri ve süreçlere ayırdıkları zaman değişmektedir. Durum tespiti, amaç ve hedeflerin belirlenmesi başta olmak üzere planlama-uygulama ve değerlendirme süreçlerinin yer aldığı konu ile ilgili yürütülen ulusal bir program var ise yerel yöneticilere, bu merkezi programı kendi bölgelerinde yerelleştirilmesi konusunda ağırlıklı görevler düşmektedir. Program geliştirme süreçlerine yerel yöneticilerin katkısı sınırlı olmaktadır. Programlar, merkezi yapılanma içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimlerince hazırlanmakta ve il yapılanması aracılığı ile yerel yöneticilere ulaştırılmaktadır. Ancak, sağlık hizmetlerinde, bölgesel farklılıklar, aynı bölgede, katmanlar arası farklılıklar nedeniyle yerel yöneticilerin, hem mevcut programın bölgeye uygulanabilir hale getirilmesinde, hem de bölgeye özgü yeni programlar geliştirilmesinde önemli katkıları söz konusudur. Sizlerin kendi bölgelerinizdeki-illerinizdeki bireylerin-toplumun sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerinin durumunu tespit ederek, gereksinim duyulan öncelikli konularda yeni sağlığı geliştiren programlar-müdahaleler planlamanız bu eğitimin temel amaçlarındandır. Bu nedenle eğitim programında sizlerin var olan ve / veya planladığınız sağlığı geliştiren müdahaleleri planlamanız, uygulamanız ve değerlendirmeniz, kısaca yönetebilmeniz amacıyla temel yönetim süreçleri ele alınmıştır. Planlama, durum tespiti süreçleri üzerinde bu kadar durulmasının nedeni aslında değerlendirme sürecinin bir durum tespiti olmasıdır. Değerlendirme planlar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamaların sonrasında oluşan yeni durumun tespitidir. Tek farkı değerlendirme sürecinde amaç ve hedeflere ulaşıp-ulaşılmamasının nedenlerinin ortaya konulması yönünde derinlemesine çalışmalar yapılmasıdır. Bu da değerlendirmenin önemini ve hizmetin yeniden planlanmasındaki yerini

ortaya koymaktadır. Değerlendirmenin yeterli yapılmadığı program ve uygulamalarda sağlığın geliştirilmesinde, hizmetin kalitesinin yükseltilmesinde sınırlılıklar kaçınılmazdır.

Sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinin sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde nedensel ilişkilerin ortaya çıkarılmasında teknik zorlukları giderebilmek için katılımcı, disiplinler arası, entegre değerlendirme yaklaşımlarının kullanılması önerilmektedir.

1. Programın anlatılması
2. Konunun ve soruların tanımlanması
3. Veri toplama sürecinin planlanması
4. Veri toplama
5. Veri analizi ve yorumlanması
6. Önerilerin geliştirilmesi
7. Bilginin tüm paydaşlarca paylaşılması
8. Eyleme geçme

Şekil 2. Sağlığı geliştirmede değerlendirmede temel basamaklar;

Sağlığı geliştiren müdahaleler için değerlendirmede aşağıda belirtilen ilkelerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

1. Güçlendirici olma: Sağlığı geliştirme müdahaleleri bireyleri ve toplumları, sağlıklarını etkileyen bireysel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler üzerinde daha güçlü olmalarını sağlayacak, planlanmış ve uygulanmış programlar, politikalar ve diğer organize eylemlerdir.
2. Katılımcılık: Sağlığı geliştirme müdahaleleri planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde ilgili herkesin katılımını gerektirmektedir.
3. Bütüncül olma: Fiziksel, mental, sosyal ve ruh sağlığı geliştirilmelidir.
4. Sektörler arası olma: İlgili bütün sektörlerden kuruluşların işbirliğini gerektirmektedir.
5. Hakkaniyet: Sosyal adalet ve eşitlik yaklaşımını içermelidir.
6. Ulaşılabilirlik ve sürdürülebilirlik: Sağlığını geliştirme müdahaleleri birey ve toplumların ulaşabileceği ve sürdürülebilir değişiklikler getirmelidir.
7. Çok stratejili olma: Sağlığı geliştirme müdahaleleri politika geliştirme, örgütsel değişim, toplumun gelişmesi, yasama, savunuculuk, eğitim ve iletişim gibi bir çok konuyu birlikte veya ayrı ayrı içerecek şekilde pek çok farklı yaklaşımı kullanmalıdır (Fehminaz T ve Özvarış Ş).

Sağlığı geliştirmede izleme ve değerlendirme yeni bir yaklaşımdır, planlama ve uygulamayı yeniden belirlemede ciddi katkı sağlayacağı için müdahalenin etkililiğinin net bir biçimde ortaya konabileceği, çok modelli, katılımcı, niteliksel ve niceliksel yöntemlerin kullanıldığı, çok disiplinli (sosyal çalışmacı, sosyolog, psikolog, siyaset bilimci, şehir planlamacı, ekonomist, sağlık eğitimcisi, epidemiyolog, halk sağlığı uzmanı gibi farklı alanlardan profesyonellerin katılımı ile) sistematik bir dizi yaklaşımı içermelidir (DSÖ).



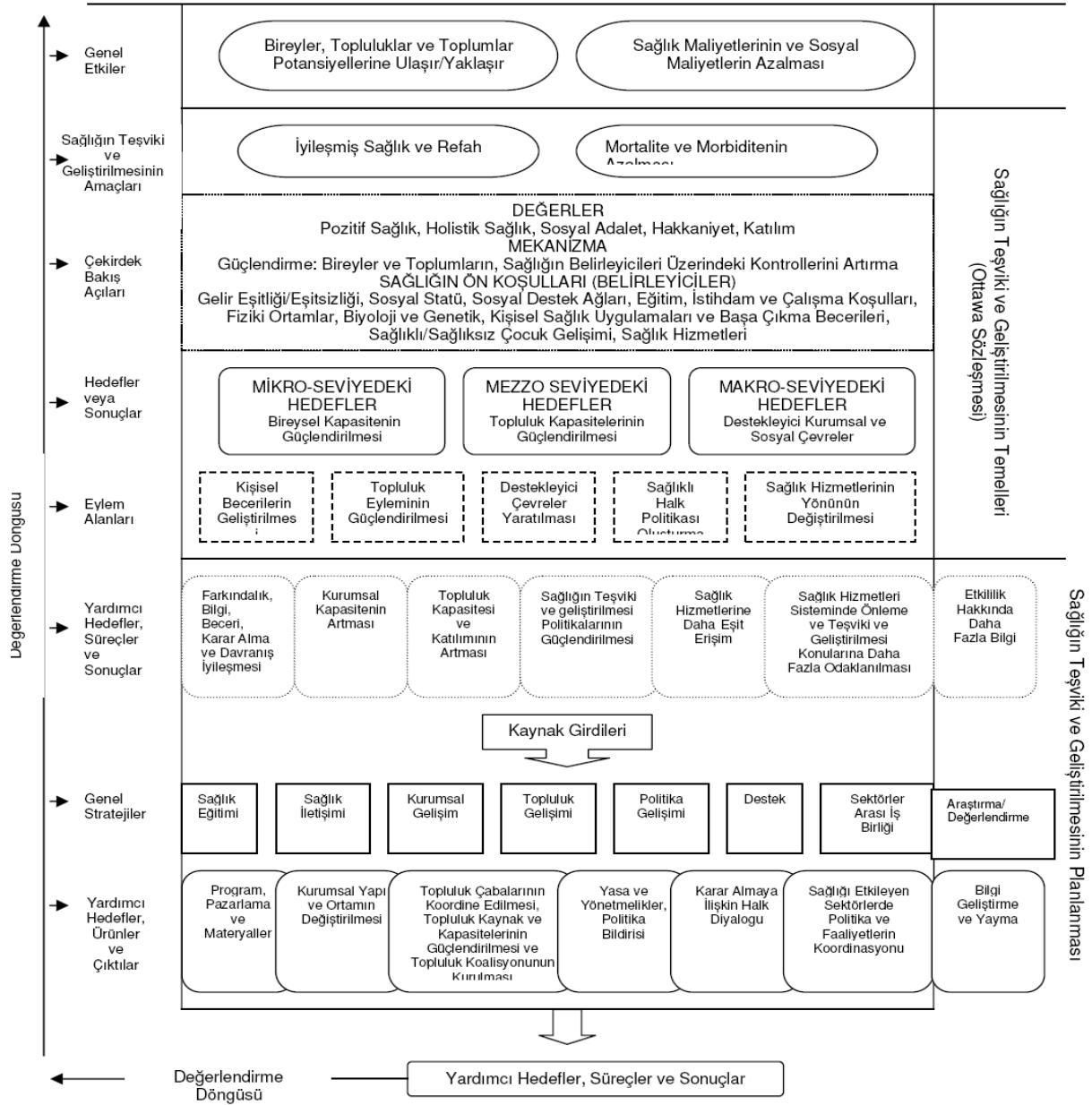
Şekil 3. Sağlığı geliştirme müdahalelerini değerlendirme bileşenleri.

Sağlığı geliştirme müdahalelerinde değerlendirme sonuçları felsefik, kavramsal, metodolojik, uygulamaya yönelik, politik ve etik çerçevede yorumlanmalıdır. Değerlendirme, sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate almalı ve müdahalenin ekonomik analizini de mutlaka içermelidir. Önemli-temel sağlık göstergeleri-ölçütleri, yaşam kalitesi müdahale izleme ve değerlendirme göstergesi olarak kullanılmalıdır.

Bu amaçla müdahale programının başından itibaren, her aşamasında veri toplanmalı ve değerlendirilmelidir. Ulusal veri tabanları oluşturularak, veri toplama ve veri akışı (sürveyans) sağlanmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinde değerlendirmede PATCH (Planned Approach to Community Health, Halk Sağlığına Planlı Yaklaşım)-MATCH (Multilevel Approach to Community Health, Halk Sağlığına Çok Katmanlı Yaklaşım), Before/After (Öncesi-Sonrası) gibi pek çok farklı yöntem kullanılmakta ise de genel olarak değerlendirmede farklı modellerin bir arada olmasının değerlendirmenin başarısını artıracığı vurgulanmaktadır. Şekil 4'de sağlığı geliştirme müdahalelerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine yönelik bir model üzerinde değerlendirme döngüsü gösterilmiştir. Bu modelde özellikle sağlığın geliştirilmesi temel ilkelerine (Ottawa) uygunluk, kısa orta ve uzun dönem sağlık ve toplumsal hedefler ve sonuçlar konularının değerlendirmedeki önemi belirtilmelidir. (Bir müdahalenin yoksulluğun sağlığın belirleyicisi olarak ele alma başarısının yanı sıra sağlığın geliştirilmesine nasıl katkı sağladığı veya sağlamadığı değerlendirilmelidir.)

Değerlendirme, farklı paydaşların çeşitli amaçlarla kullanabileceği bilgileri üretmek amacıyla bir program yada müdahalenin özelliklerini sistematik olarak incelenmesidir. Elde edilen sonuçlar tüm katılımcı ve paydaşlara zamanında ve uygun bir şekilde iletilmelidir. Değerlendirme program yada müdahalenin sadece sonunda yada belirli dönemlerinde değil dinamik bir şekilde her düzeyde yapılmalı elde edilen sonuçlar program ve müdahaleye en erken-uygun noktada entegre edilmelidir.



Şekil 4. Sağlıkın Geliştirilmesi Müdahalelerinde Değerlendirilme Döngüsü (DSÖ)

Özetle değerlendirme, izleme ve öğrenme sürecini içeren, sürekli bir aktivite olarak ele alınmalıdır.

Kaynaklar

Akdur R, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi. İçinde Halk Sağlığı, Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Antıp AŞ. Yayınları, Ankara 1998

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Sağlığın Geliştirilmesi Avrupa Çalışma Grubu Raporu, Sağlık Bakanlığının Çevirisini yaptırdığı kitap

Eren N, Öztekin Z. Sağlık Yönetimi, Bölüm 14, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Bertan M, Güler Ç (ed), Güneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 1997, sayfa:369-389.

Özvarış BŞ, Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Güler Ç., Akın L. (ed.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Birinci Baskı, 2006; 1137-1138.

Piyal B. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Kavramsal ve Kuramsal Yaklaşım. Uluslararası Katılımlı "I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi" Özet Kitabı, s. 26-27. 09-12 Kasım 2006 Marmaris-Muğla.

Temel F., Özvarış, Ş.B: Sağlığı Geliştirme Halk Sağlığında Özel Konular No: 4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Ekim-2007

Sağlık İletişimi

Amaç:

Katılımcıların sağlık iletişimi perspektifini anlamaları ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla sağlık iletişiminden yararlanma yollarını öğrenmeleri amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Sağlık iletişimini tanımlayabilmeli.
- Sağlık iletişiminin neleri gerçekleştirebileceği ve neleri gerçekleştirmeyeceğini anlatabilmeli.
- Sağlık iletişiminin sağlığın geliştirilmesi için oynayabileceği rolü anlatabilmeli.
- Hangi tür faaliyetlerin sağlık iletişimi kapsamında değerlendirilebileceğini tartışabilmelidir.

Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi, son yıllarda hızla gelişmekte olan ve gittikçe önem kazanan bir alandır. Bu alanda, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllarda başlayan gelişme, Avrupa'da da hızla yaygınlaşmaya devam etmektedir. Sağlık iletişimi, Türkiye'de ise, çok yeni bir çalışma alanıdır. Alan, her geçen gün gelişmesi ve önem kazanması nedeniyle, tekrar tekrar tanımlanmaya ve sınırlandırılmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle de, çok sayıda sağlık iletişimi tanımı bulunmaktadır. Sağlık iletişimi araştırma ve çalışmalarında, birçok alandan yararlanılmaktadır. Bunlar, sağlık eğitimi, pazarlama, sosyal pazarlama, psikoloji, antropoloji ve sosyoloji olarak özetlenebilir (Wright vd., 2008: 4; Okay, 2009: 21). Bunun yanı sıra, iletişim, halkla ilişkiler, kamu savunuculuğu (public advocacy), kamunun harekete geçirilmesi (community mobilization), sağlık iletişiminin destek aldığı alanlardır. Aynı zamanda, sağlık iletişiminde sosyal bilimler ile tıp bilimleri birlikte anılmaya çalışılmaktadır ki, bu da çalışma alanını genişletmekte ve zorlaştırmaktadır.

Özetle, gelişmekte olan bir bilim dalı olan sağlık iletişimi, birden fazla konuyu bünyesinde barındırmasının yanı sıra, tüm araçların kullanıldığı disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Bu yapısından ötürü, alana ait tanımlar birbirinden farklı gibi görünebilmektedir. Fakat bu tanımlar incelendiğinde, sağlık iletişiminin, bireyleri, toplumları, sağlık uzmanlarını ve politikacılarını etkileme ve desteklemede ya da belirli grupların uyum sağlama ve davranışlarını geliştirmede veya sağlıkla ilgili sonuçları geliştirmeye yol açacak, sosyal ya da idari değişikliklerde oynadığı rolün, büyük olduğu görülmektedir.

İngiltere'de sağlık iletişimi terimi, sağlık bakımı ortamındaki hasta ile doktor arasındaki söz alışverişi olarak tanımlanırken, Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) ve Avustralya'da, sağlık iletişiminin tanımı genişletilmiştir. Sağlık iletişimi, insan etkileşiminin sağlıktaki rolü ve sağlık bakım işlemi ile ilgilenen aktif araştırma alanı olarak tanımlanmıştır. Alanın bu şekilde tanımlanması, sağlık bakım alanında sağlık eğitimi, sağlık teşviki, koruyucu ilaçlar, kurum iletişimi ve kişilerarası iletişim unsurlarını da bir araya getirmektedir (Lupton, 1994:56).

Sağlık iletişiminin başlıca amaçlarından biri, bireyleri ve toplumları etkilemektir. Bu sayede, sağlıkla ilgili bilgileri paylaşarak, sağlık sonuçlarını geliştirmek hedeflenmektedir. A.B.D.'nde, bu alanda önemli bir kuruluş olan, Hastalık Denetleme ve Önleme Merkezi (CDC-Center for Disease Control and Prevention) sağlık iletişimini, sağlığı düzeltme amacıyla, bireysel ve toplumsal kararları etkileyen, iletişim stratejilerinin araştırılması ve

kullanılması olarak tanımlamaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, A.B.D. Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bölümü, 2001) (Schiavo, 2007:6).

1979'da, ulusal bir korunma programı sağlamak amacıyla hazırlanıp kabul edilen *Healthy People 2010*'nun amaçlarında, ilk kez sağlık iletişimi ile ilgili bir bölüme yer verilmiştir. Yer verilen bu bölümde sağlık iletişimi şu şekilde tanımlanmıştır:

"Birey, kurum ve toplulukları, önemli sağlık konuları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme teknik ve sanatı. Sağlık iletişimi kapsamı hastalıktan korunma, sağlık promosyonu, sağlık hizmet politikası ve sağlık hizmeti faaliyetleri kadar, hayat kalitesini ve toplum içerisindeki bireylerin sağlığını geliştirme faaliyetini içermektedir (U.S. Department of Health and Human Services -A.B.D. Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bölümü, 2000)" (Parrott, 2004: 751).

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

Sağlık iletişiminin oynayabileceği birçok rol, *Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC)* tarafından vurgulanmaktadır. Bunlar:

- Bir sağlık sorununun, probleminin veya çözümünün bilgi birikimini ve farkındalığını artırma,
- Algılamaları, inançları, tutumları ve sosyal normları etkileme,
- Harekete geçirme,
- Yetenekleri sergileme veya tarif etme,
- Davranış şekli değişiminin yararlarını gösterme,
- Sağlık servislerine olan talebi arttırma,
- Bilgi birikimini, tutumları ve davranış şekillerini güçlendirme,
- Mitleri ve yanlış anlaşılmalara çürütme,
- Kurumsal ilişkilerin birleşmesine yardım etme,
- Bir sağlık sorunu veya nüfus grubunun tarafını tutma,

olarak ifade edilebilir (Thomas, 2006: 1-4).

Schiavo'nun niteliklerine ayırarak hazırladığı sağlık iletişimi tanımları tablosu aşağıdaki gibidir (2007: 8-10):

Tablo 1. Sağlık İletişimi Tanımları

Anahtar Kelimeler	Tanımlar
<i>Bireyleri ve toplulukları bilgilendirmek ve bireysel ve toplumsal kararları etkilemek</i>	<p>“Sağlık iletişimi, davranışlarda sağlıklı seçimler yapılabilmesi için, belirli bir kitlenin bilgisini, tutumunu ve inançlarını etkilemek üzere, verecekleri mesajların iyileştirilmesi ve yaygın hale getirilmesini amaçlayan bir süreçtir” (Exchange, 2006; Smith ve Hornik, 1999).</p> <p>“Sağlık konusunda ilerleme sağlayacak karar alınırken, bireysel ve toplumsal olarak insanların bilgilendirilip etkilenmeleri için, iletişim taktikleri üzerinde çalışılması ve bunların kullanılması gerekmektedir.” (CDC, 2001; U.S. Department of Health and Human Services, 2005).</p> <p>Sağlık iletişimi “davranışlardaki değişiklikler sayesinde hastalıkları önlemede kullanılacak bir araçtır” (Freimuth, Linnan, ve Potter, 2000, s. 337). “Sağlık konusunda daha da iyiye gitmek için bireysel ve toplumsal kararlar alınırken insanların bilgilendirilmesi ve etkilenmesinde kullanılan yöntemlerdir” (Freimuth, Linnan, ve Potter, 2000, s. 338; Friemuth, Cole ve Kirby, 2000, s. 475).</p> <p>“Sağlık iletişimi, davranışlarda sağlıklı seçimler yapılabilmesi amacıyla, belirli bir kitlenin bilgisini, tutumunu ve inançlarını etkilemek için, verecekleri mesajların iyileştirilmesi ve yaygın hale getirilmesini amaçlayan bir süreçtir” (Exchange, 2006; Smith ve Hornik, 1999).</p> <p>“Sağlık iletişimi, insan ve çevre sağlığını destekleyen, şartların iyileştirilmesi için birey, halk ve kuruluşların iletişim teknikleri ve teknoloji kullanılarak (olumlu yönde) etkilenmesidir” (Maibach ve Holtgrave, 1995, s. 219-220; Health Communication Unit, 2006). “Hekim-hasta ilişkisi, dersler, kişisel gelişim grupları, haberleşme, yardım hatları, medyanın yürüttüğü kampanyalar ve faaliyetler gibi farklı konuları da içine alır” (Health Communication Unit, 2006).</p>
<i>Bireyleri motive etmek</i>	<p>“Bireyler, kuruluşlar ve belirli kitlelerin önemli sağlık konularında bilgilendirilmeleri, etkilenmeleri ve motive edilmeleri sanatı ve tekniği olarak tanımlanır. Faaliyet alanının içinde hastalıkları önleme, sağlık tanıtımları, sağlık hizmetleri politikası ve kuruluşları yer alır; ayrıca, toplumdaki bireylerin yaşam ve sağlık standartlarının iyileştirilmesi de faaliyet alanlarından biri olarak sayılabilir”(Ratzan ve diğerleri, 1994, s. 361).</p> <p>“Etkili sağlık iletişimi, bireylerin, kuruluşların ve büyük kitlelerin, doğru bilimsel ve etik faktörlere dayanan önemli sağlık konuları ile ilgili bilgilendirilme, etkilenme ve motive edilme sanatı ve tekniğidir” (Tufts University Student Services, 2006).</p>
Tablo 1. Sağlık İletişimi Tanımları (Devamı)	
Anahtar Kelimeler	Tanımlar
<i>Davranışların değiştirilmesi</i>	“Sağlık iletişimi, tıpkı sağlık eğitimi gibi, önceden tanımlanmış bir zaman aralığı içinde, geniş bir hedef kitlenin, belirli bir problemle

	<i>ilgili davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır” (Clift ve Freimuth, 1995, s. 68).</i>
<i>Sağlıkla ilgili konularda bilgi ve anlayışı artırmak</i>	<i>“Sağlık iletişiminin amacı, sağlıkla ilgili konularda bilgi ve anlayışı artırmak ve hedef kitlenin sağlık durumunu iyileştirmektir” (Muturi, 2005, s. 78).</i> <i>“İletişim, iyileştirme amacına dayalı bir anlayış yaratma sürecidir. İnsan ilişkilerine önem verir” (Agunga, 1997, s. 225).</i>
<i>İnsanları güçlendirmek</i>	<i>“İletişim, insanları bilgilendirip, onların belirli sağlık problemlerini ve yapılacak müdahaleleri anlamalarını sağlayarak, insanları güçlendirmektedir” (Muturi, 2005, s. 81).</i>
<i>Bilgi alışverişi, iki yönlü iletişim</i>	<i>“İki yönlü iletişime dayalı bir ortaklık ve katılımçılık sürecidir. Bu süreçte, iki taraf arasında birbirini etkileyen bir bilgi, fikir, teknik ve öğrenme akışı vardır. İki taraf için de eşit önem taşıyan bu durum, anlayışın iyileştirilmesi, bilgi paylaşımı, daha büyük ortak kararlar alınması ve mümkün olan en etkili çözümün belirlenmesi konularında büyük bir rol oynar” (Exchange, 2005).</i> <i>“Sağlık iletişimi, hedef kitleye verilen ve onlardan alınan sağlık bilgisinin, konuyla alakalı, doğru, ulaşılabilir ve anlaşılabilir olmasını gerektiren bir bilimsel gelişim, bölgesel yayılma ve durum değerlendirmesi olarak tanımlanabilir” (Bernhardt, 2004, s. 2051).</i>

Sağlık iletişimini, Thomas, farklı düzeylerde ele almakta ve bu düzeyleri etki şekillerine göre sıralamaktadır (2006: 3):

- **Birey:** Birey sağlık ile ilgili değişimlerde en temel hedeftir, çünkü sağlık durumunu etkileyen bireysel davranışlardır. İletişim, bireyin farkındalığını, bilgi birikimini, tutumunu, kendi kendine yeterliliğini ve davranış şekillerini değiştirmedeki yeteneklerini etkileyebilmektedir. Diğer tüm seviyelerdeki aktiviteler önünde sonunda bireysel değişimi etkilemeyi ve desteklemeyi hedef almaktadır.
- **Sosyal Ağ:** Herhangi bir bireyin ilişkileri ve bağlı olduğu gruplar o kişinin sağlığı üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilmektedir. Sağlık iletişim programları, bir grubun aldığı bilgiyi şekillendirmeye ve iletişim düzenini ve içeriğini değiştirmeye çalışabilmektedir. Grup içindeki kanaat önderleri, sağlık programları açısından önemlidir ve “giriş noktası” olarak görülmektedir.
- **Kurum:** Kurumlar, belirli bir yapısı bulunan resmi grupları içermektedir; örneğin dernekler, kulüpler ve sivil gruplar, çalışma alanları, okullar, birincil sağlık bakım ortamları ve satıcılar. Kurumlar, sağlık mesajlarını üyelerine taşıyabilmekte, bireysel çabalar için destek sağlayabilmekte ve bireysel değişimi izin veren politika değişimleri yapabilmektedir.
- **Toplum:** Sosyal ve fiziksel çevrelerdeki tehlikeler azaltılarak veya ortadan kaldırılarak, sağlıklı yaşam tarzlarını destekleyen yapılar ve politikalar yaratarak, toplumların sağlıklı olmaları sağlanabilir. Toplum seviyesindeki girişimler, sağlığı, okulları, iş alanlarını, sağlık bakım ortamlarını, toplum gruplarını ve devlet dairelerini etkileyebilecek kurum veya kurumlar tarafından planlanmakta ve yürütülmektedir.
- **Cemiyet:** Cemiyet bir bütün olarak, normlar ve değerler, bakış açıları ve fikirler, kanunlar ve politikalar, fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgi çevreleri olmak üzere kişisel tutum üzerinde çok fazla etkiye sahiptir

Sonuç olarak, Thomas’a göre, farklı düzeyleriyle ele alıp incelediği bir sağlık iletişim programının etkileyebildiği düzey ne kadar yüksekse, istenen değişimin yaratılması ve devam ettirilebilmesi de o oranda mümkün olmaktadır. İyi tasarlanmış, planlanmış sağlık

iletişimi aktiviteleri, bireylerin kendilerinin ve içinde yaşadıkları toplumun ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarına, aynı zamanda sağlıkları için dikkat etmeleri gereken konular hakkında bilgi sahibi olmalarına yardımcı olmaktadır. Bu sebeple sağlık iletişimi, kamu sağlığını teşvikte kabul edilmiş bir araç haline gelmiştir (2006: 4).

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

Sağlık iletişim prensipleri, çoğu zaman günümüzde sağlık sorunları için taraflılık, sağlık planları, sağlıkla ilgili ürünler için pazarlama, hastaları tıbbi bakım ve tedavi seçenekleri konusunda eğitmeyi ve tüketicileri sağlık bakım kalitesi sorunları konusunda bilgilendirmeyi de içeren, birçok hastalık önleme ve kontrol stratejisinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda, yeni teknolojilerin mevcut olması ve bilgisayar bazlı medya sağlık bilgisine erişimi genişletmektedir. Tüm bu gelişme ve olanaklara rağmen, sağlık iletişiminin tek başına sağlıkla ilgili örneğin yoksulluk, çevresel bozulma veya sağlık bakımının yeterli olmaması gibi sorunları, değiştirip, çözemeyeceği de ortadadır.

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

Bunun yanı sıra, psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi bilim dallarının yaklaşımlarından yararlanılmakta, tek bir kurama ya da örneğe dayanarak çalışmalar sürdürülmektedir. Hedef kitle, yapılacak her müdahalenin merkezine alınmakta, bireylerin duygularına ulaşabilmek için en uygun örnekler, kuramlar ve stratejiler duruma göre değerlendirilmektedir. Böylelikle bireylerin, sağlık konusunda kendilerini güvende hissetmeleri ve en önemlisi de, ulaşılan çözümlere güvenmeleri, daha sağlıklı olmak için emin adım atmaları sağlanmış olmaktadır.

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

Özetle, sağlık iletişiminin yapabilecekleri oldukça geniş bir alana yayılmıştır: Sağlık konularına ilgi çekerek kural ve uygulamaları değiştirmek ve bu konularda paydaşların desteğini almak; algıları, inançları ve sosyal normları değiştirecek tutumları etkilemek; yeni sağlık standartları oluşturmak için veri yaymak ve konuları belirlemek; sağlık hizmetlerine olan talebi artırmak, kazançları ve davranış değişikliklerini göstermek; sağlıklı beceriler göstermek; hastalık teşhisi, tedavisi ve önlenmesi konusunda toplumsal tartışma başlatmak, acele bir önlem önermek; sağlık ürünleri ve hizmetlerine eşit erişimi savunmak; yeni sağlık hizmetleri ve ürünleri için ortam hazırlamak; sağlık hizmeti sunanlar-hasta ilişkilerini, hastanın uyum sağlamasını ve sonuçlarını iyileştirmek olarak sıralanabilir (Schiavo, 2007: 26-27).

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

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

Kaynaklar:

Lupton, Deborah (1994). "Toward the Development of Critical Health Communication Praxis." *Health Communication*, 6(1): 55-67.

Okay, Ayla (2009). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Farmaskop/MediaCat Yayınları.

Parrott, Roxanne (2004). "Emphasizing "Communication" in Health Communication." *Journal of Communication*, December: 751-787.

Schiavo, Renata (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. USA: Jossey Bass.

Sezgin, Deniz (2010). *Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, yayınlanmamış doktora tezi.

Thomas, Richard K. (2006). *Health Communication*. USA: Springer Science+Business Media Inc.

Wright, Kevin B., vd. (2008). *Health Communication in the 21st Century*. USA: Blackwell Publishing.

www.cdc.gov erişim tarihi: 3/11/2008

www.healthypeople.gov erişim tarihi: 3/11/2008

Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamalarının Planlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Amaç:

Katılımcıların toplum bazında yapılacak olan sağlığın geliştirilmesi müdahalelerini beraber değerlendirebilmelerini amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar toplum tabanlı sağlığı geliştirme müdahalelerinde izlenmesi gereken

- Destekleyici çevre oluşturma müdahaleleri
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık eğitimi
- Toplumsal eylemleri oluşturma ve güçlendirme
- Sektörler arası işbirliği
- Araştırma, izleme ve değerlendirmede aşamalarında

yapılması gerekenler konusunda örnekler oluşturabilmeli ve tartışabilmelidirler.

Sağlığın geliştirilmesi programlarının planlanmasında izlenmesi gereken basamaklar yer almaktadır.

1. Aşama: Sosyal Tanı (Değerlendirme):

Bu aşamada tanımlama, açıklama ve önceliklendirme yapılmalıdır. Toplumun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi beklenmektedir. Toplumdaki risk gruplarında öncelikli olan sorunların belirlenmesi yapılmalıdır. Gereksinimlerin ve beklentilerin değerlendirmesi de yer almalıdır.

Bu aşamada Precede ve Proceed yaklaşımlarının değerlendirmesi ve planlanması önerilmektedir. Bu modele göre bir sağlık eğitimi programı planlanırken sırayla şöyle bir yol izlenmelidir:

1. Planlamada ilk adım **tanısal planlamadır**. Bunun için kişi veya toplumun yaşam kalitesi ve sosyal sorunları ile ilgili olan son noktanın veya uzun dönemdeki **çıktıların analizi** ile başlanır.

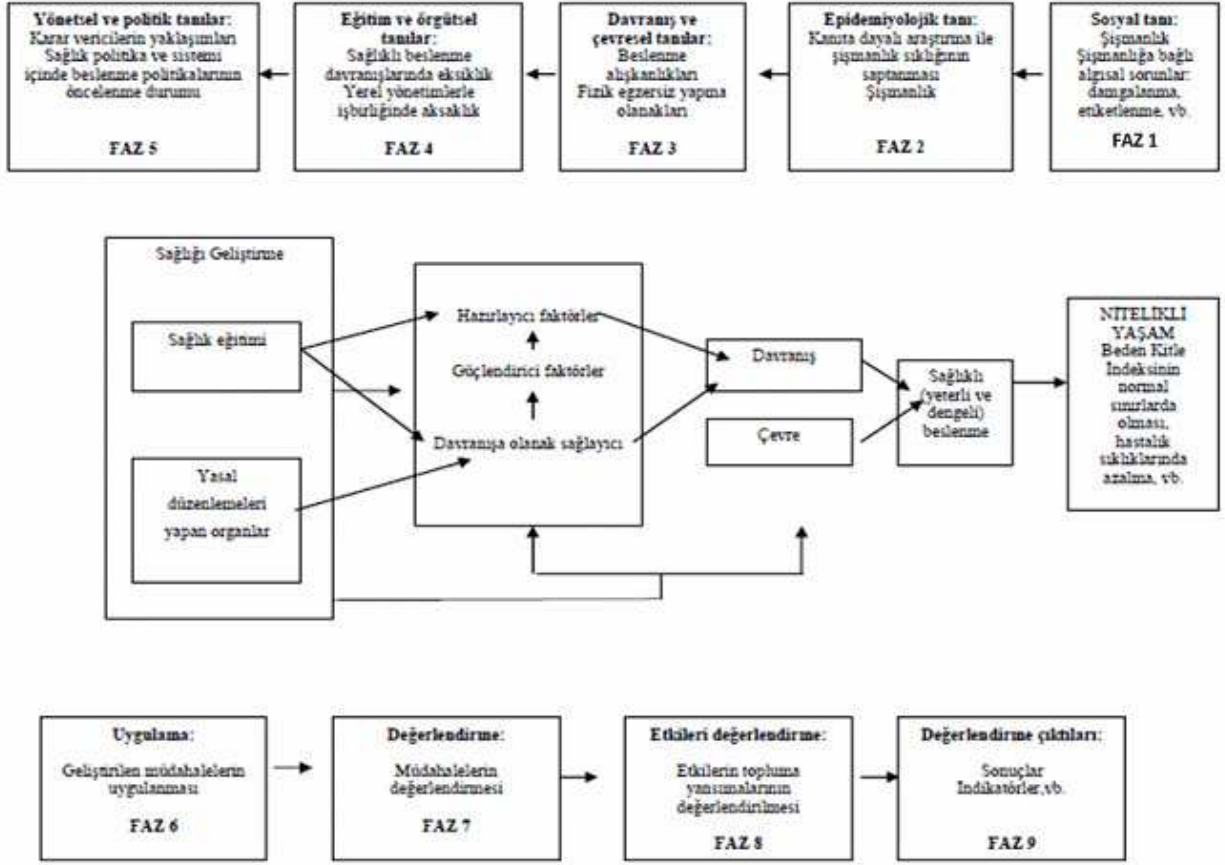
2. Daha sonra geriye doğru, bu sosyal sorunların, sağlığı belirleyen veya etkileyen yönleri ortaya konur. Sağlık sorunları tanımlandıktan sonra her bir sağlık sorunu için davranışsal belirleyicilerin analizi yapılır.

3. Bir sonraki adım; bu faktörlerin ileri analizi ile çok önemli ve değişim potansiyeli olan **sağlık davranışlarının seçilmesidir**.

4. Daha sonra bu **davranışları etkileyen faktörler** tanımlanmalıdır.

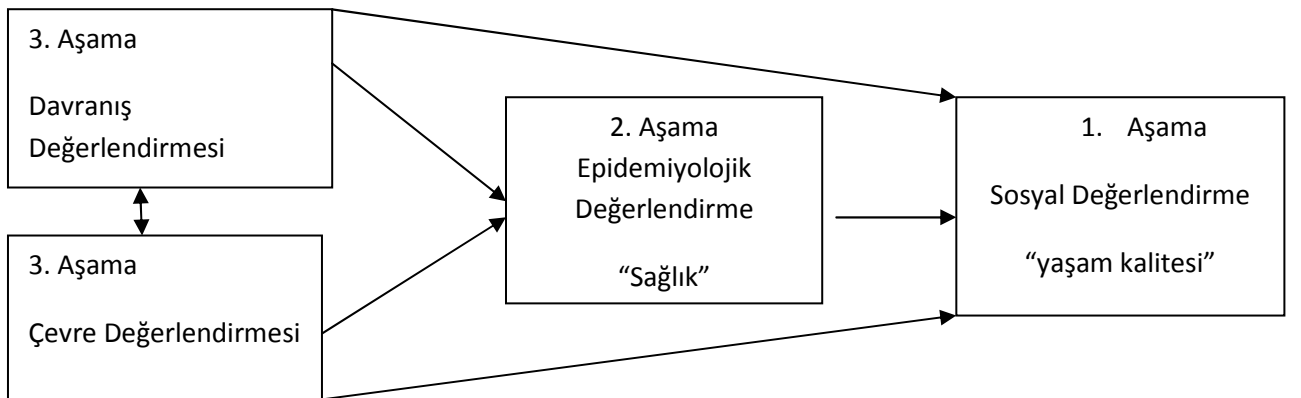
5. Son adım ise **yönetmeliktir**. Bu tanı ile hedeflenen sağlık davranışlarını "hazırlayıcı, olanaklı kılıcı, güçlendirici" faktörler sürecine başlamak için gereken müdahaleler ve eğitim

kaynakları belirlenerek plana yerleştirilir. Sağlığı geliştirmede planlama ve değerlendirme süreçlerine eklenen adımlar ile PRECEDE modeli geliştirilmiş ve bunu sonunda PROCEED modeline geçilmiştir. Bu model planlamadan çok uygulamaya odaklanmaktadır. Sonuçta, Precede ve Proceed modeli birbirini tamamlayan süreçlerdir. Birinin bıraktığı yerden diğeri devam etmektedir.



Şekil 1. Beslenme konusunda oluşturulmuş PRECEDE ve PROCEED yaklaşımı

PRECEDE ve PROCEED modelinde birinci aşamada sosyal değerlendirme yer almaktadır. İkinci aşamada epidemiyolojik değerlendirme ile sağlık durumu değerlendirilir. Bunlara bağlı olarak ise davranışsal ve çevresel değerlendirme yer almaktadır.



2. Aşama: Epidemiyolojik Değerlendirme

Toplumda sağlıkla ilgili sorunların dağılımını ve sıklığının analizinde kullanılır. Bu aşamada sağlık sorununun yaşam kalitesi ile olan ilişkisi de değerlendirilir. Değerlendirme sırasında ölümlülük, hastalık, sakatlık, doğurganlık, insidans ve prevalans verisi değerlendirilir. Elde edilen sorunların ne kadar önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna karar verilir. Elde edilen sorunların hangileri en fazla değiştirilebileceğine karar verilir. Bu sorunlardan etkilenen öncelikli gruplar olma durumu değerlendirilir.

3. Aşama: Davranış ve Çevrenin Tanısı

İkinci aşamada elde edilen sağlık sorunlarının davranış ve çevreyle olan ilişkisi irdelenir. Bu davranışların toplumda lider (toplum lideri, öğretmen, sağlık personeli, aile, yasa yapıcı vb) konumunda olan biri tarafından etkilenme durumu incelenir. Sorunun genetik yatkınlık, yaş, cinsiyet, çalışma yeri ya da sağlık hizmetleri olan ilişkisi de irdelenir.

Çevresel etmenlerin davranış, sağlık ve yaşam kalitesinin belirleyicisi olma durumu incelenir. Ayrıca fiziksel, sosyal ve ekonomik yönden olan etkileri de irdelenir.

Risk durumlarının belirleyici olan sağlık ve çevre etmenlerinin müdahalelere ne kadar yanıt vereceği incelenmelidir. Bu aşamada müdahale kararı vermeden evvel ne kadar "önemli" olduğu ve ne kadar "değiştirilebileceği" konusunda incelemeler sonucunda müdahale alanına karar verilmelidir

Davranış ve çevreye yönelik planlanan müdahalelerin sonuçları ne kadar etkileyebileceği mutlaka çalışılmalıdır. Hedef davranış ve çevre durumu tanımlandıktan sonra özel hedefler belirlenmelidir. Bu aşamada olabildiğince spesifik olmalıdır.

Bu müdahaleler için kim ne kadar biliyor ya da inanıyor? Ne kadar ve ne zaman başarabilir? Bu iş için mevcut kaynaklar nelerdir?

4. Aşama: Eğitim ve Organizasyon

Nedensel etmenleri belirledikten sonra davranış ve çevreye yönelik müdahaleleri yapılması gerekmektedir. Müdahalelerin planlaması sırasında mutlaka hazırlayıcı etmenler, olanak sağlayıcı etmenler ve güçlendirici etmenler gözden geçirilmelidir. Hazırlayıcı etmenler, bilgi, tutum, değer, inanç ve algılamalardır. Olanak sağlayıcı etmenler çevre ve kişi kaynakları, ulaşılabilirlik, karşılanabilirlik gibi durumlardır. Yani program, para, zaman, olanak ve yasalar değerlendirilir. Güçlendirici etmenler ise pozitif ve negatif etkileyebilecek akran, aile, medya ve yasalardır.

Bu üç farklı etmen açısından değerlendirme yapıldıktan sonra hangi müdahalelerin yapılmasının uygun olduğuna karar verilir. Bu müdahaleye yönelik hedefler belirlenmelidir. Bu aşamada hazırlayıcı etmenlere ilişkin "kişiye yönelik sağlık eğitimi modelleri", olanak sağlayıcı etmenlere yönelik "kişilerarası öğrenme modelleri" ve güçlendirici etmenlere yönelik ise "toplumsal düzeyde müdahaleler" tercih edilmelidir.

5. Aşama: Yönetmelik ve Politik Tanılar

Bu aşamada programın önceliğine yönelik olarak yönetmelik ve politik kaygılar tanımlanmalıdır. Bu aşamada bütçe, işbirliği, zaman tablosu, örgüt yapısı, koordinasyon değerlendirilmelidir. Politika, kaynaklar, çevresel etmenlerin analizi sağlık programlarının gelişmesini destekleyebilir ya da engelleyebilir. Ayrıca politik yönden programın amaç ve

hedeflerinin de bu programı yürütecek olan kurum/kuruluşun yönetim ve sorumluluğuna uygun olmalıdır. Bu aşamada programın çok ayrıntılı olarak tanımlanması gerekmektedir.

Sınırlılıklar ve engeller hakkında görüş oluşturulmalı, yöntem ve stratejiler konusunda en iyi ortak görüş sağlanmalı, kaynaklar da eylemlere göre tanımlanmalıdır.

6. Aşama: Uygulama

Programın uygulanması sırasında toplumda bazı değişimler yaşanabilir. Bu durumda politika değişiklikleri, uygulama ve organizasyona göre amaçlar modifiye edilerek uygulama devam eder.

Eğitim ve Ekolojik Değerlendirme:

- Davranışları değiştiren ya da çevreyi değiştiren etmenlerin tanımlanması
- Hazırlayıcı etmeler
- Olanak sağlayıcı etmenler
- Güçlendirici etmenler
- Müdahalenin odaklandığı yerde öncelik farklılaşması

Yönetimsel ve Politik Değerlendirme

- Programın uygulanması sırasında kapasitesinin ve kaynakların değişmesi
- PRECEDE yaklaşımının tamamlanması ve PROCEED ile devam etme

Uygulama

- PROCEED modelinin başlaması
- Müdahalenin yöntem ve stratejilerinin belirlenmesi

Değerlendirme

- Süreç değerlendirmesi- kontrol ve program kalitesinin değerlendirilmesi
- Etki değerlendirmesinin yapılması- orta vadedeki sonuçlar
- Uzun vadede sonuçların değerlendirilmesi

Sağlığın Geliştirilmesi Programının Değerlendirilmesi

1. Aşama: Amacın Seçimi

- Amaçların seçimi- prevalans, önem ve değiştirilebilir kriterlerine göre
- Hedef grubun tanımlanması
- Sağlık durumu ile ilgili davranışların belirlenmesi
- Etkili çevre etmenlerinin tanımlanması (engel ve neden olan)

2. Aşama: Müdahale Planlama

- Müdahale amaçlarının müdahale hedef ve eylemler ile karşılaştırılması
- Müdahale eylemlerinin hedeflerinin tanımlanması; etki düzeyinin değerlendirilmesi
Ekolojik yaklaşım-
 - Hükümet, organizasyon, toplum, kişiler...
 - Kişiyeye yönelik, kişiler arası, kurumsal, toplum ve halk politikası
- Etki düzeyi hakkında karar verme
 - Tanımlanan müdahalenin amaçları (ne değişmiş?)
 - Müdahale alanları (etkinlikler / stratejiler) (nasıl değişmiş?)

Sağlığı geliştirme müdahalelerinin değerlendirmesi sırasında bazı ilkelerin önemsenmesi ve göz önünde bulundurulması gerekmektedir:

1. Güçlendirici olma:
Sağlığı geliştirme girişimleri kişileri ve toplumları, sağlıklarını etkileyen kişisel, sosyoekonomik ve çevresel faktörler üzerinde daha güçlü olmalarını sağlayacak planlanmış ve uygulanmış programlar, politikalar ve diğer organize eylemlerdir.
2. Katılımcılık:
Sağlığı geliştirme eylemleri planlama, uygulama ve değerlendirmenin bütün aşamalarında ilgili herkesin katılımını gerektirmektedir.
3. Bütüncül olma:
Fiziksel, mental, sosyal ve ruhsal sağlığı geliştirmelidir.
4. Sektörlerarası olma:
İlgili bütün sektörlerden kuruluşların işbirliğini gerektirmektedir.
5. Hakkaniyet:
Sosyal adalet ve eşitlik yaklaşımı içermelidir.
6. Ulaşılabilirlik:
Sağlığı geliştirme girişimleri kişilerin ve toplumların ulaşabileceği değişiklikler getirmelidir.
7. Çok stratejili olma:
Sağlığı geliştirme girişimleri politika geliştirme, örgütsel değişim, toplumun gelişmesi, yasama, savunuculuk, eğitim ve iletişim gibi birçok konuyu birlikte veya ayrı ayrı içerecek şekilde pek çok farklı yaklaşımı kullanmalıdır.

Sonuç olarak;

Sağlığı geliştirme eylemlerinin önemli sonuçları olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Ancak, sağlığı geliştirme aktivitelerinin sağlık çıktılarına etkilerini değerlendirmek zor olmaktadır. Sebep-sonuç ilişkilerinin ortaya çıkarılmasındaki teknik zorluklar bu nedenler arasındadır. Değerlendirmede sonuç açısından önemli kabul edilen değerlendirmeler arasında katılımcılık, disiplinler arası olma, entegre yaklaşımların kullanılması sayılmaktadır.

Sağlığın Geliştirilmesi Programları

Amaç:

Katılımcıların sağlığı geliştirme alanında ki olumlu örnekleri öğrenmeleri amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- Sağlığı geliştirme programlarının başarılı yönlerini tartışabilmeli
- Sağlığı geliştirme programlarının uygulama aşamalarını anlatabilmeli
- Türkiye’de uygulanan programlar hakkında bilgi verebilmelidirler.

Dünyada Bazı Sağlığı Geliştirme Uygulamaları

Sağlığı geliştirme stratejileri ve programlarının uygulamaya konulmasında birçok DSÖ programı ve projesi oluşturulmuştur. Bunlar arasında “Sağlıklı Şehirler, Köyler, Belediyeler ve Sağlıklı Adalar” projeleri bulunmaktadır. “Sağlığı Geliştiren Okullar, Sağlığı Geliştiren Hastaneler” bilgi ağları, “Sağlıklı Pazar Yerleri ve Sağlığı Geliştiren İşyerleri” projeleri yanında alkol, tütün, aktif yaşam ve sağlıklı yaşlanma eylem planları da yapılan çalışmalar arasındadır (Piyal B)

North Karelia, Finlandiya (1972)

Koroner Kalp Hastalıklarını (KKH) önlemek amacıyla yapılan ve etkili olan toplum tabanlı kontrol programlarının en bilineni Finlandiya’da uygulanan North Karelia Programıdır. KKH ölüm hızı 1970’lerde çok yüksek olan bu ülkede, 1972’de toplumdaki risk faktörlerini azaltmayı hedefleyen, North Karelia projesi başlatılmıştır. Program kapsamında yoğun sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme etkinlikleri düzenlenmiş, eğitim, tarım, sanayi sektörleri sağlık sektörüyle birlikte çalışarak toplumun yaşam biçimini değiştirmiştir. İzleyen 20 yıl içinde toplumun ortalama kolesterol düzeyi %18, diyastolik kan basıncı %3, sigara içme prevalansı ise %15 azalmıştır. Aynı dönem sonunda KKH mortalite hızlarında %55’lik bir düşüş gözlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde KKH mortalitesindeki azalmanın %75’nin risk faktörlerindeki azalmayla açıklanabildiği ortaya konmuştur. North Karelia Programı’na benzer programlar bugün başka ülkelerde de uygulanmakta ve başarılı sonuçlar bildirilmektedir (Ünal B, Aslan Ö).

Minnesota Kalp Sağlığı Programı (1980)

- Kitle iletişimi, toplumsal örgütlenme, doğrudan eğitim
- Sigara içme prevalansında eğilimi bütün azalmış erkeklerde yılda (-% 1.5) kadınlarda (- % 1.4)
- Tedavi ve kontrol gruplarında benzer şekilde total kolesterol eğilimi yılda (-1.12 mg/dl)
- Koroner Kalp Hastalığı ve inme mortalitesi ve morbiditesinde anlamlı etki yok

Alman Kardiyovasküler Koruma Çalışması, (1984)

- 6 yıllık izlem sonrası sigara içmede net (%7) azalma

İspanya'da 1998 yılında kardiyovasküler hastalıkları azaltma müdahalelerinden kazanılan yaşam yılları maliyetine bakıldığında sigarayı bıraktırma en maliyet etkili yöntem gibi görünmektedir (Tablo1).

Tablo 1. Kardiyovasküler hastalıkları azaltma müdahalelerinden kazanılan yaşam yılları maliyeti, İspanya

Müdahale	Erkek	Kadın
Sigara bıraktırma	2,6083,738 \$	4,4826,756 \$
Orta ve ağır HT (hipertansiyon) nun tedavisi	8,56438,678 \$	9,58557,983 \$
Hafif HT nun tedavisi	11,90659,840 \$	15,24886,075 \$
Diyet tedavisi	16,14220,158 \$	57,17562,154 \$
Hiper kolleroleminin ilaçla tedavisi	33,85081,010 \$	104,100259,150 \$

DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği 23 Haziran 1998'de Atina' da bir araya gelen Avrupa kentleri belediye başkanları ve üst düzey politikacılar Avrupa Sağlıklı Kentler Hareketinin ilk on yılını kutladılar ve DSÖ sağlıklı kentler projesinin üçüncü evresini (1998-2002) başlatırken bu deklarasyonu yayınladılar. Bu deklarasyonla Avrupa bölgesi hükümetlerine şu çağrılar yapılmıştır:

- Ulusal sağlık politikalarının yerel boyutlarının önemini görmek ve kentlerin Herkes İçin Sağlık ve Gündem 21 ulusal stratejilerine önemli katkılar yapabileceğini kabul etmeleri,
- Ulusal sağlık stratejilerinde, sektörler arası yaklaşımla, yerel sağlık koşullarının analizi ve verilecek yanıtlarda kentlerin deneyim ve iç bakışlarını kullanmaları,
- Herkes için sağlık ve sürdürülebilir kalkınma politikalarını desteklemek üzere ek kaynaklar sağlayacak yolları araştırmaya,
- Eşgüdüm sağlayıcı ve kapasite sağlayıcı rollerinde ulusal sağlıklı kentler ağını desteklemeye,
- DSÖ yönetim organlarının ve diğer geçerli uluslar arası forumların toplantılarına üye ülke delegasyonları ile birlikte yerel yönetim temsilcilerinin de katılmasını teşvik etmeye,
- Kent Sağlığı için DSÖ Avrupa Merkezi'nin gelişmesini memnuniyetle karşılayarak, Avrupa için DSÖ Bölge Ofisi'nden şunları bekliyoruz:
- DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi III. Aşama (1998-2002) hedeflerine yönelik çalışmalarda liderlik yapması ve stratejik destek sağlanması
- Avrupa Bölgesinde tüm üye ülkelerde, özellikle hareketin şimdiye kadar kapsamadığı, Balkanlar bölgesindeki Bağımsızlığını yeni kazanan ülkeler ve üye ülkelerde kapasite sağlanması ve işbirliği ağının geliştirilmesi,
- Daha bütüncü bir kent sağlığı planlaması, değerlendirme ve izlenmesi için teknik destek sağlanması ve rehberlik yapılması.
- DSÖ' nun tüm teknik alanlarında, yerel eylem bileşenlerinin gelişmesinin teşvik edilmesi ve desteklenmesi;
- Sektörler ve kuruluşlar arasında birlikteliğin artırılması, yerel ve ulusal yönetimlerin beceri ve deneyimlerinin uyumunun sağlanması
- Yerel, bölgesel ve ulusal yönetimlerle, DSÖ'nün birlikte çabalarının halkın sağlığını ve iyiliğini önemli oranda iyileştirecek değişiklikleri sağlayacağına inanıyoruz.

Dünyadaki 6 Dünya Sağlık Örgütü Bölge Ofisinde, 66 ülkede, 220 Dünya kentinde ve 55 Avrupa kentinde devam eden ve gelişen "Sağlıklı Kentler" Hareketinin Türkiye'de gelişebilmesi, benimsenmesi, uygulanabilmesi için formal bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmuş

ve bu gereklilikten hareketle bu konuya önem veren kentler bir araya gelerek “Sağlıklı Kentler Birliği”ni kurmuşlardır.

1996 Habitat II, 2002 Johannesburg Yerel Yönetimler Zirvesi ve DSÖ'nün 2000 Milenyum yılı Deklarasyonunun ana temaları, hep “Sürdürülebilir Kentler“ yaratmak, etkili yerel yönetimler sağlamak, Ulusal-bölgesel-yerel ortaklıklar kurmak ve sağlık temelli stratejiler üretmek olmuştur. 2003 yılında Belfast da yayınlanan kentlerin politik temsilcilerinin imzaladığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün onayladığı deklarasyonlara Türkiye'den ilk Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkli Şehirler Projesi üye kenti olarak Bursa Büyükşehir Belediyesi imzalamıştır. Sağlıkli Kentler Birliği'nin kurulması ile ilgili çalışmalar 2003 yılında başlatılmış, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve ulusal ağına üye kentlere çağrı yapılarak “Tüzük Hazırlama Komisyonu” kurulmuştur. Ulusal ağına üye kentlere Sağlıkli Kentler Birliğine kurucu üye olarak katılma çağrısı yapılmış, Yalova, Van, Kadıköy, Afyon, Tepebaşı, Çankaya, Ürgüp, Ordu, Kırıkkale ve Bursa Büyükşehir Belediyeleri birliğe katılmak istediğini belirten meclis kararı almış ve birliğin kurucu üyeleri olmuşlardır. Sağlıkli Kentler Birliği'nin kurulması 22.12.2004 tarihli Resmi gazetede yayınlanarak İçişleri Bakanlığı tarafından Birlik Tüzüğü onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Tütün Kontrolü Konusunda ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” 21 Mayıs 2003 tarihinde, 56. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ'ye üye tüm hükümetler tarafından kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, DSÖ gözetiminde müzakere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır. 27 Şubat 2004 tarihinden geçerli olmak üzere Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uluslararası bir yasa niteliği kazanmıştır. DSÖ TKÇS, tütün fiyatlarına, vergilerine, reklam, sponsorluk ve promosyonlara, kanunsuz satışlara, sürveyans ve araştırma metodlarına pasif içiciliğe ve tütünsüz ortamlara uluslararası standartlar getirmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini 28 Nisan 2004 tarihinde imzalamış, 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul etmiş ve 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Ulusal Tütün Kontrol Programı 07.10.2006 tarihli ve 26312 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı oluşturulmuştur.

19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren, 4207 sayılı Kanun uyarınca kamunun ortak kullanım alanlarında, işyerlerinde, toplu taşıma araçlarında sigara ve diğer tütün ürünleri kullanılamamaktadır. Kanundaki yeni düzenleme toplumun tüm kesimlerini ve özellikle gelecek nesilleri, başkalarının içtiği sigara ve tütün ürünlerinden solunan dumanın zararlı etkilerinden korumayı amaçlanmaktadır. Kanun ile ilgili bilgilendirmeyi tüm ilgili devlet kurumları ve yerel yönetimler nezdinde yürüten Sağlık Bakanlığı, vatandaşları için de özel bir iletişim kampanyası yürütmeye başlamıştır. Kanunun toplum hayatı için yarattığı artı değer, getirdiği hak ve sorumlulukların anlatımına odaklanan iletişim kampanyası, sigara ve tütün ürünlerinin kullanılmayacağı alanları “Dumansız Hava Sahası” olarak tanımlıyor ve bu kampanya ile tüm Türkiye'yi havasını korumaya davet etmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Kanun ve dumansız yeni yaşam kültürüne ilişkin detaylı bilgilerin yayınlanması için www.havanikoru.org.tr adresini hizmete açmıştır.

Avrupada Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi (The European Network Of Health Promoting Schools Project) Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından mali ve teknik yönden desteklenen ve Avrupa'da 40 dan fazla ülkede uygulanmakta olan bir araştırma geliştirme

projesidir. Avrupa ülkelerinde gençlerin sağlığının geliştirilmesi için okullar ağı oluşturulmaktadır. Bu ağ, her yıl yeni ülkelerin katılımıyla gittikçe yaygınlaşmaktadır.

Türkiye' de Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile birlikte yürütülmektedir. Proje; ilköğretim okullarındaki öğrencilerin sağlık bilgilerini geliştirmek, sağlıklı bir çevrede sağlıklı yaşam tarzını öğretmek amacıyla 1995 yılında yapılan bir işbirliği protokolü ile uygulamaya konulmuştur. Proje öncelikle 22 ilden seçilen 25 ilköğretim okulunda pilot olarak uygulanmıştır. Proje okullarında sağlık ve beslenme konusunda yönetici ve öğretmenlere eğitim verilmekte, eğitim materyalleri dağıtılmakta, okulların sağlık ve beslenme konusunda kendi kendine yeterli hale gelmesi hedeflenmektedir. Halen 81 ilden seçilen 208 pilot ilköğretim okullarında proje uygulaması sürdürülmektedir.

Okul çağı çocuk sağlığına yaklaşım konusunda birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli için, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Çağı Çocuk Sağlığına Yaklaşım Pratik Rehber El Kitabı hazırlanmıştır.

Ülkemizde 06.08.2000 Tarihli Resmi Gazete'de "Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı; Toplumunu oluşturan kişilerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere; halkın bilgilendirilmesi, Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında görevli personelin halkın sağlık eğitimi konusunda bilgilerinin geliştirilmesi için uygulanacak eğitim faaliyetlerinin usul ve esaslarını belirlemektir. Halkın sağlık eğitimi faaliyetleri, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Eğitim Kurumları tarafından yürütülür. Sağlık eğitimi alanında merkezi ve iller düzeyindeki yapılanma Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliğindeki esaslara göre düzenlenmiştir.

24-26 Kasım 2004 tarihlerinde, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi tarafından uluslararası katılımlı "1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu" düzenlenmiştir. Sempozyumun sonunda yayınlanan Kapanış Bildirgesinde; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık eğitiminin temel süreç olduğu; sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık eğitimi uygulamalarına kılavuz olacak ulusal politika ve strateji yetersizliklerinin giderilmesi gerektiği; sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi açısından ülkemizde bilimsel bilgi birikimine ve paylaşımına, diğer bir anlatımla ulaşılabılır bilimsel bilgi zenginliğine önemli ölçüde gereksinim olduğu; her meslekten sağlık çalışanının, özellikle iletişim konusunda eğitilmesi gerektiği; Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Tarım gibi bakanlıkların öncü görevlerini daha etkili ve yaygın olarak sürdürmeleri gerektiği; bilgi-tutum-davranış geliştirmeye yönelik sağlık eğitiminin kurumsal ve toplumsal boyutlarda yoğunlaştırılması ve yaygınlaştırılması gerektiği; bu alanda yetişmiş profesyoneller tarafından yürütülmesi gerektiği belirtildi. Ayrıca ülkemizde sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi alanlarında Sağlık Eğitim Fakültelerinin önemli bir yere sahip olduğu belirtilerek bu fakültelerin varlığını sürdürmelerinin ve mezunlarının sağlık eğitim ve yönetim hizmetlerinde efektif olarak görev almalarının yararları ve gerekliliği ortaya konmuştur.

Ülkemizde var olan kronik hastalıkların ülke düzeyinde araştırılması, bu hastalıklara ilişkin halkın bilinç düzeyinin artırılması ve bu hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele amacıyla ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilerek halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, insanların sağlık konusunda bilinç düzeylerinin artması, sağlık açısından riskler belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin sağlanması amacıyla "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" 18.01.2008 ve 00708 sayılı Makam oluru ile Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' ne bağlı olarak kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 13-14 Kasım 2008 tarihlerinde Ankara'da "Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu" düzenlenmiştir. Sempozyumda Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri, Sağlığın Teşvikine Bir Bakış: Geçmişten Alınan Dersler ve Geleceğe Bakış, Sağlık İçin Ortaklıkların Güçlendirilmesi, Sağlığın Teşviki İçin Sivil Toplum Örgütleri İle İşbirliği, Sağlığın Teşvikinde Özel Sağlık Sektörünün Rolü, Sağlığın Teşvikinde Sağlık Dışı Özel Sektörün Rolü, Herkes İçin Sağlık Politikaları: Sağlığın Teşvikinin Sağlık Belirleyicilerini Etkilemek için Kullanımı, Sağlık ve Sağlık Davranışları İçin Sosyal ve Kültürel Kaynaklar, Aile Hekimliği Uygulamasında Sağlığın Teşviki, Küreselleşme, Yoksulluk ve Sağlık, Küreselleşmenin Sağlık Açısından Yönetimi, Sağlığı Teşvik Etmek İçin Toplumsal Kapasite Oluşturulması, Sağlığın Teşvikinin Sağlık Sistemlerine Entegre Edilmesi, Sağlığın Teşviki için Sürdürülebilir Finansman Konusu ve Sorunları, Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Toplam Risk Yaklaşımı ve Risk Gruplarının Belirlenmesi, Sağlığın Teşvikinde Önemli Bir Bileşen: Gıda Güvenliği, Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklarda Hastalık Yönetimi, Sosyal Pazarlamanın Uygulamaya Dair Yönleri, Sosyal Pazarlama ve Sağlığın Teşviki Programlarındaki Rolü, Entegre Bir Sosyal Pazarlama Kampanyası Planlama ve İcrası: "Havanı Korumak"- Dumansız Hava Sahası Hareketi, Çevre Sağlığı: Sağlığın Teşviki İçin Sorunlu Bir Alan, Sağlık İçin Doğru Beslen ve Hareket Et: Politikadan Eyleme olarak yer almıştır.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı tarafından 24-26 Şubat 2010 tarihlerinde Ankara'da "Türkiye Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Çalıştayı" düzenlenmiştir. Çalıştay ile Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlığın Geliştirilmesi Politika Metninin hazırlanması, yayınlanması ve oluşturulacak eylem planlarının hayata geçirilmesi ile sağlığın teşviki ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlanması hedeflenmiştir. Çalıştay üç gün devam etmiş olup toplam 12 çalışma grubu (Çocuk ve Gençler, Kadın/Anne/Aile, Toplumdaki Diğer Öncelikli Gruplar, Risk Faktörlerine Yönelik Müdahaleler, Kurum ve Kuruluşlar, Okul Sağlığı, Çevre Sağlığı, Ruh Sağlığı, Ağız Diş Sağlığı, Kazaların Önlenmesi ve Afet Bilincinin Geliştirilmesi, Sağlığı Geliştirme Politikalarının Uygulanması ve Sürdürülebilirliği ve Araştırma İzleme ve Değerlendirme) faaliyet göstermiştir.

Sağlık Bakanlığının 2010–2014 dönemi için hazırlanan Stratejik Planında nihai amaç halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek olarak belirlenmiştir. Planda yer alan ilk stratejik amaç "Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak" dır. Amaca ulaşmak için belirlenmiş hedefler ise "Sağlığın teşviki (geliştirilmesi) ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak" (SH 1.1), "Anne, çocuk ve ergen sağlığını geliştirmek, 2012 yılı sonuna kadar anne ölümlerini yüzde 10'un, bebek ölümlerini binde 10' un altına indirmek" (SH 1.2), "Acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık yönetimini; acil hallere, afetlere ve tehditlere karşı geliştirmeye devam etmek, zamanında, etkili ve verimli şekilde ihtiyaca cevap verecek durumda tutmak" (SH 1.3), "Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklara bağlı ölümleri azaltmak" (SH 1.4), "Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmak" (SH 1.5), "On beş yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını 2014 yılı sonuna kadar %80'in üzerine çıkarmak, alkol kontrol programını uygulamaya koymak, bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak." (SH 1.6), "Sağlıklı ve güvenli fiziki çevrede yaşayanların oranının artırılması için destek sağlamak." (SH 1.7), "Çalışanların iş sağlığı hizmetlerine bütünüyle erişimini sağlamak, meslek hastalıklarından kaynaklanan ölüm ve maluliyet oranlarını azaltmak" (SH 1.8) olarak ifade edilmiştir.

Amaca ulaşmak için belirlenen ilk hedef "Sağlığın teşviki (geliştirilmesi) ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak" için 4 alt hedef belirlenmiştir. Bunlar:

1.1.1. Birey sađlıđının korunması ve sađlık dűzeyinin yűkseltilmesi için, vatandařların kendi sađlıkları űzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sađlıklarını etkileyebilecek konularda karar sűrelerine aktif katılımlarını sađlamak.

1.1.2. Ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla hazırlanmış olan ‘‘Tűrkiye Ruh Sağlığı Politikası’’ doğrultusunda çalışmalar yapmak

1.1.3. Tűrkiye Beslenme ve Sađlık Arařtırması sonuçlarına gűre ulusal dűzeydeki beslenme ve sađlık sorunlarını tespit etmek, űzűme yűnelik űncelikle yapılması gerekenleri belirlemek ve uygulamak

1.1.4. Ağız-diř sağlığı hakkında toplum bilincini yűkseltmek, koruyucu diř hekimliği uygulamalarının toplumun geniş kesimine ulaşmasını sağlamak ve bűylece tedavi edici diř hekimliğine olan ihtiyaı azaltmak dır.

Kaynaklar

Piyal B.: Halk Sađlıđına Giriř. Ankara űniversitesi Uzaktan Eđitim Merkezi Tıbbi Dokűmantasyon ve Sekreterlik Programı Halk Sađlıđı Dersi Kitabı, 2011.

Piyal B. Sağlığın Geliştirilmesi ve Bu Alandaki Başarılı Uygulamalar. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Pamukkale, 2007.

Yardıml N, Gűgen S, Mollahalilođlu S. Sađlıđın Geliřtirilmesi (Health Promotion): Dűnyadave Tűrkiye'de Mevcut Durum İstanbul űniversitesi Tıp Fakűltesi Dergisi 2009, Cilt 72, Sayı 1, Sayfa(lar) 029-035

űnal B, Aslan ű. Neye Karřı Savařıyoruz? Koroner Kalp Hastalıđı Epidemiyolojisi MN Kardiyoloji 2006;13(4):5-9.

www.saglik.gov.tr/.../sagligin-tesviki-ve-gelistirilmesi-daire-baskanligi.html (erişim tarihi: 27.02.2011)

Ek: Sağlığın Geliştirilme M¼dahalesi Değerlendirme Listesi

L¼tfen size verilen uygulamayı aşağıda belirtilen basamaklara uygunluğu açısından değerlendiriniz.

BASAMAK	Evet	Kısmen	Hayır
-Seçilen konu birey ve toplum sağlığı açısından gereksinim duyulan, öncelikli bir konu mudur?			
-Amaçlar ve hedefler (yakın-orta-uzun) belirlenmiş midir?			
-Amaç ve hedefler bireyin ve toplumun katılımını sağlanması için düzenlenmiş mi?			
-Sektörler belirlenmiş mi?			
-Çevresel düzenlemeleri içeriyor mu?			
-Politik destekler sağlanmış mı?			
-Sağlığı geliştirici uygulamalarda göz önüne alınmıştır .Eğitim .Toplumsal hareketlilik .Savunuculuk			
-Sağlık sonuçları ölç¼l¼ş mü?			
-Toplumsal sonuçları ölç¼l¼ş mü?			
-Değerlendirme yapılmış mı?			
-Sonuçlar tüm katılımcı ve paydaşlara iletilmiş mi?			

**AİLE HEKİMLİĞİNİN PİLOT UYGULANDIĞI İLLERDE TOPLUM SAĞLIĞI
MERKEZLERİ KURULMASI VE ÇALIŞTIRILMASINA DAİR YÖNERGE
(26.01.2010 TARİH VE 2365 SAYILI MAKAM ONAYI)**

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları

Görev ve yetkileri

Madde 8- (1) Bölgesinde sağlık hizmetlerini yürütür. Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak suretiyle toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmekten sorumludur. Bunun için aşağıda sayılan hizmetleri sunar veya sunulmasını sağlar.

- a) İdari ve mali işler
- b) Kayıt ve istatistik
- c) Plan ve program yapma
- ç) Üniversitelerle işbirliği
- d) İzleme ve değerlendirme
- e) Bulaşıcı hastalıkların kontrolü
- f) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
- g) Üreme sağlığı hizmetleri
- ğ) Ulusal programlar
- h) Adli tıp hizmetleri
- ı) Acil sağlık hizmetleri
- i) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
- j) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
- k) Çevre sağlığı hizmetleri
- l) İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri
- m) Afet hizmetleri
- n) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki
- o) Sağlık eğitimi hizmetleri
- ö) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri
- p) Sosyal hizmet çalışmaları
- r) Diğer görevler

Ulusal programlar ile ilgili hizmetler

Madde 19- (1) Bakanlık tarafından kararlaştırılan ulusal ya da bölgesel programları yürütür ve yürütülmesini sağlar. Bakanlık veya müdürlük tarafından gerekli görüldüğü hallerde uygulanan aşı kampanyalarını kendi bölgesinde yapar ve/veya yapılmasını sağlar. Bu çalışmalara bölgesindeki sağlık çalışanlarının ihtiyaca göre aktif olarak katılımını sağlar.

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki

Madde 27- (1) Toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için faaliyetler planlar. Planlama aşamasında bölgedeki sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapar. Bakanlıkça yürütülen tütün, alkol ve madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimi ve diğer gerekli çalışmaları yürütür. Bu alana yönelik olarak oluşturulan ulusal kontrol programlarını bölgesinde uygular veya uygulanmasını sağlar. Planlanan eğitim programlarını hedef gruba (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi v.b.) ve amacına göre uygular ya da bölgesindeki sağlık kuruluşları aracılığı ile uygulanmasını sağlar.

TSM çalışanlarının eğitim modülünün tanıtımı

Amaç:

Katılımcıların TSM çalışanlarına yönelik hazırlanan eğitim modülünü öğrenmeleri

Öğrenim Hedefleri:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

- TSM eğitim modülünün içeriğini sıralayabilmeli
- TSM eğitim modülünün işleme yöntemini anlatabilmelidirler.

TSM çalışanlarının eğitim modulünün tanıtımı

TSM Çalışanlarının Eğitimi Programı

9.00-9.30	Oturum A	Açılış
9.30-10.30	Oturum B	Sağlığın geliştirilmesi kavramı, kapsamı ve önemi, Precede ve Proceede
10.30-11.00		Çay arası
11.00-12.00	Oturum C	TSM tarafından yapılabilecek müdahaleler-1 Sağlığın Geliştirilmesi Programları ve Sağlık İletişimi
12.00-13.30		Öğle yemeği
13.30-14.30	Oturum D	TSM tarafından yapılabilecek müdahaleler-2 Olumlu çevre oluşturma müdahaleleri Kişisel beceriler
14.30-14.45		Çay arası
14.45-16.00	Oturum E	TSM tarafından yapılabilecek müdahaleler-3 Sektörlerarası işbirliği Toplumsal eylemleri oluşturma ve güçlendirme
16.00-16.15		Çay arası
16.15-17.15	Oturum F	Göstergeler, araştırma, izleme ve değerlendirme
17.15-17.30	Oturum G	Günün değerlendirilmesi

Oturum A.

Açılış:

Eğitimciler ve İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri tarafından hoş geldiniz denecektir. (5 dakika)

Tanışma:

Eğitici tarafından kişilerin birbirlerini ve eğitimcileri tanımalarına yönelik ısınma amacı da taşıyan bir tanışma etkinliği düzenlenecektir. (10 dakika)

Beklentilerin alınması:

Moderatör tarafından bu eğitimden olan beklentiler öğrenilecek ve flip chart kağıdına yazılacaktır. Bu kağıt eğitim sonuna kadar duvarda asılı kalacaktır. (10 dakika)

Program tanıtımı:

Moderatör programın amaç, öğrenim hedefleri ve oturum konularını katılımcılara anlatacaktır. (5 dakika).

Oturum B.

Sağlığın geliştirilmesi kavramı, kapsamı ve önemi Precede-Proceed yaklaşımı

Amaç:

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi kavramı hakkında bilgilenmesi

Öğrenim Hedefleri:

- Sağlığın geliştirilmesi kavramı konusunda bilgi verebilmesi ve önemini tartışabilmeli
- Precede ve Proceede yaklaşımını tartışabilmeli
- Toplumun sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde gereksinimlerinin belirlenmesini vurgulayabilmeli

- Sağlığı geliştirme müdahale alanlarının belirleme yöntemini tartişabilmeli

Oturum Süresi:

60 dakika

Oturum Planı:

- Giriş sunumu eğitici tarafından yapılacak. Sağlığın geliştirilmesi kavramından ne anlaşıldığı sorulacaktır. Gelen yanıtlardan sonra tanım verilecektir. (5 dakika)
- Türkiye'deki sağlık sorunları, nedenleri ve sağlığı geliştirme müdahale alanlarının tanımlayan bir sunum yapılacaktır. (10 dakika)
- Precede ve procede yaklaşımı aktarılacaktır. (20 dakika)
- Eğitimci tarafından sağlığı etkileyen etmenler ve müdahale alanlarının belirlenme yöntemlerine ilişkin bir sunum yapılacaktır. (15 dakika)
- Katılımcıların sorularının yanıtlama ve özetleme (10 dakika)

Oturum C.**TSM tarafından yapılabilecek müdahaleler-1
Sağlığın Geliştirilmesi Programları ve Sağlık İletişimi****Amaç:**

Katılımcıların sağlığı geliştirme alanında ki olumlu örnekleri öğrenmeleri amaçlanmıştır.

ğrenim Hedefleri:

- Sağlığı geliştirme programlarının başarılı yönlerini tartişabilmeli
- Türkiye'de uygulanan programlar hakkında bilgi verebilmeli

Oturum Süresi:

60 dakika

Oturum Planı:

- Giriş:
Sağlığı geliştirme programlarının içinde yer alma durumları sorulur ve bir kaç kişinin deneyimlerini paylaşması istenir. (10 dakika)
- Sunum:
Türkiye'de ve dünyadan sağlığı geliştirme uygulamalarının aşamaları anlatılarak, katılımcılarla beraber başarılı yönleri vurgulanarak tartişılır.(30 dakika)

Sağlık iletişimi ile ilgili temel mesajlar verilir (20 dakika)
- zetleme:
Başarılı bir müdahalenin aşamalarında dikkat edilmesi gereken konular ve sağlık iletişiminin bu başarıdaki rolü söylenerek oturum kapatılır (5 dakika)

Oturum D.**Destekleyici evre oluşturma müdahaleleri
Kişisel becerilerin geliştirilmesi**

Amaç:

Katılımcıların

- Sağlığın geliştirilmesi müdahaleleri içinde yer alan destekleyici çevre oluşturmanın anlamını ve önemini kavramaları
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık eğitimindeki yaklaşımları öğrenmeleri amaçlanmıştır.

Öğrenim Hedefleri:

- Destekleyici çevrenin tanımını yapabilmeli
- Sağlığın geliştirilmesindeki farklı müdahale alanlarında olumlu çevre kriterlerini sıralayabilmeli
- Destekleyici çevre ortamı sağlayabilmek için ne tür müdahaleler yapılması gerektiğini tartışabilmeli
- Öğrenme teorilerini sıralayabilmeli
- Sağlık eğitiminin tanımını yapabilmeli

Oturum Süresi:

60 dakika

Oturum Planı:

- Giriş:
Herkes "destekleyici çevre" tanımından ne anladığını düşünmesi istenecektir. Birkaç katılımcının görüşü alınarak oturuma başlanacaktır. (10 dakika)
- Konferans (40 dakika):
Destekleyici çevre tanımını ve önemini; her bir müdahale alanı ile ilgili olarak olumlu çevre tanımlarının farklılaşacağını vurgulayan
- Davranışların sağlığın belirleyicisi olduğu, öğrenme teorileri ve sağlık eğitimini içeren, sağlık davranışlarının değiştirilmesine yönelik olarak kişi ve kişiler arası düzeyde olan yaklaşımları içeren bir sunum yapacaktır.
- Özetleme:
Eğitici ilde güncel sorun olan bir duruma ilişkin destekleyici çevre oluşturulması için yapılması gereken müdahaleleri ve bu ortamdaki kişilerde geliştirilmesi gereken sağlıklı davranışları sıralayan bir örnek ile oturumu kapatır.

Oturum E

Toplumsal eylemleri oluşturma ve g¼c¼lendirme Sekt¼rlerarası işbirliği

Amaç:

Katılımcıların

- Toplumsal eylemlerin oluşturulmasının ¼nemi anlamaları ve bu m¼dahalenin nasıl planlanabileceği konusunda yorum yapabilmesi
- Sağlığın geliştirilmesi m¼dahalesinde işbirliği yapılması gereken paydaşlar ile iletişim ve beraber çalışma tekniklerini anlamaları amaçlanmıştır.

¼ęrenim Hedefleri:

- Sağlık davranışlarının değiştirilmesine y¼nelik olarak toplum d¼zeyinde olan y¼ntemleri anlatabilmeli (toplumun mobilizasyonu, kurumsal değişim teorisi ve yeniliklerin yayılması teorisi)
- Medyanın ¼nemi ve m¼dahaleye nasıl entegre edileceğini tartışabilmeli
- Sosyal pazarlama y¼ntemini anlatabilmeli
- Sağlığın geliştirilmesi m¼dahalelerinde işbirliği yapılacak paydaşları sıralayabilmeli
- Paydaşlar ile beraber çalışma y¼ntemleri konusunda ¼neri geliştirebilmeli

Oturum S¼resi:

60 dakika

Oturum Planı:

- Giriş (10 dakika):
Katılımcılara en son katıldıkları “toplum hareketi” sorulur. Birkaç kişiye bu olaya katılma nedeni, nasıl etkilendiği, sonucu ve topluma katkısı hakkında d¼ř¼nceleri sorulur.(10 dakika)
- Konferans (40 dakika):
Eğitici sağlık davranışlarının değiştirilmesine y¼nelik olarak toplum d¼zeyinde olan y¼ntemleri (toplumun mobilizasyonu, kurumsal değişim teorisi ve yeniliklerin yayılması teorisi), medyanın ¼nemi, medya ile birlikte çalışma y¼ntemleri ve sosyal pazarlamayı da içeren bir sunum yapar.
Her m¼dahale alanına ilişkin farklı paydaşların olduğu ve onlarla işbirliği yapılması sırasında izlenmesi gereken yolları ¼zetleyen bir sunum yapılır.
- ¼zetleme:
Eğitimci tarafından oturumdaki konulara ilişkin temel mesajlar vererek oturumu kapatır. (10 dakika)

Oturum F

Araştırma, İzleme ve Değerlendirmede Yapılması Gerekenler

Amaç:

Katılımcıların TSM lerin sağlığın geliştirilmesi kapsamındaki müdahaleleri izleme ve değerlendirmesinde yapılması gerekenler konusunda bilgi sahibi olması

Öğrenim Hedefleri:

- Sağlığı geliştirme müdahalelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesinin önemini tartışabilmeli
- Sağlığı geliştirme sonuçları modelinde yer alan sağlığı geliştirme eylemleri, sonuçları, orta dönem sağlık sonuçları ve sağlık sonuçları ve toplumsal sonuçları tanımlayabilmeli
- Sağlığı geliştirme müdahalelerin izlenmesi için oluşturulan göstergeleri sıralayabilmeli

Oturum Süresi:

60 dakika

Oturum Planı:

- Giriş:
İzleme ya da değerlendirme yapılan bir fıkra ya da karikatür ile oturuma başlanır. İzleme ve değerlendirmenin anlamı tanımlanır. (5 dakika)
- Sunum:
Eğitici katılımcılarla beraber izleme ve değerlendirme kriterleri sunulur. Bu sırada soru-cevap tekniği kullanılır. (20 dakika)
Eğitici tarafından sağlığı geliştirme sonuçları modelinde yer alan sağlığı geliştirme eylemleri, sonuçları, orta dönem sağlık sonuçları ve sağlık sonuçları ve toplumsal sonuçlarına ilişkin göstergeleri anlatan bir sunum yapılır. (20 dakika)
Eğitici tarafından bazı sağlığı geliştirme müdahaleleri slayt ile gösterilir. Slaytlarda gösterilirken izlemenin hangi gösterge ile yapılması gerektiği de tartışılır.(10 dakika)
- Özetleme:
Eğitici tarafından oturumdaki temel mesajlar özetlenerek oturum kapatılır.(5 dakika)

Oturum G.

Kapanış

Kapanışta eğitim başındaki beklentiler okunur ve ulaşılanlar tartışılır. Eğitim hakkında sözlü geri bildirim alınır.

Son değerlendirme ve kapanış

Eğitim modülü içinde yer alan konulara ait çoktan seçmeli 25 soruluk bir test uygulanır.

Kapanışta eğitim başındaki beklentiler okunur ve ulaşılanlar tartişılır.

Eğitimin amaç ve öğrenim hedefleri okunur, ulaşılanlar tartişılır.

Eğitim hakkında yazılı ve sözlü geri bildirim alınır.

İLETİŞİM
T.C. Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı

Mithatpaşa Cad. No:3 B/Blok Kat: 4/10-11 Sıhhiye / ANKARA

E-Posta: sagligintesviki@gmail.com

Telefon: (0 312) 5851312 - 5851356 - 5851367 - 5851335